



AZ OTP ORSZÁGOS EGÉSZSÉG- ÉS ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁR ÁLTAL KÖTÖTT EGYEDI GROUPAMA „HELLO EGÉSZSÉG” CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS „BÁZIS” BIZTOSÍTÁSI CSOMAG SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓJA

1. A feltételek tartalma

Jelen szerződési feltételek azokat a kikötéseket tartalmazzák, amelyeket a Groupama Biztosító Zrt. (továbbiakban biztosító) egyedi Groupama „Hello Egészség” egyedi Csoportos Egészségbiztosítás elnevezésű (továbbiakban Hello Egészség Csoportos Egészségbiztosítás) egészségbiztosítási szerződés Bázis biztosítási csomagjára alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést ezen feltételekre hivatkozással kötötték. A keretszerződés (továbbiakban: biztosítási szerződés vagy szerződés, vagy biztosítás), a szerződéshez kapcsolódó mellékletek, nyilatkozatok, a szerződési feltételek a felek közötti megállapodás valamennyi feltételét tartalmazzák, így a korábbi megállapodások, nyilatkozatok hatályukat veszítik, és nem képezik jelen szerződés részét.

2. Fogalmak

2.1. Akut egészségügyi ellátási eset: Azok az egészségügyi akut állapotok – akár krónikus betegséggel kapcsolatban is –, amikor olyan tünetek azonosíthatók, amelyek alapján az orvosszakmai szabályok szerint 48 órán belül orvosi ellátásra van szükség.

2.2. Ápolás: Azoknak az ápoló és gondozó ellátásoknak, eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a páciens állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése, a páciens emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával.

2.3. Baleset: A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított egy éven belül meghal vagy 2 éven belül végleges munkaképtelenséget, maradandó egészségkárosodást (rokkantságot) és/vagy azonnali múlékony sérülést szenved. Jelen feltételekben balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

- vízbefúlás;
- égési sérülések, leforrázás, villámcsapás, elektromos áram hatásai;
- károsító gázok, gőzök belélegzése, mérgező vagy maró anyagok szervezetbe való kerülése.

A betegségek bekövetkezése nem minősül balesetnek, a fertőző betegségek bekövetkezése nem tekinthető baleseti következménynek.

Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet nem baleset.

2.4. Betegség: Az orvostudomány aktuális, általánosan elfogadott álláspontja szerint a biztosított egészségében bekövetkező rendellenes testi vagy szellemi állapot, mely nem minősül baleseti eredetűnek és objektív tüneteket mutat.

2.5. Biztosítási évforduló: Az egy évnél hosszabb tartamban fennálló biztosítási szerződés biztosítási évfordulója a tartamon belül minden évben a biztosítási tartam kezdetének napja. Az egyes biztosítottak esetében a biztosítási évforduló minden évben az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet napja.

2.6. Csomagtípus: A „Hello Egészség” Csoportos Egészségbiztosítás jelen feltételek szerint meghatározott Hello Egészség Bázis csomagtípusban

köthető meg. A Hello Egészség Bázis biztosítási csomagot a Pénztár minden, a Szolidáris Alaphoz tartozó pénztártag biztosított részére megköti, aki megfelel a jelen feltételek 3.3. pontjában foglaltaknak. A biztosított pénztártag a pénztári szolgáltatási kedvezményezettje részére is kérheti a Hello Egészség Bázis biztosítási csomagot. A Hello Egészség Bázis biztosítási csomag tartalmát a jelen szerződési feltételek 1. melléklete rögzíti. A csomagról a Pénztár tájékoztatja a biztosítottakat.

2.7. Diagnosztikai vizsgálat: A biztosított panasa okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló – kizárólag orvos által elrendelt – orvosi vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása. A diagnosztikai vizsgálat járóbeteg-szakellátás keretében vehető igénybe. A járóbeteg-szakellátás keretében igénybe vehető diagnosztikai vizsgálatok körébe jelen feltételek szerint nem tartozik bele a CT, MR, PET CT és a cardio CT.

2.8/a. Egészségpénztári tag: Az a természetes személy, aki betöltötte a 16. életévét, és akit aláírt belépési nyilatkozata alapján a Pénztár a tagjai közé felvett.

2.8/b. Egészségpénztári szolgáltatási kedvezményezett: Az egészségpénztári tag 2.19. pontban megjelölt közeli hozzátartozója, akit szolgáltatási kedvezményezettként megjelölt és a Pénztár nyilvántartásában szerepel.

2.9. Egészségügyi dokumentum: Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (továbbiakban: jogszabály) alapján és az egészségügyi, orvosszakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. A feltételek alkalmazásában, jogszabályokban meghatározott egészségügyi dokumentumok különösen a jogszabályban is szabályozott alábbi iratok:

- ambuláns lap;
- kórházi zárójelentés;
- műtéti leírás;
- vizsgálati lap;
- ápolási, illetve ellátási dokumentáció;
- vizsgálati lelet;
- orvosi szakvélemény;
- laborlap, laborlelet;
- diagnosztikai vagy szövettani vizsgálatok során készült felvételek;
- vény (másolat);
- szövettani és patológiai leletek;
- képalkotó diagnosztikai ellátások leletei;
- beutaló (másolat).

2.10. Szolgáltató partner: A biztosító szolgáltató partnere a Teladoc Hungary Kft. (Székhely: **1083 Budapest Szigony utca 26-32.**; Cégjegyzékszám: 01-09-864388; Adószám: 13613781-2-42), amelynek részére a biztosítottak személyes adatai az ellátás szervezése céljából átadásra

kerülnek (a biztosított hozzájárulásakor illetve egyedileg a biztosított által). A szolgáltató partner felméri a biztosított egészségi állapotát, igényeit a megadott információk, egészségi panaszok és egészségügyi dokumentumok alapján – a betegség korai felismerése, illetve adott kórisme megállapítása, tisztázása érdekében. A *szolgáltató partner ezen előzetes egészségfelmérés alapján javaslatot tesz további egészségügyi és diagnosztikai ellátások igénybevételére (beutalással időpontfoglalás útján, utólagos térítéssel vagy fedezetvállalással) – a biztosítási csomagtól függően az ott megadott szolgáltatási limitekig.*

2.11. Egynapos sebészeti ellátás: Jogszabályban meghatározott olyan tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre engedélyezetten működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt, és elvégezhető az ellátást igénybe vevő biztosított választása, valamint vizsgálati eredménye alapján, és amely elvégzését követően a biztosított az intézménybe történő felvételét követő 24 órán belül, megfigyelés után, orvos szakvéleménye alapján a saját lábán, kísérel elhagyhatja az ellátó intézményt. A jelen feltételek szerint az egynapos sebészeti ellátás keretében igénybe vehető ellátások körét a jelen feltételek 3. számú melléklete tartalmazza. A jelen feltételek hatálya lépésekor az egynapos sebészeti ellátás meghatározását Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendelet tartalmazza.

2.12. Előzménybetegség: a biztosított csoportba történő bekerülés (azaz az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete) előtt – a jelen feltételek 18.3. pontjában meghatározott időintervallumon belül – már kórismézett (diagnosztizált) vagy fennálló tünet, vagy még nem kórismézett (nem diagnosztizált) bármely tünet, sérülés, betegség, elváltozás vagy maradandó károsodás, továbbá olyan betegség, állapot vagy elváltozás, mely annak természetéből adódóan általános orvosszakmai irányelvek alapján a kockázatviselés kezdetét megelőzően alakult ki, és amelyekkel okozati összefüggésben a kockázatviselés ideje alatt a biztosított igényelt vagy igénybe vett egészségügyi szolgáltatást.

2.13. Fekvőbeteg-ellátás (kórházi ellátás): Fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált egészségügyi ellátás igénybevétele céljából az ellátást végző fekvőbeteg-gyógyintézetbe (kórházba) több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy a fekvőbeteg-gyógyintézetbe való felvétele, illetve elbocsátási napja között minden éjszakát az intézményben tölt egészségügyi ellátásával összefüggésben. A fekvőbeteg-gyógyintézetbe való felvétel több napra szól, ha a fekvőbeteg-gyógyintézetbe való elbocsátás későbbi napon történik, mint a fekvőbeteg-gyógyintézetbe való felvétel.

2.14. Fekvőbeteg-gyógyintézet (kórház): Fekvőbeteg-gyógyintézetnek (kórháznak) minősül a jelen feltételek szempontjából a magyar Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó és folyamatos orvosi jelenlétet biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőségekkel rendelkezik, és kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik, és kórtörténetet vezet. Jelen szerződési feltételek értelmében nem minősülnek fekvőbeteg-gyógyintézetnek (kórháznak) a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, szociális otthonok, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriatriai intézetek, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve a fekvőbeteg-gyógyintézetek (kórházak) jelen pontban meghatározott jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.

2.15. Fekvőbeteg-ellátás (kórházi ellátás) VIP szinten: A biztosító által támasztott minőségi követelményeknek megfelelő aktív vagy mátrix jellegű kórházi osztályon, egy- vagy kétágyas szobában történő, kiemelt színvonalú fekvőbeteg-ellátás.

2.16. Házi orvos: A hozzá bejelentkezett páciensek egészségügyi ellátá-

sát jogszabályok alapján koordináló, illetve számukra egészségügyi alapel-
látást nyújtó orvos.

2.17. Hozzá tartozó: A házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, valamint a testvér házastársa.

2.18. Járóbeteg-szakellátás: Szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű szakorvosi egészségügyi ellátás, illetve szakorvosi konzílium, ha az nem minősül

- sem fekvőbeteg-ellátásnak;
- sem egynapos sebészeti;
- sem pedig fekvőbeteg-szakellátást igénylő egészségügyi ellátásnak;
- és krónikus betegség esetében alkalmazott folyamatos, szakorvos által teljesített, egészségügyi ellátásnak, szolgáltatásnak.

2.19. Közeli hozzátartozó: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér, valamint az élettárs.

2.20. Közös háztartás: az azonos lakcímre bejelentett és életvitelszerűen gazdasági közösségben együtt élő természetes személyek közössége.

2.21. Krónikus betegség: Olyan diagnosztizált betegség vagy orvos által minősített állapot, amely állandó vagy időszakos járóbeteg és/vagy fekvőbeteg-ellátást, kórházi tartózkodást igényel, és amelyet lassú kialakulás és/vagy hosszú távú lefolyás (legalább 3 hónap) – közben akár akut periódusok előfordulása vagy a tünetek csökkenése, illetve enyhülése – jellemez.

2.22. Laborvizsgálat: Emberi szövetrészeket (pl. vér) és biológiai produktumok (vizelet, széklet, sebváladék stb.) laboratóriumi körülmények közötti fizikai, kémiai és biológiai módszerekkel való vizsgálata a minták kvalitatív, kvantitatív összetételének, biológiai aktivitásának és fertőzőittségének megállapítása céljából.

2.23. Műtét: Műtétnek minősül azon fekvőbeteg-gyógyintézetben végzett sebészeti jellegű beavatkozás, melyet az orvosszakmai szabályok betartása mellett, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy végez, és mely a biztosító által nem kerül a jelen feltételekben kizárásra.

2.24. Nagyértékű diagnosztika: A biztosított panaszok okának feltárására, állapotának tisztázására, valamint betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló – kizárólag szakorvos által elrendelt – **CT, MR, PET CT és a cardio CT** vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása.

2.25. Rehabilitáció: Azon egészségügyi eljárások, ellátások összessége, amelyek célja a kialakult funkcióvesztés (mozgáskorlátozottság, beszédzavar, csökkent szívteljesítmény stb.) megszüntetése, az egészséges állapot helyreállítása vagy pótlása, illetve kompenzáló új képességek kifejlesztése. Az orvosi rehabilitáció szerves része különösen a keringésváltoztatást és/vagy fájdalomcsillapítást célzó infúziós kezelések, fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatásterápia, a gyógyászati segédeszköz-ellátás és ezek használatának betanítása is, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, gyógyfürdői, gyógyüdülői, geriatriai, szociális otthoni, alkohol- és kábítószer-elvonó, valamint egyéb szanatóriumi rehabilitációs intézeti ellátások.

2.26. Szakorvos: Érvényes szakvizsgával és működési engedéllyel rendelkező orvos, ide nem értve a háziorvost, üzemorvost, katasztrófa-orvost, szakvizsgával rendelkező orvosokat.

2.27. Szolgáltatási fedezetek: A Pénztár (Isd. 3.2. pont) által a biztosított javára meghatározott szolgáltatási elemeknek összessége, amelyek igénybevételére a biztosított a szerződőnek a biztosítóval megkötött biztosítási

tási szerződése és a jelen szerződési feltételek szabályozásai alapján jogosult. Az egyes fedezetek összefoglaló táblázatát az 1. melléklet tartalmazza.

2.28. Szolgáltatásfinanszírozás: Egészségügyi szolgáltatás költségének – biztosítási szolgáltatásként részben vagy egészben való – megtérítése biztosítási szerződés keretében az abban foglalt és meghatározott feltételek szerint.

2.29. Szolgáltatási limit: Egy biztosítási időszakon belül a biztosító által meghatározott szolgáltatási felső határ, amelyet ha a biztosított adott időszakon belül nem használ fel, az a következő biztosítási időszakra nem vihető át, nem kumulálható.

2.30. Szolidáris Alap: A Szolidáris Alaphoz – a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag vonatkozásában – automatikusan csatlakozónak minősül minden, a Szolidáris Alap létesítésének napján és azt követően pénztári tagsági jogviszonnyal és egyéni számláján a szükséges fedezettel rendelkező, 16. életévét betöltött, de 75. életévét még be nem töltött pénztártag és a Pénztár által azonosított természetes személy, aki nem tett lemondó nyilatkozatot.

2.31. Szűrővizsgálat: Olyan orvosi vizsgálat, illetve vizsgálati sor, amelynek célja egyrészt az egészség védelme, az egyén életminőségének és élet-tartamának növelése, a rejtett, lappangó, illetve tüneteket nem produkáló betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint az arra hajlamosító kockázati tényezők időben történő, korai – lehetőleg panaszmentes – szakaszban történő aktív felkutatásával, felismerésével, illetve beazonosításával és feltérképezésével.

2.32. Terhesgondozás: Olyan egészségügyi beavatkozások, vizsgálatok, szolgáltatások összessége, amelyek járóbeteg-szakellátásnak minősülnek és közvetlenül kapcsolódnak a várandósság egészségügyi ellátásához.

