

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Székhely: 1082 Budapest, Baross u. 1.
Cégjegyzékszám: 01-10-041566
Adószám: 10491984-4-44

1. Biztosított

Biztosított lehet minden 6 hónap és 69 év közötti természetes személy, de a szerződés tartamának lejártakor a biztosított életkora legfeljebb 70 év lehet.

2. A biztosítási időszak és tartam

A szerződés határozott tartamra, egy évre jön létre. Amennyiben a tartam lejártát megelőző 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja a másik felet írásban arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik.

3. A kockázatviselés kezdete

A biztosítás kezdete a biztosítási ajánlat aláírását követő hónap első napja. A szerződés kockázatviselésének kezdete szintén ez a nap, feltéve, hogy a biztosítás első díja megfizetésre került.

4. A biztosítási esemény

Biztosítási esemény:

- a) járóbeteg szakellátás
- b) egynapos sebészeti ellátás
- c) orvosi képalkotó diagnosztikai eljárás
- d) második orvosi vélemény
- e) orvosi call center

5. Díjfizetés

A biztosítás folyamatos díjú. Ellenkező megállapodás hiányában a biztosítás díját havonta, legkésőbb a hónap 5. napjáig kell megfizetni. A biztosítás havonta fizetendő díja a biztosítottak ki- és belépése miatt megváltozott átlagkor miatt változhat. A biztosítás első díja az ajánlat aláírásával egyidejűleg esedékes, míg a folyótólagos díj annak az időszaknak az első napján, amelyre vonatkozik. A biztosítás díja az alábbi módon fizethető:

- készpénz átutalási megbízással (csekk),
- átutalással,
- csoportos beszedési megbízással.

A biztosításközvetítő biztosítási díj átvételére nem jogosult. A biztosításközvetítő nem jogosult közreműködni a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében.

6. A biztosító szolgáltatásai

A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott kockázatokra éves szolgáltatási limitet határoz meg, melynek mértékét a Szolgáltatási limitek dokumentum tartalmazza.

7. A szerződés megszűnése

A szerződés megszűnik egy biztosítottra vonatkozóan:

- a) a biztosított halála esetén,
- b) a biztosított minőségének megszűnését követő hónap első napjának 0. órájától,
- c) amennyiben a rá vonatkozó biztosítási díj nem került megfizetésre.

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) díjfizetés elmulasztása esetén,
- b) a határozott tartam elteltével,
- c) bármelyik fél jogutód nélküli megszűnésével.

8. Kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, amely:

- a) atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be,
- b) amely esetekben a gyógykezelés során nem tartották be az orvosszakmai előírásokat, és ezen ismételt műtétekre, kezelésekre emiatt került sor, illetve a szerződésben meghatározott egyéb biztosítási esemény következett be az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba).
- c) ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
 - a terhesség ideje alatt és a szülés, valamint a szülést követő

egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeivel abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt történt (a fogamzás időpontja alatt a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni);

- az egészségügyi ellátás, az orvosi ellátás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt létrejött egészségkárosodással;
- olyan orvosi beavatkozással, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés.

d) A kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei, meglévő betegségek a biztosításból ki vannak zárva. A biztosítás kizárólag a szakorvosi vizsgálat költségeire nyújt fedezetet olyan tünetek és megbetegedések esetén, melyek a kockázatviselés kezdetekor, vagy azt megelőzően fennálló megbetegedéssel kapcsolatosak. Az ilyen betegségek és tünetek miatt szükséges laboratóriumi, képalkotó vagy egyéb diagnosztika és gyógykezelés költségeit a biztosítás nem fedezi.

e) A biztosító nem szervezi meg az egészségügyi ellátást, és annak költségét nem téríti meg az alábbi esetekben:

- az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény esetén
- amennyiben az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét,
- amennyiben az orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi beutalót nem szakrendelő orvos állítja ki,
- amely ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt,
- amennyiben a biztosított túllépte az éves limitjét, és a szerződő fél nem élt a fedezetfeltöltés lehetőségével, a biztosító nem téríti meg az ellátás költségét.

f) A biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben a járóbeteg-szakellátásra az alábbiakból eredően kerül sor:

- sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából,
- az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység miatt,
- katasztrófa miatti ellátás,
- járványügyi érdekből végzett ellátásokkal kapcsolatban,
- tudógyógyászati gondozás,
- addiktológiai gondozás,
- alkoholológiai gondozás,
- drogbeteg-ellátás, gondozás,
- foglalkozás-egészségügyi szakellátás,
- akupunktúrás kezelés,
- fogászati szakellátás, (kivéve: szűrővizsgálat, amennyiben erre a biztosítás kiterjed)

- geriatriai kezelés, gondozás,
- dialízis kezelés,
- digitális dermatoscopia,
- visszer betegség injekciós kezelése (scleroterápia),
- nemibeteg gondozás,
- a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok,
- pszichiátriai kezelés,
- gyógypedagógiai kezelés,
- fizio- és mozgásterápiás kezelés,
- intenzív betegellátás,
- klinikai onkológiai gondozás,
- lézeres szemműtét, látáskorrekció,
- lézeres körömgombakezelés,
- aneszteziológiai ellátás keretében

g) A biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben az egynapos sebészeti ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor:

- sterilizációs műtétek,
- terhességmegszakítás,
- művi megtermékenyítés,
- szépségti okból végzett plasztikai műtétek.

9. A biztosító mentesülése

A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, ha:

- a) biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a biztosított öngyilkosság kísérletével, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be,
 - b) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben jön létre.
- A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén

a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy:

- a) a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítási esemény előtt már ismerte vagy
- b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

10. Szolgáltatás igénybevételének módja

A biztosító szolgáltatását az Advance Medical Hungary Kft., mint ellátásszervező által nyújtja, az egészségügyi ellátást egészségügyi szolgáltatók végzik.

A biztosított ellátási igényét a (+36-1) 461-1572-es telefonszámon, munkanapokon 8-20 óra között jelentheti be.

A szolgáltatás igénylésének módja és teljesítése: a PrivateMed Pro Különös Biztosítási Feltételei 4., 5. pontja tartalmazza.

Az orvosi call center non-stop hívható telefonszáma:

(+36-1) 461-1505

Szűrővizsgálat igénybevételéhez a szerződő / biztosított jelzi ellátásszervezőnk, az Advance Medical Kft.

(1085 Budapest, Baross u. 22., telefonszám: (+36-1) 461-1572, e-mail: prevencio@advance-medical.hu) felé az igényt.