2.33. Ügyeleti ellátás: A napi munkarenden kívül bekövetkező azonnali ellátási esetekben történő, jogszabály szerinti egészségügyi ellátás, amely bizonyos egészségügyi ellátások folyamatos igénybevételének lehetőségét biztosítja, és amelynek célja az egészségügyi szolgáltatók napi munkarend szerinti munkaidő befejezésének időpontjától a következő napi munkarend szerinti munkaidő kezdetéig az ellátást igénylő személy vizsgálata, egészségi állapotának észlelése, alkalmoszerű és azonnali ellátást igénylő beavatkozások elvégzése, illetőleg fekvőbetegellátó intézetbe történő azonnali ellátási eset miatti beutalása, valamint a külön jogszabályokban meghatározott eljárásokban való részvétel.

2.34. Várakozási idő: A biztosítási szerződésben megadott, a biztosítottra vonatkozó jogviszony létrejötte napjától, mint kockázatviselési kezdettől, számított időszak, amely alatt a biztosító biztosítottra vonatkozó kockázatviselése korlátozott.

2.35. Vizsgálat: A biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és okának megállapítására irányuló tevékenység.

3. A szerződés alanyai

3.1. Biztosító

A Groupama Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen szerződési feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

3.2. Szerződő

A szerződő az OTP Országos Egészség- és Önsegélyező Pénztár (székhely: 1138 Budapest, Váci út 135-139. Adószám: 18105564-2-41, ügyfélszolgálat elérhetősége: 1138 Budapest, Váci út 135-139., továbbiakban: Pénztár),

aki a biztosítóval a biztosítási szerződést a biztosítottak javára megkötö, köteles a jognyilatkozatok megtételére, valamint a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal, (amennyiben a Szolidáris Alapon a szükséges fedezet rendelkezésre áll) és akihez a biztosító nyilatkozatait intézi. A Pénztár köteles a biztosítottakat tájékoztatni a *biztosítási keretszerződés* megkötéséről, a biztosítási feltételekről, valamint a szolgáltatásokról.

3.3. Biztosított

A Pénztár által meghatározott csoporthoz tartozó természetes személy, aki-nek egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási esemény-re a biztosítási szerződés létrejön.

Biztosított lehet a szerződés létrejöttkor legalább 16 éves, de legfeljebb 74 éves belépési korú természetes személy, aki a Pénztárral tagsági vagy szolgáltatási kedvezményezetti jogviszonyban áll, a Szolidáris Alaphoz tartozik, továbbá aki nem tett a biztosítási jogviszonyra vonatkozó lemondó nyilatkozatot, az alábbiak figyelembe vételével:

- biztosítottnak minősül minden, a Pénztárral tagsági jogviszonyban álló, egyéni számláján a szükséges fedezettel rendelkező, a szerződés létrejöttkor legalább 16 éves, de legfeljebb 74 éves belépési korú, a Pmt. előírásai szerint a Pénztár által azonosított természetes személy, aki nem tett lemondó nyilatkozatot (továbbiakban: pénztártag biztosított);
- biztosított lehet a biztosítási jogviszony létrejöttkor legalább 16 éves, de legfeljebb 74 éves belépési korú természetes személy, aki egyben a pénztártag biztosított által az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárak-ról szóló 1993. évi XCVI. törvény (továbbiakban: Öpt.) szerint bejelentett szolgáltatási kedvezményezettje a pénztártagnak, és aki számára a pénztártag biztosított a szükséges fedezet mellett igényelte a Hello Egészség Bázis biztosítási csomagot (továbbiakban: társbiztosított);
- a kedvezményezett társbiztosítottá válásának feltétele, hogy az a pénztártag is biztosított legyen a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag ke-retében, aki őt a Pénztárnál kedvezményezettként jelölte.

(együttesen: biztosított).

A biztosítási fedezet létrejöttét a biztosító biztosított nyilatkozat tételéhez köti az alábbiak szerint:

- A Bázis biztosítási csomag esetén a Pénztár a 2019. május 23. napján megtartott Küldöttközgyűlése által módosított Alapszabályának 35/C.§ szerinti Szolidáris Alapjához tartozó azon pénztártagokra köti meg a biztosítási szerződést, akik a biztosítási keretszerződés létrejöttkor a Pénztárral tagsági jogviszonyban állnak, valamint akik a biztosítási ke-retszerződés létrejöttét követően létesítenek tagsági jogviszonyt a Pénztárral és megfelelnek a keretszerződésben és a jelen pontban meg-határozott feltételeknek. Ezen természetes személyek esetében a biz-tosítottak biztosított jogviszony létrejöttére szóló hozzájáruló nyilatko-zatát a Küldöttközgyűlésnek – a biztosítási szerződés megkötésével összefüggésben hozott, az Alapszabály módosításáról szóló – döntése pótolja.
- Társbiztosítottak esetében a biztosítási fedezet létrejöttéhez a pénztár-tag biztosított általi igénylés, azaz a pénztártag írásbeli vagy telefonon, rögzített vonalon történő hozzájárulása szükséges.
- A pénztártag jogosult arra, hogy a lemondó nyilatkozat (saját maga vagy a társbiztosított vonatkozásában) megtételét követően a biztosí-tottak csoportjába belépjen, illetve a társbiztosítottat beléptesse (ismé-telt belépés). Ebben az esetben a biztosítottá válás feltétele a biztosítás pénztártag részéről történő igénylés (azaz a biztosított nyilatkozat megtétele) A biztosítás újra érvénybe helyezésére vonatkozó rendelkezéseket a jelen szerződési feltételek 13. pontja tartalmazza.

A biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét (továbbiakban: belépés) a jelen szerződési feltételek 6. pontjában meghatározottak szabályozzák.

A biztosított belépési korát a biztosító a szerződéskötéskor úgy állapítja meg, hogy a biztosított csoportba történő belépés évszámából levonja a biztosított születési évének évszámát.

A biztosításba új biztosítottat a keretszerződés tartama alatt bármikor be lehet jelenteni. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változást a Pénztár a keretszerződésben meghatározott módon és határidőn belül köteles a biztosítónak bejelenteni. A szerződéskötést követően belépő új biztosítottak esetében a biztosító az új biztosított belépési korát úgy ál-

lapítja meg, hogy a biztosítottak csoportjába való belépés évének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

A biztosított nem jogosult a szerződő helyébe lépni.

3.4. Kedvezményezett

A biztosítási szerződés keretében kedvezményezett az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult. A jelen feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés esetében a biztosítási szolgáltatás kedvezményezettjének a biztosított minősül. A biztosító a szolgáltatások igénybevételekor keletkezett számlák ellenértékét, mint „kárkifizéseket”, a Teladoc Hungary Kft-nek teljesíti, a Teladoc Hungary Kft. azt - az Öpt. vonatkozó rendelkezéseire tekintettel – a Pénztáron keresztül téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak vagy a pénztártag számlájára téríti meg.

4. A biztosítási szerződés létrejötte

Jelen biztosítás a Pénztár és a biztosító kölcsönös írásbeli megállapodásával, a keretszerződés aláírásával az abban foglaltak szerint jön létre. **A biztosító kötvényt nem állít ki.**

5. Kockázatelbírálás

A biztosító a biztosítási szerződéssel összefüggésben kockázatelbírálást nem alkalmaz.

6. A biztosító kockázatviselésének kezdete

A csoportos biztosítási szerződés keretében a biztosító kockázatviselése a felek által a keretszerződésben meghatározott időpontban kezdődik. A biztosító kockázatviselése az egyes biztosítottak vonatkozásában az alábbi időpontban kezdődik meg:

6.1. Azon pénztártagok esetében, akik a csoportos biztosítási keretszerződés hatályba lépése napján már a „Szolidáris Alap” tagjai, a biztosító kockázatviselésének kezdete:

- a. 2019. november 1. napjának 0 órája *feltéve, hogy a Pénztár a biztosított állományról a keretszerződésben meghatározott **összesített adatokat** a biztosító részére átadja* és a Pénztár a biztosítottra vonatkozó esedékes díjat a biztosító részére a keretszerződésben meghatározottak szerint megfizeti.
- b. Azon pénztártagok, akik a kockázatviselés kezdetét követő második hónap utolsó napjáig nem kerültek be a Szolidáris Alapba, és így rájuk a jelen feltételek 3.3. pontjában meghatározottak alapján nem terjed ki a biztosítási fedezet, de a biztosítási szerződés tartama alatt a későbbiekben lépnek be, a biztosító kockázatviselésének kezdete adott biztosított vonatkozásában Szolidaritási Alapba történt belépést követő hónap 1. napjának 0 órája, *feltéve, hogy a Pénztár a biztosított állomány **összesített adatait** tárgyhónapot megelőző hónap 20-ig a keretszerződésben meghatározottak szerint a biztosító részére átadja* és a Pénztár a biztosítottra vonatkozó esedékes díjat a biztosító részére a keretszerződésben meghatározottak szerint megfizeti.

6.2. Azon biztosítottak esetében, akik a a biztosítási keretszerződés létrejöttét követően létesítenek tagsági jogviszonyt a Pénztárral, a biztosító kockázatviselése a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag keretében a biztosítottnak a pénztári jogviszony létesítésére szóló dokumentum záradékolásának keltét (azaz egyben a Szolidaritási Alapba történő belépést)

- követő hónap 1. napján 0 órakor kezdődik, *feltéve, hogy a Pénztár a biztosítottra vonatkozó esedékes díjat a biztosító részére megfizeti és Pénztár a biztosított állomány **összesített adatait** tárgyhónap 20-ig a biztosító részére átadja; (A Pénztár azon biztosított állomány **összesített adatait** küldi át, akik esetében a tárgyhónapot megelőző hónap 15. napján a tagsági jogviszony és a keretszerződés szerinti egyéb feltételek fennállnak.);*
- követő 2. hónap 1. napján 0 órakor kezdődik, *feltéve, hogy a Pénztár a biztosítottra vonatkozó esedékes díjat a biztosító részére megfizeti és Pénztár a a biztosított állomány **összesített adatait** tárgyhónap 20-át*

követően a biztosító részére átadja (A Pénztár azon biztosított állomány **összesített adatait** küldi át, akik esetében a tárgyhónapot megelőző hónap 15-ét követően a tagsági jogviszony és a keretszerződés szerinti egyéb feltételek fennállnak).

6.3. A Társbiztosítottak részére nyújtott Hello Egészség Bázis csomag keretében a biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan a *biztosított állomány **összesített adatairól** szóló adatszolgáltatás alapján* az alábbi időpontban kezdődik meg:

- a tárgyhónapot követő hónap első napján, amennyiben a pénztártag biztosított a biztosított nyilatkozatot tárgyhónap 15. napjáig aláírja vagy megteszi rögzített vonalon és a Pénztár azt rögzíti (és egyben csatlakoztatja a Szolidaritási Alaphoz), a Pénztár a biztosítottra vonatkozó esedékes díjat a biztosító részére megfizeti és a *biztosított állomány **összesített adatait** tárgyhónap 20-ig a biztosító részére átadja;*
- a tárgyhónapot követő második hónap első napján, amennyiben a pénztártag biztosított a biztosított nyilatkozatot tárgyhónap 15. napját követően írja alá vagy teszi meg rögzített vonalon és ezt követően rögzíti a Pénztár azt (és egyben csatlakoztatja a Szolidaritási Alaphoz), a Pénztár a biztosítottra vonatkozó esedékes díjat a biztosító részére megfizeti és a *biztosított állomány **összesített adatait** tárgyhónap 20-át követően adja át a biztosító részére.*

A Pénztár azon biztosított állomány **összesített adatait** küldi át, akik esetében a tárgyhónapot megelőző hónap 15. napján a tagsági jogviszony és a keretszerződés szerinti egyéb feltételek fennállnak; társbiztosítottak esetén fenti előírás megfelelően alkalmazandó azzal, hogy a tárgyhónapot megelőző hónap 15. napjáig az adott kedvezményezett esetében a pénztártag nyilatkozata rögzítésre került.

6.4. Ismételt belépés esetén a biztosító kockázatviselése – a 3. pontban leírtak szerint – az adott biztosítottra vonatkozóan a *biztosított állományra vonatkozó **összesített adatszolgáltatás** alapján* az alábbi időpontban kezdődik meg:

- a tárgyhónapot követő hónap első napján, amennyiben a pénztártag biztosított a biztosított nyilatkozatot tárgyhónap 15. napjáig aláírja vagy megteszi rögzített vonalon és azt a Pénztár rögzíti (és egyben csatlakoztatja a Szolidaritási Alaphoz), a Pénztár a biztosítottra vonatkozó esedékes díjat a biztosító részére megfizeti és a *biztosított állomány **összesített adatait** tárgyhónap 20-ig a biztosító részére átadja;*
- a tárgyhónapot követő második hónap első napján, amennyiben a pénztártag biztosított a biztosított nyilatkozatot tárgyhónap 15. napját követően írja alá vagy teszi meg rögzített vonalon és ezt követően rögzíti a Pénztár (és egyben csatlakoztatja a Szolidaritási Alaphoz), a Pénztár a biztosítottra vonatkozó esedékes díjat a biztosító részére megfizeti és a *biztosított állomány **összesített adatait** tárgyhónap 20-át követően adja át a biztosító részére.*

A Pénztár azon biztosított állomány **összesített adatait** küldi át, akik esetében a tárgyhónapot megelőző hónap 15. napján a tagsági jogviszony és a keretszerződés szerinti egyéb feltételek fennállnak; társbiztosítottak esetén fenti előírás megfelelően alkalmazandó azzal, hogy a tárgyhónapot megelőző hónap 15. napjáig az adott társbiztosított esetében a pénztártag nyilatkozata rögzítésre került.

6.5. Amennyiben a Pénztár a biztosítottra vonatkozó díjat a biztosító részére az esedékességet követő 60. naptári napig nem fizeti meg, a biztosítási jogviszony és a biztosító kockázatviselése megszűnik adott biztosított vonatkozásában az esedékesség napját követő 60. napon 24 órakor.

A biztosító kockázatviselése adott biztosított esetében újra kezdődik annak a hónapnak az első napján 0 órakor, amely hónapra a Pénztár a biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat a biztosító részére megfizeti és a *biztosított állományra vonatkozó **összesített adatszolgáltatásban** a biztosító részére a biztosított állomány **összesített adatait** átadja a keretszerződésben meghatározottak szerint.* A biztosító kockázatviselése újraindulásának feltétele társbiztosított esetén, hogy adott biztosított a jelen feltételek 2. mellékletének 2., 3., és 4. pontjában meghatározott biztosítási szolgáltatást a megszűnés előtt nem vette igénybe. Amennyiben már biztosítási

szolgáltatást vett igénybe a biztosított, úgy a biztosító kockázatviselése nem indulhat újra.

A kockázatviselés kezdő időpontja nem lehet korábbi, mint a keretszerződés létrejöttét követő hónap 1. napja 0 óra, figyelembe véve a jelen szerződési feltételek 6.1.–6.5. pontjában leírtakat.

6.6. A biztosító kockázatviselésének feltétele adott biztosított vonatkozásában, hogy a Pénztár a csoportos egészségbiztosítás esedékes biztosítási díját adott biztosítottra vonatkozóan a kockázatviselési időtartamra a biztosító számlájára – az egészségpénztári tag számlájára történt áthárítást követően – megfizette a biztosítási keretszerződésben meghatározottak szerint. A biztosító kockázatviselése kizárólag a díjfizetéssel rendezett időtartamra áll fenn.

6.7. A biztosítási szerződés létrejöttét követően a Pénztár által a biztosító részére küldött első adatszolgáltatás alapján a biztosító kockázatviselésének kezdete 2019. november 1. nap 0 órája.

7. Várakozási idő

A biztosító jelen szerződéssel összefüggésben legfeljebb 6 hónap várakozási időt köthet ki, melyről a biztosítási keretszerződésben, továbbá a jelen szerződési feltételek 1. számú mellékletében meghatározott Szolgáltatási fedezetek összefoglaló táblázatában és a 2. számú mellékletben foglalt „A biztosító szolgáltatásai” részben rendelkezik. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, úgy a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

8. A biztosított kikerülése a biztosított csoportból

Az alábbi események bekövetkezésekor a biztosító az adott biztosított vonatkozásában nem teljesít további szolgáltatást, és az adott biztosított kikerül (továbbiakban: kilépés) a biztosított csoportból:

- a biztosított telefonon rögzített vonalon történő nyilatkozata alapján
 - a pénztártag biztosítottak Hello Egészség Bázis csomagja esetében a lemondási (kilépési) nyilatkozat Pénztárhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0 órájakor;
 - a társbiztosítottakra kiterjedő Hello Egészség Bázis csomag esetében a pénztártag biztosított nyilatkozatának Pénztárhoz történő beérkezését követő, a rá mint társbiztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napján 0 órakor;
 - feltéve, hogy erről a Pénztár a biztosítót értesítette (a vonatkozó **összesített adatszolgáltatásban**) pénztártag biztosított és társbiztosított esetében az utolsó díjjal rendezett hónap utolsó napját követő 60. napon 24 órakor, amennyiben az esedékességétől számított 60. napig az elmaradt biztosítási díj nem kerül megfizetésre a biztosító részére a 14. pontban és a keretszerződésben meghatározottak szerint;
- amennyiben a Pénztárral való tagsági jogviszony és ezzel együtt a biztosított csoportba való tartozás megszűnik, és a Pénztár az adott biztosított jogviszonyának megszűnését a biztosítónál írásban kezdeményezi (a vonatkozó **összesített adatszolgáltatásban**) annak a hónapnak az utolsó napján 24 órakor, melyben a pénztári tagsági jogviszony megszűnt;
- biztosított halála esetén, a biztosított halálának időpontjával; (A biztosító a biztosított halálát követően a tudomásszerzésig részére megfizetett biztosítási díjat a Pénztár részére visszautalja a keretszerződésben foglaltak szerint);
- pénztártag biztosított vagy társbiztosított esetében a Hello Egészség Bázis biztosított csomag keretében a biztosított 75. életévének betöltését követő biztosítási évforduló napján 0 órakor;
- a biztosított 100%-os rokkantsága, egészségkárosodása esetén, az egészségkárosodás megállapításának időpontjában. (A biztosító a biztosított egészségkárosodás megállapításának napját követően a tudomásszerzésig részére megfizetett biztosítási díjat a Pénztár részére visszautalja a keretszerződésben foglaltak szerint);
- amennyiben a keretszerződés megszűnik, a keretszerződés megszűnésének időpontjában;

g. pénztártag biztosított biztosítási jogviszonyának megszűnésével egyidejűleg a társbiztosított biztosítási jogviszonya is megszűnik.

9. A biztosítási időszak

9.1. A biztosítási időszak az az időtartam, amelyre a biztosító a biztosítási díjat kalkulálja, és amely időszakra a Pénztár a biztosítási díj megfizetésére köteles.

9.2. A csoportos biztosítási szerződés keretében a biztosítási évforduló napja minden évben a biztosítási tartam kezdetének a napja.

9.3. A biztosítási időszak egy év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számított egy évig tart (a továbbiakban: biztosítási év).

9.4. Az egyes biztosítottak esetében a biztosítási évforduló minden évben a biztosító adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetének napja.

10. A biztosítás tartama

A Pénztár és a Biztosító között létrejött biztosítási keretszerződés határozott, egy éves tartamra jön létre. Jelen feltételek alapján létrejött, egy éves tartamú biztosítási keretszerződés további egy évvel, változatlan feltételekkel meghosszabbodik akkor, ha egyik szerződő fél sem tesz ezzel ellentétes tartalmú nyilatkozatot. A szerződés megszüntetésére vonatkozó nyilatkozatot a nyilatkozatot tevő fél köteles a biztosítási szerződés tartamának lejártá előtti 45 nappal megtenni a másik fél részére, figyelembe véve a jelen feltételek 14.2. pontjában leírtakat.

A biztosítás tartamának kezdete a kockázatviselési időszak kezdetével megegyezik. A tartam kezdetét a felek a biztosítási keretszerződésben rögzítik. Az egyes biztosítottakra vonatkozó biztosítási tartam megegyezik a jelen szerződési feltételek 6. pontjában szabályozott kockázatviselési időszakával.

11. A biztosítás területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kizárólag Magyarország területére, a biztosítottnak Magyarországon – a kockázatviselési időszakban – bekövetkezett balesetéből vagy valószínűsíthető betegségéből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

12. A biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatásai

12.1. Biztosítási eseménynek minősül a jelen feltételek értelmében a biztosítottnak a kockázatviselési időszak alatt bekövetkezett balesete, vagy – adott fedezetre vonatkozó eltérő rendelkezés hiányában – a kockázatviselési időszak kezdetéhez képest – előzmény nélküli, olyan valószínűsíthető betegsége, kóros állapota, várandóssága, amelyet a szolgáltató partner részére a kockázatviselési időszak alatt bejelent, és amely miatt a biztosítottnak a biztosító szolgáltató partnerén keresztül, a szolgáltató partner szervezésében, tudtával, illetve előzetes jóváhagyásával egészségügyi szolgáltatás igénybevételére van szüksége (kárbiztosításnak minősülő biztosítási események).

12.2. Nem minősül biztosítási eseménynek a biztosítottnak a jelen feltételek 2.12. pontjában meghatározottak szerinti előzménybetegsége.

12.3. A biztosítási esemény időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt a szolgáltató partnernél bejelenti azzal, hogy a bejelentést is a rá vonatkozó kockázatviselési időszakban kell a biztosítottnak megtennie. Abban az esetben, ha a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés megszűnését követően jelenti be a biztosítási eseményt, a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

12.4. A biztosító által nyújtott szolgáltatásokat a jelen feltételek részét képező 1. számú melléklet és 2. számú melléklet tartalmazza.

12.5. Biztosítási esemény bejelentése

12.5.1. A 12.1. pontban meghatározott biztosítási események esetében a *szolgáltató partnerrel* való kapcsolatfelvétel a biztosítási esemény bejelentésének minősül. A *szolgáltató partner* a szolgáltatási igény bizonyításához és elbírálásához a 12.6.4. pontban, továbbá a jelen feltételek 2. mellékletében meghatározott iratok bemutatását kérheti.

12.5.2. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény *szolgáltató partnernél* történt telefonos (+36 1 461 1559) vagy online felületen (<http://egeszsegbiztositas.groupama.hu>) történő bejelentésének napja, illetve az egészségügyi szolgáltatónál lefoglalt időpont.

12.5.3. A biztosítási esemény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a biztosító, illetve *szolgáltató partnere* rendelkezésére állnak a biztosítottra vonatkozó, általa megadott és azonosítására alkalmas adatok és a fedezetigazolás. A biztosító, valamint *szolgáltató partnere* az érintett biztosítottra vonatkozó biztosítotti jogviszony ellenőrzéséhez bekéri a biztosítótól a pénztár által kiállított, aláírással vagy elektronikus aláírással ellátott igazolást a biztosítotti jogviszony fennállásáról. A biztosító az így megkapott adatok alapján ellenőrizheti (visszamenőleg is) a pénztár által a biztosítotti jogviszony igazolására szólóan kiállított nyilatkozatát a folytatólagosan fizetett díjról, így a biztosítotti jogviszony fennállásáról.

12.5.4. Amennyiben a biztosított az egészségügyi dokumentáció *szolgáltató partner* részére történő továbbítását megtagadja az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor, úgy az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét saját maga köteles kifizetni.

12.6. A biztosító szolgáltatásai

12.6.1. A biztosítás szolgáltatási elemeit a jelen feltételek részét képező 1. számú melléklet tartalmazza.

12.6.2. Az egyes szolgáltatási elemek részletes bemutatását a jelen feltételek részét képező 2. számú melléklet tartalmazza. A biztosító egyes szolgáltatási elemekhez tartozó térítési kötelezettségének felső határát a jelen feltételek részét képező 1. számú melléklet tartalmazza. A biztosító kizárólag az 1. számú mellékletben meghatározott szolgáltatásokra és az ott meghatározott összeghatárig nyújt szolgáltatást.

12.6.3. A *szolgáltató partner* által megszervezett szolgáltatások igénybevétele során az egészségügyi szolgáltató azonosítja a biztosítottat. A biztosított köteles viselni a szolgáltatás költségét az egészségügyi szolgáltató felé, ha a biztosított személye nem azonosítható a helyszínen.

12.6.4. A *szolgáltató partner* a szolgáltatási igény bizonyításához és elbírálásához a 2. számú mellékletben felsoroltakon túl az alábbi iratok bemutatását kérheti:

- szerződő által kiállított igazolás a biztosítotti jogviszony fennállásáról (fedezetigazolás);
- orvosi beutaló vagy javaslat;
- szakorvosi beutaló vagy javaslat;
- az orvosi ellátás szükségességét igazoló dokumentáció;
- a biztosított nevére kiállított számla.

12.6.5. A *szolgáltató partner* a biztosítási esemény kapcsán benyújtott dokumentumokat ellenőrzi, és ezek alapján jogosult a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét, valamint a gyógytartamot felülvizsgálni. A *szolgáltató partner* ezen dokumentumok alapján megtagadhatja a szolgáltatások megszervezését azon szolgáltatások esetében, amelyekre a biztosítás fedezetet nyújt, de a szolgáltatás igénybevétele orvosilag nem indokolt vagy szükséges.

12.6.6. A *szolgáltató partner* kizárólag a vele szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg az egészségügyi szolgáltatást.

12.6.7. A *szolgáltató partner* az egészségügyi szolgáltatás megszervezését megelőzően szükség esetén tájékoztatja a

biztosítottat arról, amennyiben az igényelt egészségügyi szolgáltatás költsége vagy a szolgáltatások igénybevételenek értéke meghaladná a jelen feltételekben meghatározott mértéket.

12.6.8. A biztosított a jelen szerződési feltételek alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.

12.6.9. A biztosított által igénybe vett szolgáltatás besorolását az egyes szakágakba a biztosító *szolgáltató partnere* elsődlegesen az alapján dönti el, hogy az adott ellátást milyen orvos végzi el. (Például a sebész által végzett beavatkozások sebészeti körébe sorolandók.)

12.6.10. A biztosító kockázatviselése kizárólag a *szolgáltató partner* szervezésében és előzetes jóváhagyásával igénybe vett szolgáltatásokra terjed ki, figyelembe véve a jelen feltételek 2. számú mellékletének 4. pontjában meghatározott szolgáltatásra vonatkozó speciális rendelkezéseket.

13. A biztosítás újra érvénybe helyezése

13.1. Abban az esetben, ha a biztosítási jogviszony a **pénztártag biztosított**ra vonatkozóan a 8. pontban meghatározott módon, a pénztártag biztosított általi lemondás okán szűnt meg, a biztosító kockázatviselése a pénztártag írásbeli vagy telefonon, rögzített vonalon történő nyilatkozata alapján a jelen feltételek 6.4. pontjában leírtak szerint – a nyilatkozat megtételét követő hónap – 1. napján 0 órától újra elindul, feltéve, hogy a Pénztár a biztosítottra vonatkozó esedékes díjat a biztosító részére megfizeti és Pénztár a biztosított állomány **összesített adatait** tárgyhónap 20-ig a biztosító részére átadja.

Amennyiben 60 napon túli díjnemfizetés miatt szűnt meg a pénztártag biztosítási jogviszonya a Hello Egészség Bázis csomagra, úgy nem szükséges az újbóli érvénybe helyezéshez biztosítotti nyilatkozat kitöltése. A biztosító kockázatviselése újraindul a 6.5. pontban meghatározottak szerint.

A biztosítási fedezet újra érvénybe helyezésére több alkalommal van lehetőség (függetlenül attól, hogy lemondás vagy díjnemfizetés miatt szűnt meg a biztosító kockázatviselése).

13.2. Társbiztosítottra kiterjedő Hello Egészség Bázis csomag esetén a pénztártag vonatkozó írásbeli nyilatkozata alapján kérhető a biztosítási fedezet újra érvénybe helyezése. A biztosító kockázatviselése ebben az esetben a biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napjának 0 órájától indulhat el, feltéve, hogy a Pénztár a biztosítottra vonatkozó esedékes díjat a biztosító részére megfizeti és Pénztár a biztosított állomány **összesített adatait** tárgyhónap 20-ig a biztosító részére átadja. A társbiztosítottra szóló Hello Egészség Bázis csomag esetében a biztosítási fedezet újra érvénybe helyezése is – a korábbi biztosítotti jogviszony bármely okból történő megszűnése esetén – egy alkalommal igényelhető, **feltéve, hogy a biztosított korábban még nem vett igénybe a jelen feltételek 2. mellékletének 2., 3., és 4. pontjában meghatározott szolgáltatást.**

14. A biztosítási díj

14.1. A biztosító a biztosítási díjat a biztosítottak létszámának, a biztosítás tartamának, a szolgáltatások jellegének és összegének, a kockázatok terjedelmének figyelembevételével a keretszerződésben határozza meg a díjfizetés gyakoriságának és módjának meghatározásával együtt.