Az ellátásszervező megszervezi a biztosított / biztosított csoport számára a vizsgálatok elvégzését, melynek helyéről és időpontjáról értesíti a szerződőt. Szerződő tájékoztatja a biztosítottakat a helyszínről és időpontról.

Az ellátási igény bejelentésekor és a call center hívásakor az azonosításhoz szükséges a biztosított nevének és születési dátumának megadása.

11. Vitás kérdések rendezése

A biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a biztosító részére kell bejelenteni:

- a) írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségen:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
(1461 Budapest, Pf.: 131., tel.: (+36-1) 486-4343)
- b) személyesen az alábbi címen:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Központi Ügyfélszolgálati Iroda (Budapest, Váci út 33.)

A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank

(1054 Budapest, Szabadság tér 8-9;

központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)

Amennyiben a biztosított a biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy

- a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; helyi tarifával hívható kék szám: (+36-40) 203-776; web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
- b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172; Telefon: +36-1 489-9100; e-mail: pbt@mnb.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.

12. A biztosító titoktartási kötelezettsége nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a nyomozás elrendelését követően eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, igazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, családi csődvédelmi szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi, illetve biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szervevel,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervevel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervevel,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – illetve a károkozóval,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátáshoz szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adataira és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,
- t) a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal

szemben, ha az a)–j), n), s) és t) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k)–m) és p)–r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

13. Az alkalmazandó jog

Jelen biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhatnak. Az eljárások nyelve magyar.

14.

Az ajánlat elfogadásával az ajánlattételkor befizetett összeget a biztosító díjfizetesként tudja be, az ajánlat biztosító részéről történt elutasítása esetén azt a szerződőnek kamatmentesen visszautalja. Ha a szerződő áll el a biztosítási kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül a szerződéstől, a biztosítónak jogában áll a befizetett díjat költségeivel csökkenteni. Ezen költségek értékét a biztosító a szerződés egy havi díjában, de legfeljebb 15 000 Ft-ban határozza meg.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Jelen Különös Biztosítási Feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítási szerződéseire hatályosak, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az irányadók (továbbiakban: Általános Feltételek).

1. Alapszolgáltatások

1.1. Járóbeteg-szakellátás

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező váratlan betegsége miatt szükségessé váló egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg-szakellátás vagy házivizit keretén belül valósul meg, amennyiben az orvosilag indokolt és szükséges, valamint az ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása. **A biztosítás kizárólag az első szakorvosi vizsgálat költségeire nyújt fedezetet olyan tünetek és megbetegedések esetén, melyek a kockázatviselés kezdetekor, vagy azt megelőzően fennálló megbetegedéssel kapcsolatosak. Az ilyen betegségek és tünetek miatt szükséges laboratóriumi, képal-
kotó vagy egyéb diagnosztika és gyógykezelés költségeit a biztosítás nem fedezi.**

A házivizit igénybevétele önrészhez kötött. Az önrész összege a házivizit költségének 30%-a, de minimum 5000 Ft. Az önrész összegét a biztosított az ellátást követően a házivizit során eljáró szolgáltatónak fizeti. A szolgáltatás igénybevételével kapcsolatban a biztosítottat egyéb fizetési kötelezettség nem terheli.

1.2. Egynapos sebészeti ellátás

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegsége következtében szükségessé váló olyan tervezhető, tervezett gyógyászati beavatkozása, amely a biztosított ambuláns műtéti kiválasztása és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerekkel működő intézményben történik, és a biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát.

1.3. Orvosi képal- kotó diagnosztikai eljárások

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a további gyógyuláshoz szükségessé váló, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, melyre a biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegsége miatt van szükség.

1.3.1. PET-CT (pozitron-emissziós tomográfias diagnosztika)

A biztosított olyan betegsége miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban rosszindulatú daganatos megbetegedések, szívbetegségek és különböző központi idegrendszeri megbetegedések korai felismerésére, valamint az alkalmazott terápia meghatározására és eredményességének követésére szolgál.

1.3.2. Cardio-CT (tomográfias diagnosztika)

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely alkalmas arra, hogy kimutasson olyan megbetegedéseket is és azok eredetét, melyeket a kardiológiai vizsgálatok (pl. terheléses EKG) nem mutatják ki egyértelműen. Főként a koszorúerek megbetegedéseinek feltárásában jelentős az szerepe.

1.3.3. MR (mágneses rezonancia diagnosztika)

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban a koponya, a gerinc, az ízületek, a hasi és kismedencei szervek, valamint az erek és a szív betegségeinek diagnosztikáját segítik elő.

1.3.4. CT (computer tomográf – számítógépes rétegvizelési diagnosztika)

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret, struktúra, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy térbeli részletességgel.

2. Az alapszolgáltatások bővítése

Az 1. pontban felsorolt alapszolgáltatások bővíthetők az alábbi kockázatokkal:

2.1. Szűrővizsgálat

A választott szűrőcsomag vizsgálatai évente egy alkalommal vehetők igénybe. A biztosító – a 18 év feletti biztosítottak egészségi

állapotának felmérése céljából – az alábbi szűrővizsgálatokat végzi:

A szerződő biztosítási csoportonként egyet választhat az alábbi szűrőcsomagok közül:

- a) Közepes szűrővizsgálati csomag
 - belgyógyászati szakorvosi vizsgálat
 - nyugalmi EKG
 - laboratóriumi vizsgálatok: teljes vérkép, vércukor, koleszterin, triglicerid, teljes vizeletvizsgálat és üledék.
 - b) Személyreszabott szűrővizsgálati csomag (csak kétszeres éves limittel bíró és limit nélküli alapszolgáltatáshoz köthető)
- Ennek a szűrőcsomagnak a tartalmát a szerződő állíthatja össze, az alábbi elemekből:
- Belgyógyászati szakorvosi vizsgálat
 - Nyugalmi EKG
 - Hasi és kismedencei áttekintő ultrahang vizsgálat
 - Mellkas röntgen (egyirányú)
 - Laboratóriumi vizsgálatok: teljes vérkép, vércukor, koleszterin, LDL-koleszterin, HDL-koleszterin, triglicerid, GPT, GOT, GGT, bilirubin, húgysav, kreatinin, karbamid, kálium, nátrium, teljes vizeletvizsgálat és üledék
 - Nőgyógyászati szűrővizsgálat
 - Urológiai szűrővizsgálat
 - fogászati szűrővizsgálat (csak Budapesten, tartalma: orvosi vizsgálat, kezelési terv, panoráma röntgen)

2.2. Gyerekcsomag

A biztosítás megköthető 6 hónap és 18 év közötti gyermekekre is, amennyiben a biztosítás szerződője természetes személy és a biztosított gyermek a természetes személy szerződő (fogasztó) vagy annak házas-, élettársa vér szerinti, örökbefogadott vagy nevelt gyermeke.

6 hónap és 18 év közötti gyermekekre csak az 1. pont szerinti alapszolgáltatás 250 000 Ft-os éves limittel köthető.

3. A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A szolgáltatások megszervezésének és a biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a biztosított – egészségi állapotának további vizsgálata vagy egészségének megőrzése érdekében az alapellátás orvosa, magánorvos vagy egyéb szakorvosi vizsgálat alapján indikált esetben – rendelkezzen a további ellátáshoz szükséges (szak) orvosi javaslattal. A biztosítás fedezi ennek megszervezését és a vizsgálatot is, ha a biztosított igényli, de a biztosító elfogadja a háziorvosi beutalót is. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse.
- 3.2. Az alábbi szakellátások orvosi javaslat nélkül is igénybe vehetők: szemészet, gégszét, bőrgyógyászat, urológia, általános sebészet, nőgyógyászat és tüdőgyógyászat.
- 3.3. Az 1. pontban leírt szolgáltatások valamelyikének igénylésekor, az orvosi javaslat birtokában további ellátási igényét a biztosított telefonon bejelenti az ellátásszervezőnek, aki munkanapokon áll rendelkezésre, és a bejelentést követő öt munkanapon belül megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és az orvos között. Amennyiben az orvos ezt követően további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban veheti igénybe a biztosított, amennyiben az ellátást az ellátásszervező is indokoltan ítéli és a biztosított még nem használta el az adott kockázatra vonatkozó éves limitjét. A telefonbeszélgetések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.
- 3.4. Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit teljes egészében – a rendelkezésre álló éves limit erejéig – megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatóknak.
- 3.5. Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az adott ellátásra vonatkozó éves limitekből rendelkezésére álló összegekről a 3.3. pontban meghatározott bejelentéskor.
- 3.6. Amennyiben a biztosított az adott ellátásra vonatkozó éves limitjének 90%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.
- 3.7. A biztosító a Járóbeteg-szakellátás kockázaton belül a laboratóriumi vizsgálatokat legfeljebb 50 000 Ft/biztosítási évig, a bőrgyó-

gyászati ellátást legfeljebb 100 000 Ft/biztosítási évig téríti, függetlenül a választott szolgáltatási csomagtól.

- 3.8. Amennyiben a biztosított nem fogadja el az ellátásszervező által ajánlott szerződött szolgáltatót, és olyan szolgáltatóhoz menne, aki nem szerződött a biztosítóval, a biztosító csak utólag, számla ellenében téríti meg a szolgáltatás díját a biztosítottnak olyan mértékig, amennyit az általa ajánlott szerződött szolgáltatónál térítette volna. Erről a szolgáltatás igénylésekor az ellátásszervező tájékoztatja a biztosítottat.
- 3.9. Szűrővizsgálatot kizárólag az ellátásszervező által felajánlott szolgáltatónál lehet igénybevenni. Az ellátásszervező megszervezi a biztosított/biztosított csoport számára a vizsgálatok elvégzését, melynek helyéről és időpontjáról legkésőbb az igény bejelentését követő 30. napon értesíti a szerződőt.
- 3.10. A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani legkésőbb 24 órával korábban a vizsgálat időpontjánál. Amennyiben 24 órán belül mondja le, módosítja vagy nem jelenik meg adott időben a vizsgálaton, a vizsgálat árának 50%-át levonjuk éves keretéből valamint ugyanezen vizsgálat megszervezését legkorábban 3 hónap elteltével kérheti újra.
4. **A biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok**
A teljesítés feltétele, hogy az ellátást igénylő jogosultsága az ellátásra a szerződés alapján fennálljon.
A biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, megfelelő tartalmú, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentáció. A dokumentáció hiánytalan beérkezését követően haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül sor kerül a kifizetésre a 3. pont szerint.
5. **A kockázatviselésből kizárt kockázatok**
- 5.1. **A biztosító nem szervezi meg az egészségügyi ellátást, és annak költségét nem téríti meg az alábbi esetekben:**
- az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény esetén, kivéve a 3.2. pontban felsorolt esetekben,
 - amennyiben az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét,
 - amennyiben az orvosi képkalkotó diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított javaslatot / beutalót a biztosító még abban az esetben nem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is láthat,
 - amely ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt.
- 5.2. **A biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben az ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor:**
- sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából,
 - az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység miatt,
 - katasztrófa miatti ellátás,
 - járványügyi érdekből végzett ellátásokkal kapcsolatban,
 - tüdőgyógyászati gondozás,
 - addiktológiai gondozás,
 - alkohológiai gondozás,
 - drogbeteg-ellátás, gondozás,
 - foglalkozás-egészségügyi szakellátás,
 - akupunktúrás kezelés,
 - fogászati szakellátás,
 - lézeres körömgomba-eltávolítás,
 - geriátriai kezelés, gondozás,
 - lézeres látásjavító műtét
 - szemlencse beültetés
 - dialízis kezelés,
 - digitális dermatoscopya,
 - visszer betegség injekciós kezelése (scleroterápia),
 - nemibeteg gondozás,
 - a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok,
 - genetikai vizsgálatok,
 - étel-intolerancia vizsgálatok,
 - pszichiátriai kezelés,
 - gyógyterápiás kezelések,
 - fizio- és mozgásterápiás kezelések,
 - injekció-terápiás sorozat (az első injekciót fedezi a biztosítás, a többi nem)
 - intenzív betegellátás,
 - klinikai onkológiai gondozás,
 - HIV-betegek gondozása,
 - Hepatitis C betegek gondozása,
 - aneszteziológiai ellátás keretében.
- 5.3. **Az alábbi ellátásokra nem terjed ki a biztosító kockázatviselése a**

Járóbeteg-szakellátás és az Orvosi képkalkotó diagnosztika biztosítási események kapcsán:

- a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatban, melyen a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket kell érteni,
- terhesség ideje alatt a biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálatához tartozó UH vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig.

5.4. **A biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben az egynapos sebészeti ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor:**

- Sterilisatio laparoscopica feminae
- Sterilisatio laparoscopia kapoccsal
- Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel
- Sterilisatio laparoscopia monopol. elektródával
- Sterilisatio laparoscopia bipol. elektródával
- Extrauterin graviditas laparoscopos műtéte
- Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából
- Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel
- Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel
- Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal
- Interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal
- Interruptio laminaria tágitással
- Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése
- Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások
- Művi megtermékenyítés
- Szépészeti okból végzett plasztikai műtetek.