14.2. Amennyiben a biztosítási tartam meghosszabbodik, és a biztosított csoportra vonatkozó kockázati viszonyok alakulása (a biztosítási események előfordulási gyakoriságának változása a veszélyközösségen belül) vagy a piaci körülmények változása (a biztosító által a Csoportos Egészségbiztosítás keretében nyújtott magánegészségügyi szolgáltatások piaci árának változása, a biztosított csoport átlagéletkorának változása) szükségessé tesz, úgy a biztosító a korábban megfizetett biztosítási díjhoz képest **új díjat állapíthat meg és a biztosítási szolgáltatásokat (azok körét és összeghatárát) is módosíthatja a veszélyközösség védelme érdekében a Pénztár előzetes egyetértésével, a biz-**

tosító és a Pénztár között létrejött keretszerződésben foglaltak szerint. A módosítás okai az alábbiak lehetnek:

- a. a biztosítottak aktuális átlagéletkorában és összetételében történt 10%-nál nagyobb emelkedés;
- b. a kártapasztalat díjkalkulációban feltételezettnél nagyobb mértéke (gyakoriságban és/vagy volumenben);
- c. a magánegészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások árának változása.

Az a. pontban meghatározott esetekben a díjemelések mértéke (és/vagy az ezzel egyenértékű szolgáltatáscsökkentés) legfeljebb az emelkedés mértékével megegyező lehet.

A b. pontban meghatározott esetben a díjemelések mértéke (és/vagy az ezzel egyenértékű szolgáltatáscsökkentés) a kártapasztalat tényleges és díjkalkulációban feltételezett mértéke közötti különbség lehet.

A c. pontban meghatározott esetben a magánegészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások árának változása megállapításához a biztosító egy referenciaértéket vesz alapul. A referenciaérték számításának alapja a biztosító tíz legjelentősebb magánegészségügyi szolgáltató partnerének átlagos árváltozása. Amennyiben a magánegészségügyi szolgáltatói árak átlagos növekedése eléri az 5 %-ot, a biztosító az átlagos növekedés mértékével történő növelésre tesz javaslatot (és/vagy szolgáltatások csökkentésére tesz javaslatot). A biztosítási díj jelen bekezdésben meghatározottak szerinti emelése a biztosítási szolgáltatások összehatárait nem növeli. Amennyiben a szolgáltatói árak átlagos növekedése nem éri el az 5%-ot egy adott évben, a biztosító nem él az árváltozás miatti díjemelések lehetőségével. Amennyiben tárgyéven a biztosító nem emelt díjat a szolgáltatói áremelkedés miatt, úgy a tárgyévet követő biztosítási év(ek)ben a magánegészségügyi szolgáltatások átlagos áremelkedésének az eltelt években bekövetkezett mértékét veszi alapul a díjmódosításhoz.

A biztosítási díj vagy szolgáltatás módosítása kizárólag a Pénztár és a biztosító közös megegyezése alapján lehetséges a közöttük létrejött keretszerződésben foglaltak szerint. Biztosító módosítására vonatkozó javaslatát részletes kárstatisztikával vagy egyéb elemzéssel támasztja alá. Biztosító módosítási javaslatról legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 60. napon értesíti a Pénztárat és kezdeményezi az egyeztetést. Amennyiben a Pénztár és a biztosító az egyeztetést követően nem jut közös megegyezésre, úgy a szerződés megszüntetését bármely fél jogosult kezdeményezni. A megszüntetésre vonatkozó nyilatkozatnak a másik fél részére a jelen szerződési feltételek 10. pontjában meghatározott határidőig kell megérkeznie a másik félhez.

14.3. Amennyiben a biztosítottakra vonatkozó létszámváltozást (különös tekintettel a kilépő biztosítottak vonatkozásában) nem jelenti le a biztosító felé a keretszerződésben és a jelen szerződési feltételek 15.1.4. pontban meghatározott határidőn belül, úgy felek egyeztetnek és a biztosítónak jogában áll az adott biztosítottra vonatkozó következő havi biztosítási díjat követelni a Pénztártól, amely időszakra a biztosító kockázatviselése adott biztosított vonatkozásában változatlanul fennáll.

14.4. Pénztár tudomásul veszi, hogy a biztosító kizárólag díjrendezett szerződés esetében nyújtja a biztosítási szolgáltatásokat. Amennyiben a Pénztár nem vagy csak részben fizeti meg az esedékes időarányos biztosítási díjat, úgy a biztosítónak jogában áll a szolgáltatását felfüggeszteni a díjrendezett dátumától kezdve mindaddig, amíg a teljes biztosítási díj kiegyenlítésre nem kerül. A biztosító részére történő biztosítási díj megfizetésére a szerződőnek az esedékességtől számítva 60. napig van lehetősége. Amennyiben a Pénztár elmulasztja az esedékes biztosítási díjat a biztosító részére a jelen pontban meghatározottak szerint megfizetni a biztosító kockázatviselése adott biztosított vonatkozásában megszűnik a biztosítási díj esedékességet követő 60. napján 24 órákor (utolsó díjjal rendezett nap 24 órákor).

15. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

15.1. A Pénztár és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

15.1.1. A Pénztár és biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor, továbbá azt követően a szerződés tartama alatt köteles – a biztosítási kockázat vállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítóval,

valamit a *szolgáltató partnerrel* írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett, valamint amire vonatkozóan a biztosító vagy a *szolgáltató partner* kérdést tett fel (így pl. a személyes adatok: név, lakcím, elérhetőség). A jelen szerződési feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésben foglalt egészségbiztosítási kockázat elvállalása tekintetében lényeges kérdésnek minősülnek azon kérdések, melyekre a *szolgáltató partner*, illetve a biztosító szükség esetén egészségi nyilatkozatban rákérdez, vagy amelyekre vonatkozóan további tájékoztatást kér a Pénztártól és a biztosítottól, akár telefonon is.

A biztosítottnak a jelen szerződési feltételek alapján létrejött egészségbiztosítási fedezet létrejöttéhez adott hozzájárulása azon kötelezettség vállalását is jelenti, hogy a közölt adatok ellenőrzését a biztosító, illetve a *szolgáltató partner* részére lehetővé teszi.

15.1.2. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a Pénztár és biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

15.1.3. A Pénztár és a biztosított köteles a biztosítás tartama alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a biztosítónak a szerződés keretében, illetve nyilatkozataiban közölt lényeges körülmények megváltozását.

15.1.4. Ellenkező megállapodás hiányában, a Pénztár köteles a biztosítót a biztosítottak személyében beállt változásról a következők szerint írásban értesíteni: tárgyhónap 20-ig szükséges a biztosító részére megadni a tárgyhónapot megelőző hónap 16. napja és tárgyhónap 15. napja között a biztosítottak körében bekövetkezett változások adatait (*a biztosítottak összesített állományadatait*) a biztosító részére. A biztosítottak állományadataiban bekövetkezett változást a biztosító a hozzá beérkezett változásbejelentés beérkezését követően, adott hónap 30-áig vezeti át.

15.1.5. A biztosított az egészségi állapotában történt változást nem köteles a biztosítónak bejelenteni.

15.1.6. A közlésre vagy a változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

- a. bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
- b. a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

15.1.7. Amennyiben a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyes biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi biztosított esetén nem hivatkozhat.

15.1.8. A közlésre és változásbejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Pénztárat 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.

15.1.9. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél (Pénztár), illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik.

15.1.10. Amennyiben a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

A jelen bekezdés rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló ötéves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

15.2. A biztosító jogai lényeges körülményekről való tudomásszerzés esetén vagy lényeges körülmények változásának közlése esetén

15.2.1. Amennyiben a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek

a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

15.2.2. Amennyiben a Pénztár a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.

15.2.3. Amennyiben a szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító az 15.2.1. és 15.2.2. pontokban meghatározott jogait a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.

15.2.4. Jelen szerződési feltételek szempontjából nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

15.3. A biztosított – amennyiben indokolt – a szolgáltatóval előre egyeztetett vizsgálati/műtéti időpontot módosítani vagy lemondani a tervezett időpontot megelőző munkanap végén 16:00 óráig jogosult. **Amennyiben a biztosított a szolgáltatóval előre egyeztetett vizsgálati/műtéti időpontot megelőző munkanap végén 16:00 órát követően jelzi módosítási igényét vagy azt lemondja, továbbá ha elmulasztja az előre egyeztetett vizsgálat/műtét időpontját lemondani, és nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a biztosított a vizsgálatot/ellátást igénybe vette volna, és a biztosító az adott szolgáltatási elemre meghatározott szolgáltatási keretösszegeből (limitből) jogosult levonni a megszervezett ellátás értékét. Ebben az esetben 3 hónapig nem vehető igénybe a kért szolgáltatás. A lemondott egészségügyi ellátás időpontját a *szolgáltató partner* egy alkalommal módosítja.**

15.4. Az egynapos sebészet esetében a biztosítottnak a műtétet megelőző munkanap végén 16:00 óráig van lehetősége az előre egyeztetett időpontot módosítani vagy lemondani. Az ellátó partner és a biztosított között a műtét elvégzése tárgyában létrejött megállapodásban az ellátó kötbérfizetési kötelezettséget köthet ki arra az esetre, ha a biztosított ezen módosítási/lemondási kötelezettségének nem tesz időben eleget.

16. Szolgáltatási limitek és fedezetfeltöltés

16.1. A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződés keretében igénybe vehető szolgáltatásokra – a jelen szerződési feltételek 2. számú mellékletének 4. pontjában meghatározott biztosítási fedezet keretében igénybe vehető biztosítási szolgáltatásokra vonatkozó speciális rendelkezések figyelembevételével – biztosítási időszakonkénti szolgáltatási limiteket határoz meg a jelen feltételek részét képező 1. számú mellékletben meghatározottak szerint. A biztosító kizárólag a jelen feltételek részét képező 1. számú mellékletben meghatározott egyes szolgáltatási elemekhez tartozó keretösszegig nyújt szolgáltatást.

Nem minősül biztosítási eseménynek az egy biztosítási időszakra vonatkozó szolgáltatási limiten túl igénybe vett szolgáltatás.

16.2. A biztosítási szerződésre a fedezetfeltöltés szabályai nem vonatkoznak, így abban az esetben, ha az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási szolgáltatási limiteket adott biztosított kimeríti, az adott biztosítási időszakban további szolgáltatásra nem jogosult.

17. A biztosító mentesülésének esetei

17.1. A kárbiztosításnak minősülő biztosítási esemény esetén a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól:

- ha bizonyítja, hogy a biztosítási esemény alapjául szolgáló eseményt jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartással a biztosított vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója okozta;
- ha a biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségét megszegi, kivéve azt, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

17.2. Jelen feltételek értelmében súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény a 17.1. pontban meghatározott személyek

- szándékosan elkövetett bűncselekményével;
 - súlyosan ittas állapotával (minimum 2,51 ezrelék véralkoholszint);
 - bódító, kábító vagy egyéb hasonló hatást kifejtő szerek fogyasztása miatti állapotával, illetve toxikus anyagok fogyasztása miatti függőségével;
 - érvényes jogosítvány nélküli, illetve alkoholos állapotban történő gépjárművezetéssel
- közvetlen összefüggésben következett be.

17.3. Amennyiben az egészségbiztosítást kárbiztosításként kötötték, nem tekinthető a biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járult hozzá.

18. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események

18.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:

- a a biztosított súlyosan ittas állapota (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint);
- b. ionizáló sugárzás;
- c. nukleáris energia;
- d. HIV fertőzés vagy szexuális úton átvihető egyéb betegségek (STD) gondozása;
- e. háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviellongások, felkelés.

18.2. Jelen feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást, vagy valamely kormány befolyásolására, vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

18.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel okozati összefüggésben álló eseményekre:

- a a biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a biztosító kockázatviselése kezdetét megelőző öt évben bizonyíthatóan fennállt, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző öt éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt;
- b. a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.

18.4. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki:

- a biztosított öngyilkossági kísérletével okozati összefüggés-

ben álló eseményekre, még akkor sem, ha a biztosított az öngyilkossági kísérletet zavart tudatállapotban követte el;

- jogszabályban meghatározott, a katasztrófa és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ideértve a kötelező, illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, a bármely védőoltás beadásával kapcsolatos kiadásokat;
- alkohol, drog vagy kábítószer, illetve egyéb szenvedélybetegség miatti elvonókúrák, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, valamint minden olyan biztosítási esemény, melynek oka orvosilag bizonyítható módon a túlzott alkohol- vagy kábítószerfogyasztás.

18.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:

- terhességgel, szüléssel, gyermekágyggyal összefüggő egészségügyi szolgáltatások;
- meddőség kezelésével, kivizsgálásával kapcsolatos műtétek, beavatkozások (ideértve például a petevezeték átjárhatósági vizsgálat minden formáját);
- meddővé tétel igény szerinti végrehajtása;
- a művi terhességmegszakítás (nem egészségügyi okok miatt);
- a fogamzásgátlás.