6. **Egyéb szolgáltatások**

6.1. **Második orvosi vélemény**

Második orvosi vélemény alatt a jelen megállapodás alkalmazásában a biztosított által az ellátásszervezőnek feltett, a biztosított súlyos betegsége vonatkozó orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvosszakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni.

6.1.1. **A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza:**

Hozzáférés nemzetközi orvosszakértők szaktudásához, elismert orvosszakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá betérjesztett minden esetben. Vezető kórházak kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából.

Az ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a beteggel és kezelőorvosával.

6.1.2. **A jelen feltételekben ismertetett második orvosi véleményt az ellátásszervező az alábbi betegségek esetén nyújtja:**

- az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);
- szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;
- szervátültetések;
- neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;
- veleszületett betegségek és rendellenességek;
- az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;
- a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;
- az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.

A biztosító ezen szolgáltatásának igénybevételére várakozási időt nem köt ki a szerződés hatálybalépéséhez képest.

6.2. **Orvosi call center igénybevétele**

A biztosító a jelen feltételek alapján a biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által (Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: szolgáltató) 24 órás egészségügyi információs szolgáltatást nyújt.

A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon, laikusoknak szóló, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információkat szolgáltatásan az ügyfeleknek. Az egészségügyi információs központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:

- egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,
- tájékoztató gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
- tájékoztató orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeleterkről,
- tájékoztató ügyeleti gyógyszerterákról,
- tájékoztató egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

A 24 órás szolgáltatást az ügyfél a kockázatviselés teljes tartama alatt, az év minden napján, a nap 24 órájában veheti igénybe. Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a biztosított vizsgálatát. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolására céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.

7. Az ellátásszervező felelőssége

Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában.

Ezen mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket ismételt, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségességét a javaslatot tevő orvos igazolni nem tudja. Úgyszintén megtagadhatja az ellátásszervező az ellátás megszervezését olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi javaslat a szakellátás igénybevételéhez, de azt az ellátásszervező orvosilag nem tartja indokoltnak.

Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége az adott időpontban a biztosított kezelőorvosa által orvosilag indokoltnak tartott olyan esetekre és a vonatkozó ellátási igény elbírálására, amelyek nem tartoznak a biztosító fedzeti körébe. Ebben az esetben a biztosított felelőssége, hogy igénybe vegye a TB szabályai szerinti egészségügyi ellátást.

Nem terjed ki az ellátásszervező és a biztosító felelőssége a szolgáltatók által végzett konkrét szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottnak okozott károkra.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

<p>1. A feltételek érvényessége Jelen feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek.</p> <p>2. Fogalmak</p> <p>1. Alapelletés: a biztosított lakóhelyén, tartózkodási helyén, illetve annak közelében a biztosított választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatás (házi orvosi szolgáltatás).</p> <p>2. Ambuláns műtét: ambuláns sebészeti beavatkozáson olyan diagnosztikus és/vagy terápiás sebészeti jellegű tevékenységet értünk, amely után a beteg fekvőbeteg intézeti ellátást nem igényel, a beavatkozást követően szükséges és elegendő megfigyelés után otthonába bocsátható.</p> <p>3. Általános járóbeteg-szakellátás: a biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmasszerű egészségügyi ellátás.</p> <p>4. Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató: bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel nem köt szerződést.</p> <p>5. Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató: bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt.</p> <p>6. Beavatkozás: azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.</p> <p>7. Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.</p> <p>8. Biztosított: az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön.</p> <p>9. Biztosítási esemény: A biztosító azon szolgáltatása, amelyre a biztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeg vagy az egészségügyi ellátás megszervezése mellett az ellátás költségeinek megfizetésére vállal kötelezettséget.</p> <p>10. Csoportos biztosítás: A biztosítás – egy szerződésen belül – több biztosítottra, a szerződő által a biztosítási ajánlatban rögzített, objektív szempontok szerint meghatározott természetes személyek csoportjára, illetve csoportjaira vonatkozik. A jelen általános feltételek alapján létrejövő szerződésben több – név szerint meghatározott – biztosított csoport képezhető. Csoportképző objektív szempont lehet a biztosítottak és a szerződő között fennálló jogviszony, egyéb kapcsolat, valamely szervezethez tartozás. Egy biztosított csoportba azok a biztosítottak sorolhatók, akik azonos biztosítási szolgáltatásra jogosultak. Az ajánlattételkor a szerződő köteles a biztosított csoportokat egyértelműen meghatározni. A biztosított csoport név szerint nyilvántartott. A biztosítást magán-személy is megkötheti, akár egy főre vagy családra is.</p> <p>11. Egészségügyi dokumentáció: A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.</p> <p>a) Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – a biztosított személyazonosító adatait, – cselekvőképes biztosított esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló biztosított esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét, – a kórelőzményt, a kórtörténetet, – az első vizsgálat eredményét, – a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját, – az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődeményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését, – az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét, – a gyógyszeres és egyéb terápiái, annak eredményét, – a beteg gyógyszer-túlérzékenységére vonatkozó adatokat, – a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját, 	<ul style="list-style-type: none"> – a biztosítottnak (betegnek), illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését, – a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját, – minden olyan egyéb adatot és tény, amely a biztosított gyógyulására befolyással lehet. <p>b) Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – az egyes vizsgálatokról készült leleteket, – a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat, – az ápolási dokumentációt, – a képzett diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint – a biztosított testéből kivett szövetmintákat, illetve azok szövettani eredményeit. <p>Több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni, és azt a biztosítottnak át kell adni.</p> <p>12. Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység: az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak, b) a keresőképességnek, c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése. <p>13. Egészségügyi ellátás: a biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.</p> <p>14. Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a biztosított (beteg) vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a biztosított (beteg) vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerrel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységeket.</p> <p>15. Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.</p> <p>16. Egynapos sebészet: olyan tervezett beavatkozás, kisebb műtét, melyet jogszabály alapján járóbeteg-ellátást illetve fekvőbeteg-ellátást végző intézmények végezhetnek, és amelynél – probléma nélküli esetben – a beavatkozás utáni elbocsátási idő egyetlen nap is lehet.</p> <p>17. Ellátásszervező: az a szervezet, amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy az egészségügyi szolgáltatókkal szerződést kössön, és a biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszerveze, a szolgáltatást lebonyolítsa a biztosítottak számára.</p> <p>18. Éves szolgáltatási limit: a biztosító a PrivateMed Pro biztosítási szerződés szolgáltatásaira éves szolgáltatási limitet alkalmaz, melynek mértékét a Szolgáltatási limitnek nyomtatvány tartalmazza.</p> <p>19. Előzménybetegség: a biztosítás megkötése előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettel összefügg.</p> <p>20. Fekvőbeteg szakellátó: a jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóknak a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebeteg gyógy- és gondozóintézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.</p> <p>21. Fogyasztó: fogyasztónak minősül az a természetes személy, aki szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül jár el.</p> <p>22. Házivizit: Éjjel-nappal a páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén, Budapesten és 20 km-es körzetében – az ellátásszervezőnél telefonon bejelentett sürgősségi esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás, mely során az ellátásszervező a biztosítotthoz ügyeleti ellátást nyújtó orvost küld.</p>
--	---

23. **Kezelőorvos:** a biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.
24. **Kockázatbírálás:** a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja.
25. **Költségtérítés:** a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig.
26. **Orvosi javaslat:** az orvosi javaslatához kötött szolgáltatások esetén a biztosító az adott szolgáltatással kapcsolatban először benyújtott orvosi javaslat alapján szolgáltat. Újra kiállított, javított orvosi javaslatokat nem vesz figyelembe.
27. **Speciális járóbeteg-szakellátás:** olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel.
28. **Sürgős szükségből eredő ellátás:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.
29. **Szűrővizsgálat:** olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése, amely alkalmas, a biztosító kockázatvállalási feltételeinek meghatározására is.
30. **Várakozási idő:** a kockázatviselés kezdetének szerződéses elhalasztását jelenti. Az egyes kockázatokra vonatkozó várakozási időt a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák. Ha a szerződésben a felek várakozási időt kötöttek ki, és a biztosítási esemény a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott okból és az ott meghatározott időtartam alatt következik be, akkor a biztosító teljesítése részleges, és akkor áll be, ha a biztosítási esemény baleset miatt vagy balesettel okozati összefüggésben következett be.
31. **Vizsgálat:** az a tevékenység, amelynek célja a biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változások megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása.

3. A biztosítási szerződés alanyai

3.1. Biztosító

A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási ajánlat elfogadása után a feltételekben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási eseményekre, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

3.2. Szerződő

A szerződő az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.

3.3. Biztosított

Az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épiségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön. A biztosított életkora a szerződés létrejöttékor 6 hónap és 69 év között lehet; a szerződés lejáratakor legfeljebb 70 éves lehet.

3.4. Kedvezményezett

A biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatások igénybevételeire jogosult személy minden esetben a biztosított.

4. A biztosítási szerződés létrejötte

- 4.1. A szerződés megkötésére irányuló ajánlatot írásban, a szerződő fél teszi a biztosító ajánlati formuláján, amely alapján a szerződés létrejön.
- 4.2. A szerződő az ajánlatához – annak megtételétől számított – 15 napig, egészségi vizsgálat esetén 60 napig kötvé van.
- 4.3. Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (kötvényt) állít ki. A szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre. Ha a kötvény a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
- 4.4. Ha a biztosító az ajánlatot annak beérkezésétől számított 15, egészségi vizsgálat esetén 60 napon belül (kockázatbírálási idő) írásban visszautasítja, a szerződés nem jön létre. Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles indokolni. Ha a szerződő fél

fogyasztó és a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifejezetten felhívta és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

- 4.5. Ha a szerződő fél fogyasztó, a szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlattételre annak beérkezését követő 15 napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályokban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati formulán és a díjszabásnak megfelelően tették meg. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal, a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér jelen szerződési feltételektől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a jelen feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 nappal írásban felmondhatja.
- 4.6. Amennyiben a szerződő és a biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- 4.7. A biztosító jogosult az ajánlattételkor a biztosítás első díjának beszedésére.
- 4.8. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végez, melyhez a biztosított egészségi nyilatkozatát és orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát kérheti. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni.
- 4.9. A szerződéskötés különös szabályai
- 4.9.1. A biztosítónak a szerződő felet kell tájékoztatnia, a szerződő fél a jelen megállapodás biztosítottakat érintő rendelkezéseiről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a biztosítottakat tájékoztatni.
- 4.9.2. Jelen biztosítás létrejöttéhez – eltérő megállapodás hiányában – a biztosított írásbeli hozzájárulása, azaz a biztosított nyilatkozat szükséges.
- 4.9.3. A biztosított nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a biztosítottnak a szerződés hatályának reá történő kiterjesztésére vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát, így különösen a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést. A biztosított nyilatkozat a szerződés részét képezi. A biztosított nyilatkozatot – eltérő megállapodás hiányában – a szerződő köteles megőrizni, s a biztosító kérésére azt a biztosító rendelkezésére bocsátani.
- 4.9.4. A biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A biztosított a szerződés megkötéséhez, illetőleg a biztosított jogviszonya létesítéséhez adott hozzájárulását (biztosított nyilatkozatát) írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a biztosító kockázatviselése adott biztosított vonatkozásában – eltérő megállapodás hiányában – a visszavonás biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0. órájától megszűnik.
- 4.10. Ha a biztosított kiskorú, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.
- 4.11. Amennyiben a biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőkép-telen nagykorú személy, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.

4/A A biztosítási szerződés módosulásának szabályai

- 4/A.1. Amennyiben a biztosítási szerződés létrejöttét követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, úgy a biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés vagy a jelen biztosítási feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevitelére jogosító feltételeknek megfelelően.
- 4/A.2. Amennyiben a szerződő a módosító javaslatot 4/A.1. pont szerinti tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul.

5. A biztosítás tartama, területi és időbeli hatálya

- 5.1. A biztosítás kizárólag a Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, kivéve, ha a Különös Biztosítási Feltételek másként nem rendelkeznek.