18.6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:

- azokra az egészségügyi szolgáltatásokra, melyeket nem a szolgáltató partner szervezésében és előzetes jóváhagyásával vettek igénybe, kivéve a jelen feltételek 2. számú mellékletének 4. pontjában meghatározott speciális rendelkezéseket;
- sürgősségi ellátás vagy vizsgálat, életveszély elhárítása;
- járóbeteg-szakellátás keretében elvégzett ambuláns műtétekre;
- CT lézer mammográfia vizsgálat;
- szakértői tevékenység, szakvélemény orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, látület céljából történő vizsgálat vagy ellátás;
- öröklött és veleszületett rendellenességekkel kapcsolatos szolgáltatások;
- ápolás és hospice ellátás, életfenntartó beavatkozások, a geriátriai ellátás, minden hosszú távú ellátás kivétel nélkül, gyógyfürdő, szanatórium, krónikus fekvőbeteg-ellátó intézmény, idős otthonában igénybe vett szolgáltatás;
- a jelen feltételekben meghatározott krónikus betegségek kezelése, gondozása, rehabilitációja (ideértve a daganatos betegek rendszeres onkológiai kezelését, a migrén kezelését, epilepszia kezelését, illetve a gerinc egyes degeneratív megbetegedéseinek kezelését (pl. polidiszkopátia), azok közvetlen vagy közvetett következményeit, kivéve az első diagnózis felállítását és az akut szakasz vagy szakaszok ellátását);
- gyógytorna, fizioterápia és egyéb hasonló típusú ellátások, úgy mint például manuálterápia, tapeing, masszáz, fürdőkúra, kivéve a jelen feltételek 1. és 2. számú mellékletében foglaltak szerint;
- pszichoterápiás és pszichiátriai szakellátás;
- állapotfenntartó injekció, infúziós kezelések (pl. akut tünetek nélküli keringésvizsgáló kezelések, vitaminkúrák) és egyéb kúraszerű kezelések;
- szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások, beleértve azok előkészítéséhez, illetve utógondozásához kapcsolódó ellátásokat is;
- művesekezelés;
- gastroenterológia ellátás keretén belül gastroscopia, és colonoscopia esetén illetve nagyértékű diagnosztikai viz-

gálatoknál (MR, CT) az altatás költségei, továbbá a virtuális endoscopia és kapszula endoscopia költsége, valamint az IgG ételintolerancia teszt;

- légúti allergiával kapcsolatos labor és diagnosztikai vizsgálatok szakorvosi javaslatra sem;
- a fogászati ellátások és kezelések;
- szájsebészeti vizsgálatok, beavatkozások és ellátások;
- látásjavító szemészeti műtét;
- orrsövényferdülés kezelése;
- alsó végtagi visszeresség injekciós, lézeres, radiofrekvenciás vagy egyéb műtéti kezelése;
- a kockázatviselés kezdetét megelőzően megkezdett gyógykezelés;
- a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely fizikai vagy mentális betegség vagy állapot, mellyel összefüggésben a biztosított kezelésben részesült vagy a kezelését javasolták;
- pajzsmirigy alulműködés és inzulinrezisztencia esetén a diagnózis felállítását követő ellátások;
- bennalvásos alvászvizsgálat (somnographia, polysomnographia);
- a védőoltások, valamint a védőoltások szövödményeinek kezelése, kivéve a jelen feltételek 1. és 2. számú mellékletében meghatározottakat;
- gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz, utóbbi esetében kivéve a jelen feltételek 1. és 2. számú mellékletében meghatározott mozgást segítő segédeszközök;
- emberen végzett orvostudományi kutatások;
- esztétikai céllal végzett kezelések, sebészeti beavatkozások és szövödményeik kezelése, plasztikai sebészet;
- halottakkal kapcsolatos egészségügyi szolgáltatások;
- ambuláns műtétekre, így például az anyajeggyel kapcsolatos kezelésekre, beavatkozásokra;
- jogszabályban meghatározott nem konvencionális eljárások közül a wellness szolgáltatások, gyógytáborok, logopédiai ellátás, fürdőkúra, gyógykúra, természetes gyógytényezők (pl. ásványvízes terápia, gyógyvizek, iszap, felszín alatti klíma, mindazon tényezők összessége, amelyek bizonyítottan kedvező hatással vannak a szervezetre), fürdő- és klímagyógyintézetek, gyógyhelyek által teljesített szolgáltatások;
- az alábbi - vizsgálatok vagy klinikum (tünetek) alapján - igazolt fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények: TBC, tetanusz, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek mint malária, sárgaláz, kolera, Dengueláz, SARS, bármely egyéb járványos megbetegedések (beleértve a pandémiás betegségeket);
- járványügyi érdekből végzett ellátásokra (figyelembe véve az aktuális járványügyi protokollokat);
- látásjavító eszközök, hallókészülék és kellékeik;
- jogszabályban meghatározott megelőzés és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, állapotfelmérések, kivéve a szolgáltatási csomag részét képező szűrővizsgálatokat;
- orvosi végzettséggel és/vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy és/vagy intézmény által folytatott szolgáltatás, kivéve a 2. melléklet 4. pontjában meghatározott eseteket;
- az egészségügyi ellátás, az orvosi ellátás következtében, annak következményeként elszennvedett ártalom miatt létrejött egészségkárosodás;
- rehabilitációs kezelések;
- Magyarországon elfogadott és a magyarországi egészségügyi szolgáltatóknál általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátások, egyszer

használatos eszközök és a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek és biológiai terápiás gyógyszerek költségei, valamint az OEP által be nem fogadott, illetve nem finanszírozott eljárások, eszközök és gyógyszerek költségei;

- kísérleti eljárásnak nyilvánított eljárások;
- protézisek, korrekciós segédeszközök és egészségügyi felszerelések, melyek nem szükségesek az operáció során;
- bárminemű mesterséges felszerelés beszerzése és beültetése kivétel nélkül, beleértve a szívatültetést, műszívkezelést;
- nemváltoztatás, történjék az egészségügyi vagy egyéb célból;
- szubjektív panaszokra épülő betegségek, melyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók;
- egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység;
- tudógyógyászati gondozás;
- addiktológiai gondozás;
- foglalkozás-egészségügyi szakellátás;
- akupunktúrás kezelés;
- lézeres körömgomba-eltávolítás;
- inkontinencia eszközös vagy műtéti kezelése (például intim lézer kezelése);
- digitális dermatoscopia;
- gyógypedagógiai kezelés;
- intenzív betegellátás;
- klinikai onkológiai gondozás;
- Hepatitis C betegek gondozása;
- bármilyen szűrővizsgálat, kivéve, ha a jelen szerződési feltételek 1. számú melléklete alapján az adott biztosítottra vonatkozó csomag tartalmazza;
- székletgenomikai teszt;
- az alábbi genetikai vizsgálatok: thrombózis panel, örökletes véralvadási zavar, habituális vetélés panel;
- multiplex allergia teszt (FABER 244, ALEX 282);
- keményítő terhelés;
- M2PK teszt;
- Pro PSA, phi PSA, PCA3 vizsgálatok;
- hisztamin intolerancia teszt;
- AMH (antimüller hormon);
- sztereotaxiás biopszia;
- kiváltott válasz vizsgálatok (vizuális kiváltott válasz (VEP), agytörzsi akusztikus kiváltott válasz (BAEP), szomatoszenzoros kiváltott válasz (SEP), transzkranális mágneses ingerlés (motoros kiváltott válasz [MEP])).

18.7. A biztosító kötelezettsége nem áll be olyan esetekben sem, amelyekben a gyógykezelés során nem tartották be az orvosszakmai előírásokat, és az ismételt műtétekre, kezelésekre emiatt került sor, illetve a jelen szerződési feltételekben meghatározott egyéb más biztosítási esemény következett be az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba).

18.8. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított alábbi sporttevékenységével összefüggő eseményekre: autómotor sportok (pl. autocrash vagy roncsautó sport, gokart, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival), gépkocsivereny bármely fajtája, barlangászat, barlangi expedíció, bázisugrás, BMX cross, BMX és skate, gyorsasági kerékpár, bungee jumping (mélybe ugrás), búvárkodás légzőkészülékkel 40 méter alá, egykezes és nyílttengeri vitorlázás, ejtőernyőzés, falmászás, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, hőlégballonozás, jetski, léghajózás, magashegyi expedíció, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, privát/sportrepülés/repülő sportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés,

vitorlázó és motoros repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, műrepülés), ejtőernyős ugrás, bázisugrás, quad, rally, vadvízi evezés, vízisí, hydrospeed, canyoning, surf, mountainboard, síakrobatika, síugrás, snowboard, pankráció).

18.9. A biztosító nem köteles fedezetet vállalni vagy bármilyen szolgáltatást nyújtani, illetve a biztosító köteles a jelen biztosítási szerződés alapján a kártérítést elutasítani, ha az ilyen szolgáltatás nyújtására vagy kártérítés kifizetésére az Egyesült Nemzetek Szervezete határozata alapján szankció, tiltó rendelkezés vagy szigorítás és/vagy az Európai Unió, Franciaország, az Amerikai Egyesült Államok vagy bármely nemzeti jogszabályozás által bevezetett gazdasági vagy kereskedelmi szankció vonatkozik.

18.10. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra a kötbérre, melyet az ellátó partner amiatt ró a biztosítottra a közöttük létrejött megállapodás alapján, mert az egynapos sebeszet esetében vagy a műtéti térítés esetén a műtét időpontját nem mondta le, illetve nem módosította a tervezett műtét időpontját megelőző munkanap végén 16 óráig.

19. A biztosítási szerződés megszűnése

19.1. A biztosítási keretszerződés az alábbi esetekben szűnhet meg:

- a. Amennyiben a Pénztár jogutód nélkül megszűnik, úgy a jogutód nélküli megszűnés időpontjával.
- b. Amennyiben a biztosítás tartama lejárt, mert azt a felek nem hosszabították meg, a biztosítási tartam utolsó napján 24 órakor.
- c. Amennyiben a Szolidáris Alap megszűnik, a csoport megszűnésének időpontjában.
- d. Amennyiben a Pénztár az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Pénztárat a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti. Amennyiben a Pénztár az első díjat nem egyenlíti ki annak esedékességekor, a biztosítási szerződés az esedékességtől számított 30. nap elteltével megszűnik anélkül, hogy a biztosító kockázatviselése megkezdődött volna. Amennyiben a jelen feltételek 14.4. pontjában leírtaktól eltérően a biztosító szolgáltatást nyújtott a biztosított részére, úgy a biztosítónak jogában áll a bejelentett biztosítási eseményekkel kapcsolatosan nyújtott szolgáltatásokat a Pénztártól visszakövetelni.
- e. A biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén a biztosító felmondásával a jelen szerződési feltételek 15.2. pontjában leírtak szerint.
- f. Amennyiben a 14.2. pontban leírtak szerint a biztosító szolgáltatás-, vagy díjmódosító javaslatáról a biztosító és a Pénztár nem egyezik meg, a tartam végén 24 órakor.
- g. Amennyiben a biztosító szolgáltató partnere megváltozik és a Pénztár a felmondási jogával él a 24.1. pont szerint.

19.2. A biztosítási fedezet megszűnése

A biztosító kockázatviselése a tartam utolsó napján 24 órakor, vagy amennyiben a biztosítási szerződés korábban megszűnik, úgy a megszűnés napján 24 órakor ér véget.

A biztosító kockázatviselése az egyes biztosítottak vonatkozásában megszűnik a jelen feltételek 8. pontjában meghatározott időpontokban.

20. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt a *szolgáltató partnernél* bejelenti.

21. Elévülési idő

A biztosítási szerződésből származó igények az **esedékességtől számított egy év elteltével évülnek el.**

22. Jognyilatkozatok

A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a Pénztárnak az általa megadott és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre. A biztosító a Pénztártól a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályságnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha a biztosítóhoz megérkezett.

23. Maradékjog és értékkövetés

A biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, nem díjmentesíthető, nem vásárolható vissza, nyereségrészesedésre nem jogosít. A biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

24. Egyéb rendelkezések

24.1. Az ellátást szervező partner a biztosítás tartama alatt megváltozhat. **A biztosító gondoskodik arról, hogy az ellátás megszervezése ebben az esetben továbbra is akadálytalanul megtörténjen. A változásról a biztosító írásban értesíti a szerződőt. Az ellátást szervező partner biztosítás tartama alatti megváltozása esetén a Pénztárnak joga van a változásról szóló tájékoztató levél kézhezvételétől számított 30 napon belül 30 napos felmondási idővel a biztosítási szerződést írásban felmondani. Ebben az esetben a biztosítási szerződés a felmondás biztosítóhoz történő megérkezésétől számított 30. napon megszűnik.**

24.2. A jelen feltételek elválaszthatatlan részét képezik az 1., 2. és 3. számú mellékletek. A biztosítási feltételek csak az 1., 2. és 3., mellékletekkel együtt érvényesek. Amennyiben a jelen feltételekben meghatározott rendelkezések és a 2. mellékletben szereplő speciális rendelkezések között eltérés van egy adott fedezet vonatkozásában, úgy a 2. mellékletben szereplő speciális rendelkezések irányadók adott fedezet vonatkozásában.

24.3. A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog a magyar jog. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem érintett kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adójogi kérdésekben a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény, a társasági adóról és osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény, az adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény, az adóigazgatási rendtartásról szóló 2017. évi CLI. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

24.4. A személyes adatkezelésre vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók, a biztosító elérhetőségeire (levelezési cím, telefonszám, honlapcím), felügyeleti szervére és a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos fogyasztóvédelmi eljárásokra vonatkozó tájékoztatás jelen feltételek részét képező, Tudnivalók elnevezésű külön dokumentumban található.

24.5. Felhívjuk figyelmét arra, hogy a biztosító mentesülésének, a biztosító szolgáltatása korlátozásának feltételeit és a biztosítási szerződésben alkalmazott kizárásokat jelen szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, félkövér betűtípussal tartalmazza.

25. Távértékesítésre vonatkozó rendelkezések

A biztosított az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján csatlakozhat a csoportos biztosítási szerződéshez:

Alapszabály szerinti csatlakozási nyilatkozat útján:

- A Hello Egészség Bázis biztosítási csomag esetén a Pénztár a 2019. május 23. napján megtartott Küldöttközgyűlése által módosított Alapszabályának 35/C.§ szerinti Szolidáris Alapjához tartozó azon pénztár-

tagokra köti meg a biztosítási szerződést, akik a biztosítási keretszerződés létrejöttkor a Pénztárral tagsági jogviszonyban állnak, valamint akik a biztosítási keretszerződés létrejöttét követően létesítenek tagsági jogviszonyt a Pénztárral és megfelelnek a keretszerződésben és a jelen szerződési feltételek 3.3. pontjában meghatározott feltételeknek. Ezen természetes személyek esetében a biztosítottak biztosított jogviszony létrejöttére szóló hozzájáruló nyilatkozatát a Küldöttközgyűlésnek – a biztosítási szerződés megkötésével összefüggésben hozott, az Alapszabály módosításáról szóló – döntése pótolja.

Szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján:

- a szerződő vagy a pénztártag által kezdeményezett és az ügyfélszolgálat által rögzítésre került telefonhívás során távbeszélő útján tett szóbeli csatlakozási nyilatkozattal.

Távértékesítési tájékoztató szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján vagy elektronikus csatornán tett csatlakozási nyilatkozat útján létrejött biztosítási jogviszony esetén

25.1. Távértékesítés

Távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésnek az a szerződés minősül, amelyet a szolgáltató és fogyasztó köt egymással szervezett távértékesítés keretében olyan módon, hogy a szerződés megkötése érdekében a szolgáltató kizárólag távközlő eszközt alkalmaz.

Szolgáltató: aki meghatározott szolgáltatást gazdasági vagy szakmai tevékenysége keretében nyújtja.

Fogyasztó: az a természetes személy, akinek a részére – önálló foglalkozása és gazdasági tevékenysége körén kívül eső célból – a szolgáltatást nyújtják, továbbá, aki a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatás vagy ajánlat (ajánlati felhívás) címzettje.

Távközlő eszköz: olyan eszköz, amely alkalmas a felek távollétében szerződési nyilatkozatok megtételére. Távközlő eszköznek minősül többek között a DM levél, a sajtótermékben közzétett hirdetés megrendelőlappal, a telefon, internetes honlap, e-mail, telefax.

Távértékesítés keretében történő szerződéskötésnek kell tekinteni minden olyan szerződéskötési módot és eljárást – jelen esetben a csatlakozási nyilatkozat megtételét – amelyre a felek, vagyis a szolgáltató és a fogyasztó egyidejű fizikai jelenléte (face to face kapcsolat) nélkül kerül sor. Ha a csatlakozás folyamata során, annak bármely szakaszában a felek egyidejű jelenlétében történik nyilatkozattétel, tájékoztatás vagy egyéb, a csatlakozási nyilatkozat megtételére irányuló magatartás, akkor az adott értékesítés nem minősül távértékesítésnek. A távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény alapján a biztosító és a fogyasztó távközlő eszköz alkalmazásával is köthet biztosítási szerződést. A jogszabály a fogyasztó érdekeit szem előtt tartva útmutatást ad a szolgáltató (továbbiakban: biztosító) szerződéskötést, illetve csatlakozási nyilatkozat megtételét megelőző tájékoztatási kötelezettségére, valamint a fogyasztó szerződéstől való elállási (felmondási) jogának gyakorlására, amelyekről az alábbiakban tájékoztatjuk. A biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény által előírt szerződéskötést megelőző tájékoztatást a jelen biztosítási feltételek formájában teljesít, így a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatásokról rendelkező törvényben meghatározott azonos tartalmú tájékoztatási kötelezettségének is eleget tesz, ezért a biztosító által nyújtandó szolgáltatás, ellenszolgáltatás, a fizetés és a biztosító teljesítésének feltételeit, a biztosító adatait, valamint a biztosító felett felügyeletet gyakorló szerv adatait a jelen biztosítási feltételek tartalmazták. Tájékoztatjuk továbbá, hogy a fogyasztó tájékoztatását kizárólag az első ügyletre vagy műveletre kell alkalmazni abban az esetben, ha ugyan-

azon felek között kerülnek végrehajtásra egymást követő ügyletek, illetve azonos jellegű elkülönült műveletek, amelyek időbeli kapcsolatban állnak egymással. Ha egy évnél hosszabb ideig nem kerül sor ügylet vagy azonos jellegű művelet teljesítésére, az ezt követő ügyletet vagy műveletet új ügyletnek, illetve egy újabb műveletsor első műveletének kell tekinteni, és a tájékoztatást teljesíteni kell. A távértékesítés keretében kötött biztosítási szerződés, illetve ahhoz történő csatlakozás a fogyasztó terhére többletköltséget nem okoz.

25.2. További információk

A biztosító illetve a Pénztár jogosult az ügyfél csoportos biztosításhoz való csatlakozási szándékát elutasítani.

26. Lényeges eltérés a korábban alkalmazott feltételektől

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2019. november 1-től alkalmazott szerződési feltételektől a jelen szerződési feltételek eltér, mivel a biztosító jelen Feltételeket a korábban alkalmazott Feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- pontosította a szolgáltató partner tevékenységét és címét;
- pontosította a szerződő címét;
- pontosította a biztosító és a szerződő közötti adatszolgáltatást;
- az orvosi Call Center és a térítés nélküli ellátásszervezés szolgáltatás helyett új szolgáltatásként bevezette a járóbeteg ellátást kiegészítő diagnosztikai szolgáltatást.

Ezeket az eltéréseket, valamint a biztosító mentesülésére, a biztosító szolgáltatása korlátozására és kizárására vonatkozó rendelkezéseket a jelen feltételek figyelemfelhívásra alkalmas módon, félkövér betűtípussal tartalmazzák.

A biztosító legfontosabb adatai

Név: Groupama Biztosító Zrt.

Székhely: 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C

Levelezési cím: 1380 Budapest, Pf. 1049

Honlap: www.groupama.hu

Jogi formája: zártkörűen működő részvénytársaság (alapítva: 1987)

Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-041071

Társaságunk a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál került bejegyezésre

1. számú melléklet: Szolgáltatási fedezetek

Hello Egészség Bázis csomag

BÁZIS CSOMAG (beépített csomag minden pénztárg tag biztosítottra) a biztosítási csomag havi díja: 119 Ft/fő	
Fedezet	Biztosítási összeg
Járóbeteg ellátást kiegészítő diagnosztika	25 000 Ft
Bármely okú nagyértékű diagnosztika (CT, MR, PET CT, Cardio CT) szublimit/maximum: 40 000 Ft/vizsgálat	300 000 Ft
Egynapos sebészet	200 000 Ft
Költségkeret megnyitása kritikus betegség diagnosztizálása esetén bármely panaszra felhasználható	1 000 000 Ft
Megjegyzés (alább nevezett kikötések pontos általános leírása és definíciói a feltétel egyéb pontjaiban található): - Az ellátás igénybevételéhez hívható telefonszám: +36 1 461-1559 - Előzménybetegségek kizárva - Várakozási idő: egynapos sebészet esetében 1 hónap.	

A jelen pontban meghatározott Hello Egészség Bázis csomagot a biztosító az egészségpénztári szolgáltatások kedvezményezettjei, mint társbiztosítottak részére is elérhetővé teszi. A Hello Egészség Bázis csomag keretében amennyiben a biztosított betegsége vagy balesete miatt szakorvosi, laboratóriumi vagy képalkotó vizsgálatra vagy orvosi konzultációra szorul, biztosított telefonon kérheti a szükséges orvosi ellátást. A szolgáltató partner a biztosítottal folytatott telefonbeszélgetés során tisztázza a szakvizsgálat megszervezésével

kapcsolatos fontos körülményeket, és tájékozik a biztosított egészségi állapotáról és igényeiről. A szolgáltató partner a biztosítottnak segítséget nyújt abban, hogy megtalálja a szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás elérhető. A jelen feltételek alapján igényelhető ellátás vagy vizsgálat költségét a biztosító téríti meg.

A biztosítási szolgáltatások korlátozása:

A jelen mellékletben meghatározott Hello Egészség Bázis csomagra mind a pénztárg tag biztosítottak mind pedig társbiztosítottak esetében a biztosított életkora függvényében a biztosító az alábbiak szerint nyújtja szolgáltatását:

A szolgáltatásokat a biztosító korlátozza az alábbi fedezetekre, a következők szerint:

- Bármely okú nagyértékű diagnosztika
- Egynapos sebészet
- Költségkeret megnyitása kritikus betegség diagnosztizálása esetén

Biztosított belépési kora	Biztosítási szolgáltatás
65 éves korig	Biztosítási összeg 100%-a
66-70 éves kor között	Biztosítási összeg 50%-a
71 éves kortól	Biztosítási összeg 25%-a
75 év felett	a biztosítás megszűnik a jelen szerződési feltételek 8.e. pontjában meghatározottak szerint

A jelen 1. számú mellékletben szereplő táblázatban meghatározott szolgáltatási összeg – a 2. számú mellékletben meghatározott eltérő rendelkezés hiányában – egy biztosítási időszakra vonatkoznak.

2. számú melléklet: A biztosító szolgáltatásai

1. Járóbeteg ellátást kiegészítő diagnosztika

1.1. A biztosított panasza okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló járóbetegellátás során elrendelt diagnosztikai vizsgálat (pl. röntgen, labor, ultrahang).

A biztosító jelen 1. pontban meghatározott kiegészítő diagnosztikai vizsgálat szolgáltatása kizárólag szakorvosi javaslat alapján vehető igénybe.

A biztosító által meghatározott kiegészítő diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó térítési kötelezettségének felső határát az 1. számú melléklet tartalmazza.

1.2. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító jelen 1. pontban meghatározott kiegészítő diagnosztika szolgáltatása vonatkozásában várakozási időt nem köt ki.

A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

1.3. Időpont módosítása, lemondása

A biztosítottnak a jelen 1. pontban meghatározott vizsgálatot megelőzően, a vizsgálat időpontját megelőző munkanap végén 16:00 óráig van lehetősége az előre egyeztetett időpontot módosítani vagy lemondani. Amennyiben ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, vagy nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna, így a szolgáltatás értéke a vonatkozó éves szolgáltatási keretösszegeből (limitből) levonásra kerül. Ebben az esetben 3 hónapig nem vehető igénybe a kért szolgáltatás. A lemondott egészségügyi ellátás időpontját a szolgáltató partner egy alkalommal módosítja.

2. Nagyértékű diagnosztika

2.1. A biztosító szolgáltatása

A biztosított panasza okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló – kizárólag orvos által elrendelt – **CT, MR, PET CT és cardio CT** vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása.

A biztosító jelen 2. pontban meghatározott nagyértékű diagnosztikai vizsgálat szolgáltatása kizárólag szakorvosi javaslat alapján vehető igénybe.

A biztosító által meghatározott nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó térítési kötelezettségének felső határát az 1. számú melléklet tartalmazza.

A biztosító a nagyértékű diagnosztikai vizsgálat megszervezését 10 munkanapon belüli időpontra vállalja, amennyiben minden, az igényelt vizsgálat megszervezéséhez szükséges információ a *szolgáltató partner* rendelkezésére áll és feltéve, hogy rendelkezésre áll megfelelő egészségügyi ellátó kapacitás.

2.2. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító jelen 2. pontban meghatározott nagyértékű diagnosztika szolgáltatása vonatkozásában várakozási időt nem köt ki.

A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

2.3. Időpont módosítása, lemondása

A biztosítottnak a jelen 2. pontban meghatározott vizsgálatot megelőzően, a vizsgálat időpontját megelőző munkanap végén 16:00 óráig van lehetősége az előre egyeztetett idő-

pontot módosítani vagy lemondani. Amennyiben ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, vagy nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna, így a szolgáltatás értéke a vonatkozó éves szolgáltatási keretösszegeből (limitből) levonásra kerül. Ebben az esetben 3 hónapig nem vehető igénybe a kért szolgáltatás. A lemondott egészségügyi ellátás időpontját a szolgáltató partner egy alkalommal módosítja.

3. Egnapos sebészet

3.1. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási szolgáltatás kiterjed a biztosított jogszabályban meghatározott olyan tervezhető és programozott sebészeti beavatkozására, műtétére, amely megfelel minden alábbi kritériumnak:

- a kockázatviselési időszakon belül, a kockázatviselési időszak kezdetéhez képest előzmény nélkül következett be és vált szükségessé; és
- amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre engedélyezetten működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt és elvégezhető az ellátást igénybe vevő biztosított választása és vizsgálati eredménye alapján; és
- amely elvégzését követően a biztosított az intézménybe történő felvételét követő 24 órán belül orvosi szakvélemény alapján, megfigyelés után, a saját lábán, kísérel elhagyhatja az ellátó intézményt (ide nem értve a saját felelősségre távozást, és azon eseteket, melyekben a szakorvos 24 órát meghaladó kórházi tartózkodást tart indokoltnak);
- továbbá a biztosítási szolgáltatás csak azon szolgáltatásokra terjed ki, melyet magyarországi egészségügyi szolgáltatótól térítéses betegellátás keretében igénybe lehet venni.

Az egnapos sebészet körében a biztosítási kockázat kizárólag a szerződési feltételek 3. számú mellékletét képező műtéti listában szereplő beavatkozásokra terjed ki.

A biztosító egnapos sebészet keretében megtéríti a műtéti beavatkozás során felhasznált, közvetlenül a műtéti beavatkozáshoz szükséges gyógyszer, vérkészítmény, egyszer használatos eszköz, implantátum és az egészségügyi szolgáltató által nyújtott, kapcsolódó hotelszolgáltatás költségét is. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy a szolgáltatás igénybevétele előtt azt a *szolgáltató partnert* előzetesen be kell jelenteni.

Az ellátás indokoltságát a biztosító szolgáltatását megelőzően a biztosító orvosa jogosult felülbírálni.

A biztosító által meghatározott egnapos sebészet szolgáltatásra vonatkozó térítési kötelezettség felső határát az 1. számú melléklet tartalmazza.

3.2. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító jelen 3. pontban meghatározott egnapos sebészet szolgáltatása vonatkozásában 1 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, úgy a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből, vagy a kockázatviselési időszak kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

3.3. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események

A jelen 3. pontban meghatározott szolgáltatások keretében a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a feltételekben meghatározott kizárásokon túl az alábbiakra:

- **A biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és a beavatkozás költségeinek megtérítésén kívül egyéb – a jelen 2. számú melléklet 3.1. pontjában fel nem sorolt – költségek térítésére (pl. útiköltség) nem terjed ki.**
- **Amennyiben a műtét során olyan jellegű előre nem látható komplikációk merülnek fel, ami miatt a biztosított az el-**

látást követő 24 órán túl is az ellátó intézményben tartózkodik, vagy fekvőbeteg-gyógykezelésre szorul, úgy a biztosító a felmerülő többletköltségeket nem téríti meg.

3.4. Időpont módosítása, lemondása

A biztosítottnak a jelen 3. pontban meghatározott ellátást megelőzően, az ellátás időpontját megelőző munkanap végén 16:00 óráig van lehetősége az előre egyeztetett időpontot módosítani vagy lemondani. Amennyiben ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, vagy nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna, így a szolgáltatás értéke a vonatkozó éves szolgáltatási keretösszezből (limitből) levonásra kerül. Ebben az esetben 3 hónapig nem vehető igénybe a kért szolgáltatás. A lemondott egészségügyi ellátás időpontját a szolgáltató partner egy alkalommal módosítja.

4. Kritikus betegség esetén igénybe vehető költségkeret

4.1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek értelmében biztosítási esemény bekövetkezik, amikor a kockázatviselési időszakon belül a biztosítottnál a következő meghatározott események valamelyike bekövetkezik:

- szívinfarktust diagnosztizálnak;
- egyéb súlyos koszorúér betegséget diagnosztizálnak;
- rosszindulatú daganatos megbetegedést (rákos megbetegedés) diagnosztizálnak;
- agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak;
- vakságot állapítanak meg;
- süketséget állapítanak meg;
- beszédképesség elvesztése;
- előrehaladott bőrkérgesedést (scleroderma progressiva) diagnosztizálnak;
- szisztémás lupus erythematosus-t (SLE) diagnosztizálnak;
- csontvélő-elégtelenséget (aplasztikus anémia) diagnosztizálnak;
- végállapotú tüdőbetegséget diagnosztizálnak;
- krónikus veseelégtelenséget diagnosztizálnak;
- kómába esik;
- szklerózis multiplex-et diagnosztizálnak;
- Parkinson kórt diagnosztizálnak;
- Alzheimer kórt diagnosztizálnak;
- agyvelőgyulladást diagnosztizálnak;
- bakteriális agyhártyagyulladást diagnosztizálnak;
- aortaműtétet hajtanak végre;
- szívbillentyűműtétet hajtanak végre;
- koponya megnyitásával járó műtétet hajtanak végre;
- szervátültetést hajtanak végre;
- w. nagyfokú égést szenved el.