- 5.2. A szerződés határozott, 1 év tartamra jön létre. Amennyiben a tartam lejártát megelőzően 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja írásban a másik felett arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik.
- 6. A biztosítási szerződés kezdete, a kockázatviselés kezdete, hatályba lépése**
- 6.1. A biztosítás és a díjfizetés kezdete – eltérő megállapodás hiányában – a biztosítási ajánlat aláírását követő hónap első napja.
- 6.2. A biztosító kockázatot – eltérő megállapodás hiányában – a biztosítási ajánlat aláírását követő hónap első napjától viseli.
- 6.3. Új biztosított belépése esetén a rá vonatkozó kockázatviselés a belépését követő hónap első napjának 0. órájakor kezdődik, feltéve, hogy a rá vonatkozó kockázatot a biztosító nem utasította vissza, a díjat a biztosító számlájára befizették, vagy a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, figyelembe véve a várakozási időt is.
- 6.4. A biztosító a kockázatot kizárólag a PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítás Adatközlő, változásbejelentő nevű táblázatban felsorolt személyek vonatkozásában vállalja.
- 7. Várakozási idő**
- 7.1. A felek a szerződésben kiköthetik, hogy a biztosító valamely biztosítási esemény kockázatát csak a szerződés létrejöttét követő későbbi időponttól vállalja, vagy – ha a biztosítási esemény a kikötött várakozási időn belül következik be – jogosult a szolgáltatást csökkenteni. A várakozási idő legfeljebb hat hónap lehet; a kikötött várakozási idő ezt meghaladó része semmis.**
- 7.2. Amennyiben a biztosítandó személy valamely tartós betegsége szerződéskötéskor mindegyik, a szerződésben szereplő fél által ismert volt, a felek jelen megállapodásban és a Különös Biztosítási Feltételekben legfeljebb három évi várakozási időt köthetnek ki.**
- 7.3. Új biztosított belépése esetén a biztosító által kikötött várakozási idő tartama ugyanúgy, a biztosított belépésétől kerül alkalmazásra.**
- 7.4. A kockázatot a PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítás Adatközlő, változásbejelentő nevű táblázatban felsorolt személyek vonatkozásában vállalja a biztosító.**
- 8. A szerződés megszűnésének esetei**
- 8.1. A szerződés megszűnik adott biztosítottra vonatkozóan az alábbi esetekben:**
- 8.1.1. a biztosított halála esetén,
- 8.1.2. a kilépő biztosított vonatkozásában a díjjal fedezett időszak végével, ha:
- betöltötte 70. életévét,
 - a szerződéssel fennálló jogviszonya, vagy egyéb kapcsolata megszűnése esetén,
 - amennyiben a rá vonatkozó biztosítási díj nem került megfizetésre.
- 8.2. A teljes szerződés megszűnik az alábbi esetekben:**
- 8.2.1. Díjnemfizetés miatt a 13. pontban foglaltak szerinti napon.
- 8.2.2. Meghosszabbítás hiányába a határozott tartam utolsó napjával.
- 8.2.3. A szerződő jogi személy jogutód nélküli megszűnésével.
- 8.3. A szerződő fogyasztó, úgy a biztosított a szerződés megszűnté esetén jogosult a szerződésbe lépni.
- 9. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei**
- 9.1. A szerződő joga és kötelezettsége (közlési kötelezettség)**
- 9.1.1. A szerződő és a biztosított a szerződés létrejöttkor köteles a kockázat elvállalása szempontjából minden lényeges körülményt közölni a biztosítóval, illetve a biztosítás tartama alatt a szerződésben meghatározott lényeges körülmények tekintetében változás-bejelentési kötelezettséggel tartozik, melyet nyomtatott vagy elektronikus formában kell megtenni.
- 9.1.2. A szerződő a biztosítottokról adatot szolgáltat a díjfizetési gyakoriságnak megfelelően a biztosító részére. Az adatszolgáltatás tartalmát a PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítás Adatközlő / Változásbejelentő nevű táblázatai tartalmazzák.
- 9.1.3. A szerződő a díjfizetési gyakoriságnak megfelelően javaslatot tehet a szerződés módosítására, új biztosított megjelölésére, illetve biztosítási védelem megszüntetésére az általa meghatározott biztosítottak vonatkozásában (kilépő biztosított).
- 9.2. A biztosító joga és kötelezettsége**
- 9.2.1. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végezhet, melyhez a szerződő nyilatkozatát kérheti a biztosítottakat érintő tárgyévet megelőző évre vonatkozó sajtó jogú, egy főre jutó táppénzes napjainak átlagát, a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni és további kérdéseket feltenni a kockázatvállaláshoz.
- 9.2.2. Amennyiben a biztosítottnak a szerződéskötés idején fennálló

tényleges egészségi állapota, életviteli szokásai nem felelnek meg a kockázatbírálás során tett egészségi nyilatkozatában foglaltaknak, úgy a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

- 9.2.3. Automatikus meghosszabbítás esetén, ha a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében gyakorolhatja.
- 9.2.4. A közlési kötelezettség megsértése ellenére is beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződéskötéstől a biztosítási esemény bekövetkeztéig már 5 év eltelt.
- 9.2.5. A 9.2.3. és 9.2.4. pontok rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitvaálló 5 éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.
- 9.2.6. A közlési kötelezettség vagy a változás bejelentési kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig, illetve a változás bejelentési határidő leteltét követő naptól 5 év eltelt.
- 9.2.7. A biztosító kockázatbírálási és kárrendezési szerveivel szemben a biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel.

10. A biztosító szolgáltatása

A biztosító szolgáltatása a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén az ott meghatározott szolgáltatás nyújtása vagy meghatározott biztosítási összeg megfizetése.

A biztosító a szolgáltatását a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint teljesíti.

11. Szolgáltatási limit

A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatásokra éves szolgáltatási limitet határoz meg, melynek mértékét a Szolgáltatási limitek táblázat tartalmazza.

12. A biztosítási díj

- 12.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke.
- 12.2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosítottak egészségi állapotának, a szolgáltatás jellegének és a biztosítottak átlagéletkorának a figyelembevételével történik.
- 12.3. A biztosítottak életkorát úgy kell megállapítani, hogy a biztosítás kezdeti évszámából levonják a biztosított születésének évszámát.
- 12.4. Az életkor helytelen bevallása miatt, ha a tényleges életkor szerint a biztosítás nem jöhetett volna létre, úgy a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó rendelkezések az irányadóak.
- 12.5. A biztosítás automatikus meghosszabbítása esetén a biztosított életkorától függő kockázatokra fizetendő díjak háromévente újra megállapításra kerülnek a biztosított csoport aktuális átlagéletkorának megfelelően, amennyiben az eltelt 3 év alatt nem érkezett a szerződőtől Változásbejelentő a biztosítóhoz. Egy adott biztosított vonatkozásában az életkor előrehaladása nem eredményezhet díjnövekedést.**
- 12.6. A biztosító a biztosítási tartam lejárta előtt legkésőbb 30 nappal javaslatot tehet a következő évre érvényes díjak módosítására.
- 12.7. A biztosítás folyamatos díjú. Ellenkező megállapodás hiányában a biztosítás díját havonta, legkésőbb a hónap 5. napjáig kell megfizetni. A biztosítás havonta fizetendő átlagdíja a biztosítottak ki és belépése miatt megváltozott átlagkor miatt változhat.
- 12.8. A biztosítás első díja az ajánlat aláírásával egyidejűleg esedékes.

13. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei

Ha a szerződő az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelését késedelem nélkül bírói úton érvényesíti.

14. Reaktiválás

A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítás nem reaktiválható.

15. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól
- 15.1. A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól abban az esetben, ha a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékosan jogellenesen, vagy a szerződő, illetve biztosított jogellenesen súlyosan gondatlanul okozta.
A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha:
a) a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetileg a biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltsággal okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt,
b) a biztosítási esemény kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták.
- 15.2. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha:
a) biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a biztosított öngyilkossági kísérletével, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be,
b) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben jön létre.
- 15.3. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy:
a) a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítási esemény előtt már ismerte vagy
b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
Azt, hogy valamelyik fennáll, annak kell bizonyítani, aki erre hivatkozik.
16. A kockázatviselésből kizárt kockázatok
- 16.1. Nem téríti meg a biztosító azon árokat, amelyek közvetlen vagy közvetett összefüggésben állnak atomkárokkal (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése).
- 16.2. Nem térít a biztosító olyan esetekben sem, amely esetekben a gyógykezelés során nem tartották be az orvosszakmai előírásokat, és ezen ismételt műtétekre, kezelésekre emiatt került sor, illetve a jelen szerződésben meghatározott egyéb biztosítási esemény következett be az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba).
- 16.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
– a terhesség ideje alatt és a szülés, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményével abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt történt (a fogamzás időpontja alatt a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni);
– az egészségügyi ellátás, az orvosi ellátás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt létrejött egészségkárosodással;
– olyan orvosi beavatkozással, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés.
- 16.4. A kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
17. Fedezetfeltöltés
Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel, hacsak a Különös Biztosítási szerződési feltételek másként nem rendelkeznek.
18. Adatkezelés, biztosítási titok
- 18.1. A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat a jelen feltételekhez csatolt Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a www.union.hu weboldalon is elérhető.
19. Jognyilatkozatok
- 19.1. A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a szerződőnek illetve a szolgáltatási igény bejelentése esetén a biztosítottnak az általuk megadott, és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.
- 19.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett.
20. Elévülés
A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított egy év elteltével évül el.

21. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve
A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.
22. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok
Jelen biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosítói jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar.
23. Vitás kérdések rendezése
- 23.1. A szerződőnek és a biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a szerződés keretében vagy a szerződéssel kapcsolatban merül fel. Minden, a szerződés megkötése után felmerülő és a felektől független olyan körülményről, amely a szerződés teljesítését akadályozza, a felek kölcsönösen kötelesek egymást tájékoztatni.
- 23.2. A biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a biztosító részére kell bejelenteni:
a) írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségeken:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
(1082 Budapest, Baross u. 1., tel.: (+36-1) 486-4343)
b) személyesen az alábbi címen:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Központi Ügyfélszolgálati Iroda (1134 Budapest, Váci út 33.)
A biztosító a szerződéskötést követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közléssel teszi közzé.
- 23.3. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a szerződőhöz érkezik be, a szerződő a biztosítottakat a biztosítóhoz irányítja.
- 23.4. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.
- 23.5. A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1054 Budapest, Szabadság tér 8-9; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)
- 23.6. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai
Amennyiben a fogyasztó a biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy
a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; helyi tarifával hívható kék szám: (+36-40) 203-776; web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172; Telefon: (+36-1) 489-9100; e-mail: pbt@mnb.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.
- 23.7. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.
24. Felszámolható költségek
A biztosító a többletráfordítások díját kérheti. Ilyen lehet például:
a) a díjfizetés késedelme esetén a felszólító levél díja, a biztosítási kötvény utólagos dokumentálása vagy módosítása,
b) a biztosítási szerződés átdolgozása, a biztosítási kötvény másodlati példányának kiállítása stb.,
c) biztosítási események igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.
25. Adózásra vonatkozó jogszabályok
Az adózásról szóló részletes tájékoztatást a Különös Feltételek melléklete tartalmazza.
26. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlatról ill. a Ptk. rendelkezéseitől
A PrivateMed Pro Csoportos egészségbiztosítás Általános Biztosítási feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:
– Amennyiben a tartam lejárta megelőző 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja a másik felet írásban arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik. (5.2. pont)

- a biztosított csak abban az esetben jogosult a szerződésbe belépni, ha a szerződő fogyasztónak minősül (8.3. pont)
- A biztosított életkorától függő kockázatokra fizetendő díjak háromévente újra megállapításra kerülnek a biztosított csoport aktuális átlagéletkorának megfelelően, amennyiben az eltelt 3 év alatt nem érkezett a szerződőtől Változásbejelentő a biztosítóhoz. Egy adott biztosított vonatkozásában az életkor előrehaladása díjnövekedést eredményezhet.(12.5. pont)
- A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítás nem reaktiválható. (14. pont)
- Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel, hacsak a Különös Biztosítási szerződési feltételek másként nem rendelkeznek. (17. pont)
- A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított egy év elteltével évül el. (20. pont)

27. Egyebek

A tényleges egészségügyi ellátást a 2.15. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni. A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja.

28. Egyéb rendelkezések

A biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján ([www. unionbiztosito.hu](http://www.unionbiztosito.hu)) teszi közzé.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Egészségbiztosítás

Biztosítási termékismertető

UNION
B I Z T O S Í T Ó
VIENNA INSURANCE GROUP

A társaság: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Magyarország

A termék: PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítás

Jelen tájékoztatás nem teljes körű. Kérjük, a biztosítás megkötése előtt olvassa el figyelmesen a PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítás biztosítási feltételeit!

Előfordulhat, hogy az Ön szerződése eltér az alábbiakban leírtaktól, ezért kérjük, az Önre vonatkozó fedezet terjedelméről tájékozódjon a biztosítása szerződőjénél.

Milyen típusú biztosításról van szó?

Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításról, amely a 1995. évi személyi jövedelemadóról szóló CXII. törvény 1. számú melléklet 6.3. pontja szerint kockázati biztosításnak minősül.