4.2. Biztosítási szolgáltatás

4.2.1. A biztosító a jelen szerződési feltételek 1. számú mellékletében meghatározott biztosítási összeg erejéig megtéríti a biztosított által a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjától számított 3. naptári év elteltéig (a 3. naptári év leteltét követő nap 0 óráig nyújtható be szolgáltatási igény figyelembe véve jelen szerződési feltételekben meghatározott esedékességet és az elévülési időt is) igénybe vett egészségügyi szolgáltatások értékét. A biztosító szolgáltatásának feltétele az igénybe vett egészségügyi szolgáltatásról szóló, biztosított nevére szóló eredeti számla benyújtása a szolgáltató partner részére (Székhely: 1083 Budapest Szigony utca 26-32.). A jelen pontban meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybe vehető a *szolgáltató partner* által szervezett ellátásokra és a biztosított által saját maga szervezett egészségügyi ellátásokra is. Amennyiben a *szolgáltató partner* szervezi meg a szükséges egészségügyi ellátást, úgy azok költségét a biztosító – az Öpt. vonatkozó rendelkezéseire tekintettel – a Pénztáron keresztül, közvetlenül az egészségügyi ellátónak téríti meg, míg a biztosított

saját szervezésében igénybe vett és finanszírozott egészségügyi szolgáltatások költségét a biztosító a részére benyújtott eredeti számlák alapján utólagosan téríti meg – az Öpt. vonatkozó rendelkezéseire tekintettel – a Pénztáron keresztül a biztosított részére.

A biztosító térítési kötelezettségének felső határa jelen szerződési feltételek 1. mellékletében kerül meghatározásra, a biztosító kizárólag az ott meghatározott összeghatárig teljesít szolgáltatást. Amennyiben az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások értéke meghaladja a jelen szerződési feltételek 1. számú mellékletében e fedezetre meghatározott összeghatárt, úgy a biztosító csak a meghatározott összeghatárig nyújt szolgáltatást, az afölötti költségeket a biztosított köteles megtéríteni.

Amennyiben az 1. számú mellékletben meghatározott biztosítási összeghatárt a biztosított nem meríti ki a fent meghatározott időszakban, úgy a továbbiakban adott betegség kapcsán további szolgáltatásra nem jogosult.

4.2.2. Amennyiben a 4.1. pontban meghatározott események közül egyszerre több is bekövetkezik, úgy a biztosítási szolgáltatás nem többszörözhető.

Amennyiben a 4.1. pontban meghatározott események közül időben elkövetően, egymást követően következik be több biztosítási esemény, úgy a biztosító kizárólag abban az esetben nyújt újabb térítést, amennyiben azok orvosszakmailag bizonyíthatóan egymástól függetlenül következnek be, okaik jól elkülöníthetők és nem áll fenn a bekövetkezésük között ok-okozati kapcsolat.

Amennyiben a 4.1. pontban meghatározott bármely esemény ismételtlen bekövetkezik, a biztosító nem nyújt ismét szolgáltatást. Adott biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító kizárólag egy alkalommal nyújt biztosítási szolgáltatást a jelen pontban meghatározottak szerint és a biztosítási összeg erejéig. A biztosító szolgáltatását követően adott betegségre megszűnik a biztosító kockázatviselése.

Amennyiben nem következik be a kockázatviselési időszakon belül biztosítási esemény, úgy a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

4.2.3. A biztosító kizárólag a *szolgáltató partnere* által jóváhagyott szolgáltatási igényeket teljesíti. A biztosító kizárólag azokat a számlákat téríti meg, melyeket a biztosítási esemény bekövetkeztének szolgáltató partner felé történő bejelentését követően állítanak ki. A biztosítási esemény bekövetkezte esetén abban az esetben, ha egy szolgáltatás adott biztosított vonatkozásában a Kritikus betegségek esetén igénybe vehető költségkereten túl a feltételek értelmében más fedezet terhére is elszámolható lenne, a biztosító mindaddig a 4. pontban meghatározott Kritikus betegségek esetére szóló költségkeret terhére számolja el a szolgáltatást, amíg a fedezetre meghatározott biztosítási összeghatárt el nem éri adott biztosított.

4.2.4. A biztosítási esemény bekövetkezte esetén igénybe vehető, számlával igazolt szolgáltatások a 4.2.5-ös pontban felsorolt esetekre:

- a biztosítási esemény következményeként fellépő egészségkárosodás rehabilitációja, gyógykezelése, illetve a biztosított állapotának utánkövetése érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások;
 - a biztosított egészségi állapotának, életminőségének javítása, a fájdalom és a szenvedés csökkentése érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások;
 - a biztosított további megbetegedéseinek megelőzése, korai felismerése, megállapítása, valamint a megbetegedése következtében kialakult állapot javítása érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások; a biztosított egészségi állapotának javítását célzó egészségügyi szolgáltatások.
- 4.2.5.** Az egészségügyi szolgáltatás kiterjed az alábbi főbb ellátási területekre:
- orvosi ellátás (fekvő- és járóbeteg);
 - fogászati ellátás;
 - fizioterápia;
 - szövet- és sejtbanki tevékenység;
 - szakpszichológiai ellátás;
 - dietetika;
 - egészségügyi szolgáltatáshoz szükséges fekvőbeteg intézményben vagy speciális rehabilitációs intézményben való elhelyezés;

- h. mozgáskorlátozottság esetén a lakókörnyezet átalakítása;
- i. tartós ápolás;
- j. gyógyászati segédeszközök kölcsönzése;
- k. kiegészítő gyógyászati tevékenységek, nem konvencionális gyógyászati módok:
 - Orvos vagy más szakember által végzett alternatív gyógyászati technikák:
 - homeopátia;
 - hagyományos kínai orvoslás (ezen alapuló egyéb technikák);
 - manuálterápia (gyógytornász/gyógytornász-fizioterapeuta által is végezhető);
 - indiai (ajurvédikus gyógyászati eljárások);
 - méregtelenítő módok;
 - tibeti gyógyító eljárások;
 - pszichológiai eljárások;
 - neurálterápia.
 - Szakképesítéssel végezhető tevékenységek:
 - akupresszúra;
 - keleti mozgás- és masszázsterápia;
 - életmód oktatás és tanácsadás;
 - reflexzóna terápia.
 - Vizsgálóval záruló képzésben szerzett képesítéssel végezhető tevékenységek, kiegészítő fizioterápiás módszerek:
 - fitoterápia;
 - fülakupunktúrás addiktológiai eljárások;
 - kineziológiai módszerek;
 - szemtréning eljárások.

4.2.6. A szolgáltatás nem terjed ki a gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz, étrendkiegészítők, vitaminok, speciális élelmiszerek, tápszerek költségének megtérítésére.

4.2.7. A jelen fejezetben meghatározott biztosítási szolgáltatást a biztosító kizárólag a jelen pontban meghatározott és a leírásoknak teljes mértékben megfelelő betegségek bekövetkezése esetén teljesítheti:

4.2.7.1. Rosszindulatú daganatos betegség: szövettani atípiát jelelő 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 feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejtrendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.

Jelen 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 anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum biztosítási eseménynek tekinthető);
- d. a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának (szövettani lelet kiállításának) időpontja.

Benyújtandó iratok: onkológiai szakorvosi vélemény, zárójelentés, a daganatot bizonyító szövettani vizsgálat lelete.

4.2.7.2. Szívinfarktus: A szívizom egy részének elhalása az érintett terület elégtelen vérellátása következtében. A diagnózis az alábbi kritériumokon alapszik:

- típusos mellkasi fájdalom;
- friss és szívinfarktust bizonyító EKG eltérés, ST-szakasz elevációval járó szívinfarktus (STEMI) kialakulása;
- szívizom elhalást jelző specifikus enzimek szintjének típusos emelkedése a vérben (CK-MB, Troponin T vagy I, egyéb biokémiai markerek).

A biztosítás nem terjed ki a nem ST-szakasz elevációval járó, emelkedett Troponin I vagy T-vel kísért szívinfarktusra (NSTEMI). A diagnózist kardiológus szakorvos állítja fel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

Benyújtandó iratok: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés (a típusos mell-

kasi fájdalom leírása, az akut ST-szakasz elevációval járó, jellemző EKG-elváltozások igazolása, a szívizom elhalást jelző specifikus enzimek szintjének emelkedésének dokumentálása).

4.2.7.3. Súlyos szívkoszorúér szűkület vagy műtét: A szívkoszorúér átmérőjének, koszorúér-festéssel igazolt, legalább 75%-os beszűkülése, vagy másik két artéria 60%-os átmérő csökkenése, függetlenül attól, hogy műtéti beavatkozás történt-e. A jelen definíció szempontjából a szív koszorúér-rendszer részei a következők: bal főtörzs, bal elülső leszálló ág (LAD, RDA), a körbefutó ág (RCX) és a jobb koszorúér (RCA, ACD).

A diagnózist kardiológus szakorvos állítja fel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

Benyújtandó iratok: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés, a **koszorúér-festés (coronarographia) lelete.**

4.2.7.4. Maradandó károsodással járó agyi érkatasztrófa:

Az agyi érkatasztrófa olyan idegrendszeri történés – agyi trombozisz, agyvérzés, koponyán kívüli embóliaforrásból eredő agyi embólia – melynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak és a következményeként maradandó idegrendszeri károsodás keletkezik.

A neurológiai szakorvosi diagnózist meg kell erősítenie az agy CT vagy MRI vizsgálatának, amely friss agyi elváltozást mutat.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- átmeneti agyi vérkeringési zavarok (TIA);
- balesetből eredő koponyaüri vérzés;
- migrén okozta idegrendszeri tünetek;
- lacunaris stroke idegrendszeri jelek nélkül.

A biztosítási esemény időpontja megegyezik az akut eseményt követő 90. nappal, feltéve, hogy az ettől számított 90 nap elteltével a maradandó idegrendszeri károsodást neurológiai szakvélemény igazolja.

Benyújtandó iratok: ideggyógyászati szakvélemény, zárójelentés, CT vagy MRI vizsgálat lelete az akut eseményről, valamint ideggyógyászati szakvélemény a 90 napon túl fennálló, maradandó idegrendszeri károsodásról.

4.2.7.5. Vakság: Mindkét szem látóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.

Nem képez biztosítási eseményt a súlyos látásgyengülés, részleges vakság, látótércsökkenés.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a látóképesség teljes és végleges elvesztésének szemész szakorvos általi megállapítása.

Benyújtandó iratok: a látóképesség teljes elvesztését igazoló vizsgálatok leletei, szemészeti szakvélemény.

4.2.7.6. Sükettség: Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.

A biztosítási esemény bekövetkezését (a hallás minden frekvencia tartományában legalább 80 decibeles hallás csökkenését jelenti) és annak időpontját audiometriás és hallásküszöb-vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvos állapítja meg.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a hallásvesztés diagnosztizálásának időpontja.

Benyújtandó iratok: a teljes hallásvesztést igazoló vizsgálatok leletei, fül-orr-gégészeti, audiológiai szakvélemény.

4.2.7.7. Beszédképesség elvesztése: A beszédképesség teljes és visszafordíthatatlan elvesztése a hangszálak betegsége vagy sérülése következtében, mely állapot 180 nap után is igazoltan fennáll.

A biztosítási esemény időpontja megegyezik a beszédképesség elvesztésének időpontját követő 180. nappal feltéve, hogy az ettől számított 6 hónap után igazoltan fennáll.

Benyújtandó iratok: a diagnózis felállításakor és az azt követő 180 nap elteltével elvégzett vizsgálatok leletei és fül-orr-gégészeti szakvélemény.

4.2.7.8. Előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva): Szisztémás kötőszövet-érrendszeri megbetegedés a bőrben, erekben és belső szervekben.

A biztosítási eseményt biopsziás és szerológiai vizsgálat egyértelmű eredményével kell alátámasztani, és bizonyítani kell egy vagy több belső szerv (szív, tüdő, vese) érintettségét.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- helyi bőrkérgesedés (scleroderma lineáris, morphoea);

- **Fasciitis eosinophylica;**
- **CREST szindróma.**

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

Benyújtandó iratok: immunológus szakvélemény, szerológiai, szövettani vizsgálatok eredményei.

4.2.7.9. Szisztémás lupus erythematosus nephritisszel (SLE)

Több szervet érintő autoimmun betegség, amelyben a veseszövetet autoantitestek és immunkomplexek lerakódása károsíthatja, amelynek eredményeképpen lupus nephritis alakulhat ki.

Ebben a biztosításban az SLE diagnózisát azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE érinti a veséket. A biztosítás ki-terjed a WHO szerinti III-VI osztályú lupus nephritisre.

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

- Class I. Lupus glomerulonephritis minimális elváltozás;
- Class II. Mesangiális lupus glomerulonephritis;
- Class III. Focalis segmentalis vagy proliferatív glomerulonephritis;
- Class IV. Diffúz proliferatív glomerulonephritis;
- Class V. Diffúz membranózus glomerulonephritis;
- Class VI. Előrehaladott, szklerotizáló glomerulonephritis.

A biztosítás nem terjed ki a WHO szerinti I-II osztályú lupus nephritisre, a discoid lupusra.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

Benyújtandó iratok: nephrológus, immunológus, reumatológus szakvéleménye, zárójelentések, vesebiopszia lelete.

4.2.7.10. Csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anaemia): Krónikus csontvelő elégtelenség, mely vérszegénységben, csökkent neutrophil fehérvérsejt és trombocytaszámban nyilvánul meg.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

A biztosítás nem terjed ki a vérszegénység nem csontvelő elégtelenség miatt kialakult eseteire.

Benyújtandó iratok: haematológiai, immunológiai szakvélemény, kórházi zárójelentés, a diagnózist alátámasztó laboratóriumi és csontvelő vizsgálat leletei.

4.2.7.11. Végállapotú tüdőbetegség: A krónikus légzőszervi elégtelenség következtében kialakuló végállapotú tüdőbetegség. A diagnózis alátámasztásához valamennyi következő feltételnek teljesülnie kell:

- FEV 1 teszt eredménye három egymást követő vizsgálat alkalmával kevesebb mint egy liter. A FEV 1 alatt az egy másodperc alatt erőltetett légzéssel kilégzett levegő mennyiségét értjük.
- A biztosított állapota állandó oxigénpótló kezelést igényel.

A biztosítási esemény időpontja a jelen pontban meghatározott feltételek bekövetkezésének tüdőgyógyász szakorvos által megállapított időpontja.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: a tüdőgyógyászati szakvélemény, valamint a légzésfunkciós vizsgálatok eredményei.

4.2.7.12. Krónikus veseelégtelenség: Mindkét vese működésének visszafordíthatatlan, krónikus, végállapotnak megfelelő beszűkülése, mely rendszeres vesedialízist (haemodialysis, peritoneális dialysis) vagy veseátültetést tesz szükségessé.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés adott biztosítottra történő kiterjesztésének időpontjában már várólistán lévő biztosított, továbbá az akut vese-károsodás miatti átmeneti időre szükséges vesedialízisre.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a vesedialízist végző intézmény által igazolt 60. napot meghaladó rendszeres dialíziskezelés vagy a veseátültetés napja, attól függően, hogy melyik következik be előbb.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: a kivizsgálás, a dialízis szükségességét igazoló nephrológiai leletek, kórházi zárójelentések.

4.2.7.13. Kóma: Jelen feltételek alapján kómának minősül, ha a biztosított eszméletvesztése legalább 96 óráig folyamatosan fennáll. A diagnózis alátámasztásához valamennyi alább felsorolt feltétel teljesülése szükséges:

- a biztosított az öt ért külső ingerekre legalább 96 órig nem válaszol;

- az életfenntartáshoz szükséges funkciók műszeres fenntartása szükséges.

A jelen biztosítási fedezet nem terjed ki az alkohol vagy drog-függőség következtében, alkohol illetve drog használatával kapcsolatban kialakult tudatzavarra, eszméletvesztésre, kómára.

A biztosítási esemény időpontja a kóma első megállapításának napja, azaz a fent felsorolt feltételek egyidejű teljesülésnek első megállapításának napja.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: az intenzív terápiás szakorvosi vélemény, MR lelet.

4.2.7.14. Sclerosis multiplex: A központi idegrendszer fehérállományának gyulladásos betegsége, melynek következtében károsodik az idegsejteket körülvevő, úgynevezett myelinhüvely és az idegsejtállomány is.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az idegrendszer vírusos eredetű demyelinizációval járó betegségeire, illetve a látóideg gyulladásra (neuritis retrobulbaris).

A biztosítási esemény időpontja a sclerosis multiplex diagnózis felállításának időpontja.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: ideggyógyász szakorvosi vélemény, zárójelentés.

4.2.7.15. Parkinson-kór: Jelen feltételek alapján a Parkinson-kór az az idült betegség, mely az agyi ún. extrapiramidális, dopamin ingerületátvivő anyaggal működő agyi területek pusztulásával jár.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az azonosítható vagy ismeretlen okból (pl. vérzés, baleset, gyógyszer hatására) kialakuló Parkinson-szindróma eseteire.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: ideggyógyász szakorvosi vélemény, zárójelentés.

4.2.7.16. Alzheimer kór: (60. életév betöltését megelőzően):

Alzheimer kór vagy visszafordíthatatlan szervi rendellenesség következtében kialakult értelmi képesség hanyatlás, ami olyan magatartásváltozással jár, hogy a biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel.

A biztosítás nem terjed ki a pszichiátriai betegségek vagy az alkoholfüggőség okozta elbutulás eseteire, és a 60 éves kor betöltését követően felállított diagnózisokra.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: ideggyógyász szakorvosi vélemény, zárójelentés.

4.2.7.17. Agyvelőgyulladás: Jelen feltételek értelmében agyvelőgyulladás alatt az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladását okozó fertőzést értjük, amely tartós idegrendszeri károsodáshoz vezet.

A biztosítás nem terjed ki a HIV vírus okozta agyvelőgyulladásra.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: ideggyógyász vagy infektológus szakorvosi vélemény, zárójelentés.

4.2.7.18. Bakteriális agyhártyagyulladás: Jelen feltételek értelmében bakteriális fertőzés az, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladásos folyamatainak keresztül súlyos ideggyógyászati károsodást okoz.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: ideggyógyász vagy infektológus szakorvosi vélemény, zárójelentés.

4.2.7.19. Aortaműtét: Jelen feltételek alatt aortaműtét a nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét az aorta szűkületének, elzáródásának, aneuryszmájának (verőértágulat), dissectiojának (az aorta belső rétegé-

nek hosszanti, tova futó berepedése) megszüntetése céljából. Ebben a megfogalmazásban a mellkasi és hasi aorta műtétjéről van szó, az oldalak nélkül.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra.

A biztosítási esemény időpontja a műtét napja.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: kardiológiai, szívsebészeti szakvélemény, zárójelentés, műtégi leírás.

4.2.7.20. Szívbillentyűműtét: Jelen feltételek értelmében szívbillentyűműtét az egy vagy több műbillentyű (aorta, mitrális, pulmonális, tricuspidális) nyitott mellkasban való műtégi behelyezése a billentyű szűkület, elégtelenség vagy a kettő kombinációja miatt.

A billentyűbetegség diagnózisát szívkatéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni, a műtét szükségességét kardiológus, szívsebész szakvéleményével kell alátámasztani.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki valvuloplasztikára, valvulotómiára.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét napja.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: kardiológiai szakvélemény, szívsebészeti zárójelentés, műtégi leírás.

4.2.7.21. Koponya megnyitásával járó műtét: Jelen feltételek értelmében koponya megnyitásával járó műtét alatt a koponya és az agyhártyák megnyitásával járó műtégi eljárás értendő, mely betegség vagy baleset okozta elváltozás vagy állapot miatt válik indokolttá.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a katéteres eljárásokra.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét napja.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: ideggyógyászati szakvélemény, idegsebészeti zárójelentés, műtégi leírás.

4.2.7.22. Szervátültetés: A szervátültetés olyan műtégi beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) testéből szívet, tüdőt, májat vagy vesét első alkalommal ültetnek át.

A biztosító kockázatviselése kizárólag a jelen pontban meghatározott szervek első alkalommal történő átültetésére terjed ki, más szervekre nem, így különösen nem az összejt, csontvelő, bőr, csont beültetésére, vérátömlesztésre.

A biztosítási esemény napja a szervátültetés napja.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: a transzplantációt megelőző kivizsgálás, a transzplantációt végző intézmény zárójelentéseit.

4.2.7.23. Nagyfokú égés: Harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a biztosított testfelületének legalább 20%-át érinti. Az égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület, gőz) vagy elektromos áram által kiváltott előszöveti sérülés.

A biztosítás nem terjed ki nap-, röntgen-, radioaktív-, infra-sugárzás, lézer, mikrohullám által okozott égési sérülésekre.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a harmadfokú égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet bőrgyógyász, sebész szakorvos igazol.

A biztosítási esemény bekövetkeztének igazolásához a biztosító részére a következő iratokat szükséges benyújtani: bőrgyógyászati, sebészeti szakvélemény.

4.3. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító a jelen 4. pontban meghatározott szolgáltatása vonatkozásában a várakozási idő kikötésétől eltekint.

A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási eseményekre és a kockázatviselési időszakon belül igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

4.4. A biztosító teljesítése

A jelen pontban meghatározott biztosítási szolgáltatásra (biztosítási összeg térítése) vonatkozó igénybejelentést a biztosító *szolgáltató partner* partneréhez az igénybevett egészségügyi szolgáltatás bekövetkeztét és az arról szóló számla kiállítását követő 30 naptári napon belül be kell jelenteni.

A jelen 4. pontban meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatást a biztosító kizárólag a biztosított nevére kiállított számla ellenében téríti meg. A biztosító szolgáltatását a jelen szerződési feltételek részét képező 1. számú mellékletben meghatározott költségkeret erejéig nyújtja. Azon igénybevett ellátások ellenértékének összegét, mely meghaladja a biztosító által az 1. számú mellékletben meghatározott költségkeret összeget, a biztosított saját maga köteles megtéríteni. A biztosító szolgáltatási igény elbírálása céljából a biztosítottól bekérheti a szakorvosi javaslatot, illetve más az indokoltságot alátámasztó iratot és ezek alapján dönthet a biztosítási szolgáltatás teljesítéséről vagy elutasításáról.

A biztosító a fentiekben túl a benyújtott szolgáltatási igény ellenőrzésénél bekérheti az egészségügyi szolgáltató működési engedélyére vonatkozó adatokat is és amennyiben azok nem felelnek meg a vonatkozó jogszabályok rendelkezéseinek a szolgáltatási igényt elutasíthatja.

A biztosító a benyújtott szolgáltatási igényt az összes elbíráláshoz szükséges dokumentum és információ *szolgáltató partner* rendelkezésére állásától számított 15 munkanapon belül bírálja el.

3. számú melléklet: Egynapos sebészeti műtétek

Felhívjuk a figyelmet, hogy a biztosítási fedezet kizárólag a jelen műtéti listában felsorolt, itt meghatározott OENO kódú beavatkozásokra terjed ki!

Fül-Orr-Gégészet

Arcüreg beavatkozások, endoszkópos beavatkozások, nyálmirigyek kisebb műtétei

OENO kód	Megnevezés
52210	Arcüreg drainage (intran. ablak Lothrop szerint)
52220	Luc-Caldwell műtét
52270	Endoscopos (mikroszkópos) arcüregműtét
52500	Excisio laesionis linguae
52600	Nyálmirigy vagy nyálvezeték bemetszése
52630	Nyálmirigy vagy nyálvezeték helyreállítása
52760	Resectio uvulae

Gasztroenterológia

Endoszkópos nyelőcső, gyomor, patkóbél, epe és vastagbél beavatkozások

OENO kód	Megnevezés
16361	Endoscopos sphincterotomia
16363	Endoscopos kőextractio
16367	Wirsungotomia endoscopica et dilatatio eadem
54490	Endoscopos polypectomia a felső tápcsatornában
54523	Polypectomia colontos per colonoscopiam
54693	Polypectomia sigmae, sigmoidoscopos

Idegsebészet

Alagút szindrómák ellátása

OENO kód	Megnevezés
50432	Carpal tunnel felszabadítás
50435	Egyéb Tunnel szindrómák műtétei

Nőgyógyászat

Laparoszkópos méh, tuba és petefészek műtétek, terápiás küret, méhnyak műtétei, hüvelyplasztikák és egyéb kisebb nőgyógyászati műtétek

OENO kód	Megnevezés
16611	Fallopocopia laparoscopica
55433	Excisio endometriosis peritonei laparoscopica
55435	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica unilat.
55436	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica bilat.
56515	Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica unilat.
56516	Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica bilat.
56517	Cauterisatio ovarii laparoscopica (drilling)
56518	Resectio ovarii laparoscopica unilateralis
56519	Resectio ovariorum laparoscopica bilateralis
56521	Oophorectomia unilateralis laparoscopica
56531	Salpingo-oophorectomia laparoscopica unilateralis
56541	Oophorectomia bilateralis laparoscopica
56552	Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica
56571	Adhaesiolysis laparoscopica
56592	Detorquatio ovarii laparoscopica
56602	Salpingostomia unilat. laparoscopica
56603	Salpingostomia bilat. laparoscopica
56611	Salpingectomy laparoscopica unilateralis
56622	Salpingectomy laparoscopica bilaterale
56651	Salpingectomy parziale laparoscopica
5666A	Salpingo-stomatoplastica laparoscopica
5666C	Adnexectomy laparoscopica
56672	Chromopertubatio laparoscopica
56710	Conisatio portio uteri
56720	Cervix elváltozás kimetszése
56721	Kryoconisatio portio uteri
56722	Electroconisatio portio uteri

56723	Méhpolyp eltávolítás
56740	Méhnyak műtéti reconstructioja
56741	Méhszáj plastica
56742	Cerclage colli uteri
56812	Septum uteri kiirtás (hysteroscop)

Sebészet

Lágyék- és köldöksérv műtétei, aranyér és végbél sipolyok ellátása

OENO kód	Megnevezés
54911	Extirpatio fistulae ani
54913	Extirpatio fistulae ani sec Hippokrates
54930	Haemorrhoidectomy
54931	Haemorrhoidectomy sec. Parks
54932	Haemorrhoidectomy sec. Milligan-Morgan
54933	Haemorrhoidectomy sec. Eisenhammer
54934	Haemorrhoidectomy sec. Langenbeck
54935	Haemorrhoidectomy sec. Whithead
55300	Hernioplastica inguinofemoralis
55310	Hernioplastica inguinofemoralis c. implant.
55311	Hernioplastica inguinofemoralis laparoscopica
55320	Herniotomia inguinofemoralis bilaterális
55330	Hernioplastica inguinofemoralis bilat. cum implantationem
55340	Hernioplastica umbilicalis

Traumatológia/Orthopédia

Artroszkópos beavatkozások (térd, boka, váll, könyök, csukló)

OENO kód	Megnevezés
16970	Arthroscopia
16971	Arthroscopia csuklón
16972	Arthroscopia könyökön
16973	Arthroscopia vállon
58054	Arthroscopos műtét
58055	Arthroscopos szalagplastica
58056	Arthroscopos szalagvarrat
58057	Arthroscopos mozaik plasztika
58058	Arthroscopos retinaculum plasztika
58059	Boka, váll, csípőízületi arthroscopos debridement
58322	Baker-cysta eltávolítása
58345	Dupuytren plantaris excisio

Urológia

Endoszkópos hólyag, húgycső beavatkozások, prosztata műtétek, here, mellékhere kisebb műtétei

OENO kód	Megnevezés
56011	Prostata TUR
56013	Transurethralis prostata incisio
56015	Prostata transurethralis spirál behelyezés
56059	Prostata egyéb alternatív LASER műtétei
56110	Bergmann f. hydrocele műtét
56111	Winkelman f. hydrocele műtét
56112	Hydrocele műtét
56291	Herefűgöly eltávolítása
56301	V.sperm.int.retroperitonealis ligatura (Palomo)
56302	Scrotalis varicocelektomia
56303	Funiculocele resectio
56308	Ligatura v. spermaticae internae laparoscopica
56310	Mellékhere cysta kiirtása
56311	Spermatocele resectio
56330	Epididymectomy
56360	Vasectomy
56370	Vasovasostomia
56400	Circumcisio
56403	Phimotomia
86051	Thermotherapy prostatae