Az Önök által fizetett díjért cserébe a biztosítottak betegségei esetén a biztosító megszervezi és állja az orvosi ellátások költségeit a biztosítóval szerződésben lévő magán-egészségügyi szolgáltatóknál (magánrendelők, magánkórházak). Tehát a biztosított nem kap pénzt a biztosítótól, ő az orvosi szolgáltatást kapja (kivéve kiegészítő Hope Plusz).



Mire terjed ki a biztosítás?

A biztosítás finanszírozza:

- ✓ a járóbeteg-szakorvosi ellátásokat,
- ✓ laborvizsgálatokat,
- ✓ más diagnosztikai vizsgálatokat (pl. röntgen, ultrahang, stb.),
- ✓ ambuláns és egynapos műtéteket,
- ✓ nagyértékű képalkotó diagnosztikai eljárásokat (CT, PET-CT, MRI),
- ✓ non-stop orvosi call centert,
- ✓ második orvosi szakvélemény kérését,
- ✓ és egyéb kiegészítő szolgáltatásokat is (pl. kórházi fekvőbeteg-ellátás finanszírozása, szűrővizsgálatok szervezése, rosszindulatú daganatos betegségek esetén járadék).

Kockázatok	Alapcsomag éves limitjei	Kétszeres csomag éves limitjei	Limitmentes csomag
Járóbeteg-szakellátás	250 000 Ft (de: laborvizsgálatok 50 000 Ft/év, bőrgyógyászat 100 000 Ft/év)	500 000 Ft (de: laborvizsgálatok 50 000 Ft/év, bőrgyógyászat 100 000 Ft/év)	korlátlan (de: laborvizsgálatok 50 000 Ft/év, bőrgyógyászat 100 000 Ft/év)
Nagyértékű képalkotó diagnosztika (MRI, CT, PET-CT, Cardio-CT)	250 000 Ft	500 000 Ft	korlátlan
Egynapos sebészet	300 000 Ft	600 000 Ft	korlátlan
7/24 orvosi call center	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény	korlátlan	korlátlan	korlátlan

Kiegészítő szolgáltatási csomagok

Szűrővizsgálati csomagok

Közepes	belgyógyászati szakorvosi vizsgálat, nyugalmi EKG, laboratóriumi vizsgálatok: teljes vércép, vércukor, koleszterin, triglicerid, teljes vizeletvizsgálat és üledék
Személyreszabott	belgyógyászati szakorvosi vizsgálat, nyugalmi EKG, hasi és kismedencei áttekintő ultrahang vizsgálat, mellkas röntgen (egyirányú), laboratóriumi vizsgálatok: teljes vércép, vércukor, koleszterin, LDL-koleszterin, HDL-koleszterin, triglicerid, GPT, GOT, GGT, bilirubin, húgysav, kreatinin, karbamid, kálium, nátrium, teljes vizeletvizsgálat és üledék; nőgyógyászati szűrővizsgálat vagy urológiai szűrővizsgálat, fogászati szűrővizsgálat (csak Budapesten)

Kórházi csomag

Kockázat	Éves limit / Biztosítási összeg
Műtéti költségek	3 000 000 Ft (éves limit)
Műtéti térítés	750 000 Ft (biztosítási összeg)
Kórházi extra költségek	3 000 000 Ft (éves limit)
Egyéb költségek	75 000 Ft (éves limit)

Hope Plusz (rosszindulatú daganatos betegségek bekövetkezése esetére)

Ezüst csomag	Egyszeri kifizetés: 1 000 000 Ft Járadék 18 hónapig: 50 000 Ft/hó
Arany csomag	Egyszeri kifizetés: 3 000 000 Ft Járadék 18 hónapig: 150 000 Ft/hó



Mire nem terjed ki a biztosítás?

Nem finanszírozza a biztosító az orvosi ellátás költségeit:

- ✗ külföldön működő szolgáltatóknál,
- ✗ sürgősségi ellátást,
- ✗ amely az olyan betegség miatt vált szükségessé, amely betegség már a biztosítás megkötése előtt is fennállt (krónikus betegségek),
- ✗ foglalkozás-egészségügyi ellátásokra,
- ✗ ha azok a reprodukciós képességgel kapcsolatosak (meddőség kivizsgálása, annak befolyásolására irányuló beavatkozások),
- ✗ nem orvosi indok miatti terhességmegszakítás esetén,
- ✗ az esztétikai célú plasztikai műtétek esetén,
- ✗ fogászati ellátásokat,
- ✗ pszichiátriai, pszichológiai, onkológiai, reumatológiai, rehabilitációs terápia-sorozatok, gondozás.

A tételes felsorolást a biztosítási feltételek tartalmazzák.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

- ! életkori: 70 éven felüli biztosítottakra nem köthető
- ! szűrővizsgálatokra kiegészítő csomag megvásárlásával vehető csak igénybe
- ! terhesgondozásra külön megállapodással lehet kiterjeszteni
- ! nem minden alapcsomag kombinálható minden kiegészítővel
- ! nincs lehetőség fedezet-feltöltésre, ha év közben elfogy a keret
- ! a Hope Plusz kiegészítő nem választható olyanok számára, akiknek volt már/van rosszindulatú daganatos betegsége.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A biztosítás kizárólag a magyarországi szolgáltatóknál igénybevett ellátásokat fedezi.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

A szerződőt, illetve a biztosítottat:

- a szerződés kezdetekor közlési kötelezettség,
- a szerződés tartama alatt díjfizetési, változás-bejelentési, kármegelőzési kötelezettség,
- kár esetén felvilágosítási és információ-adási kötelezettség terheli.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

A szerződés éves díja fizethető havi, negyedéves és féléves részletekben is. A biztosított fluktuáció követése miatt célszerű a havi díjfizetés. A biztosítás első díját a szerződés megkötésekor kell megfizetni, a folytatólagos biztosítási díj a díjfizetési ütem szerint, előre esedékes.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A biztosító kockázatviselése a szerződés aláírását követő hónap első napján kezdődik, amennyiben a díjat a szerződő a biztosító számlájára befizette.

A biztosító kockázatviselése egy biztosított vonatkozásában az alábbi esetekben szűnik meg:

- a biztosított halálának napján
- ha a szerződő bejelenti a biztosítónak, hogy a biztosított kilépett
- a szerződés megszűnésekor (ennek eseteit a feltétel részletezi).



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

A szerződés megszűnhet:

- a szerződésben meghatározott tartam elteltével
- ha az évforduló előtt 30 nappal bármelyik fél jelzi a felmondási igényét
- díjfizetés elmulasztása esetén
- a szerződő jogutód nélküli megszűnése esetén.