UNION
VIENNA INSURANCE GROUP

PrivateMed Next egészségbiztosítás

Általános Biztosítási Feltételek

UNION
VIENNA INSURANCE GROUP

PrivateMed Next egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételek

Tartalomjegyzék

Általános Biztosítási Feltételek	**3**
1. Fogalmak	3
2. A biztosítási szerződés alanyai	6
3. A biztosítási szerződés létrejötte	6
4. A biztosítási szerződés módosulásának szabályai	7
5. A biztosítás tartama	8
6. A biztosító kockázatviselése	8
7. Várakozási idő	8
8. A szerződés megszűnésének esetei	8
9. A biztosítási díj	8
10. A biztosítási díj módosulása	9
11. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei	9
12. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	9
13. Biztosítási esemény	10
14. A biztosító mentesülése	10
15. Kizárt kockázatok	10
16. Biztosítási szolgáltatás igénybevétele	13
17. Fedezetfeltöltés	14
18. Reaktiválás, visszavásárlás, díjmentesítés, kölcsön	14
19. A nem fogyasztói egészségbiztosítási szerződésekre vonatkozó speciális szabályok	14
20. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól, ill. a Ptk. Rendelkezéseitől	15
21. A kiegészítő biztosításokra vonatkozó speciális szabályok	16
22. A személyes adatok kezelésére és a titokvédelemre vonatkozó tudnivalók	16
23. Jognyilatkozatok	17
24. Elévülés	17
25. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve	17
26. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok	17
27. Vitás kérdések rendezése	17
28. Egyebek	18
29. Egyéb rendelkezések	18
30. A biztosító ellátásszervező partnere	18

UNION
VIENNA INSURANCE GROUP

PrivateMed Next egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételek

Jelen Biztosítási Feltételek (a továbbiakban: Biztosítási Feltételek) az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. PrivateMed Next egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek.

Jelen Általános Biztosítási Feltételekben, valamint a Különös illetve Kiegészítő Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyféltájékoztató elemei, továbbá a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben foglaltaktól és/vagy az általános szerződéskötési gyakorlattól eltérő feltételek **vastag betűkkel** szedettek.

1. Fogalmak

1.1. **Alapbiztosítási csomag:** olyan, a PrivateMed Next egészségbiztosítás Szolgáltatási limitek című dokumentumban meghatározott alap szolgáltatási csomag, amely kötelezően választandó, és amelyhez kiegészítő biztosítás köthető.

1.2. **Alapellátás:** 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.

1.3. **Ambuláns műtét:** járóbeteg ellátás keretében végzett diagnosztikus és/vagy terápiás sebészi jellegű tevékenység, amely után a beteg fekvőbeteg intézeti ellátást nem igényel, a beavatkozást követően szükséges és elegendő megfigyelés után otthonába bocsátható.

1.4. **Járóbeteg-szakellátás:** a biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett vizsgálat, ambuláns műtét, ideértve a távkonzultációt, a terhesgondozást, a nem konvencionális tevékenységeket és a házivizit szolgáltatást is.

1.5. **Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel/ biztosítóval nem kötött szerződést.

1.6. **Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést kötött.

1.7. **Baleset:** a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső erőbehatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.

1.8. **Beavatkozás:** orvos által végzett megelőző, diagnosztikus vagy terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.

1.9. **Betegirányítás:** az ellátásszervezőnek az a tevékenysége, amelynek révén a biztosítottak hozzájutnak a számukra szükséges egészségügyi szolgáltatásokhoz, úgy, hogy elkerülik a felesleges ellátásokat és a túlhasználatot.

1.10. **Biztosító:** jogi személy, amely a biztosítási ajánlat elfogadása után a Biztosítási Feltételekben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási eseményekre, a Különös és a Kiegészítő Biztosítási Feltételekben leírtak szerint, az ott meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

1.11. **Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.

1.12. **Biztosítási évforduló:** a biztosítás kockázatviselési kezdetének évenkénti fordulónapja.

1.13. **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön feltéve, hogy az általa tett nyilatkozattal elfogadja a jelen egészségbiztosítási szerződés feltételeit, és hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen. Biztosított lehet magánszemély szerződő esetében a szerződővel egy háztartásban élő, a Ptk. 8:1.§ (1) bekezdésének 1. pontjában meghatározott közeli hozzátartozói.

1.14. **Biztosítotti nyilatkozat:** az a dokumentum, amelylyel a biztosított hozzájárul a szerződés hatályának rá történő kiterjesztéséhez.

1.15. **Biztosítási esemény:** olyan esemény, amelyet a biztosító a Különös és Kiegészítő Biztosítási Feltételekben biztosítási eseményként határoz meg és amelynek bekövetkezése esetén a biztosító ezen feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.

1.16. **Betegség:** Az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza az életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét.

1.17. **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 Biztosítási Feltételek alapján létrejövő szerződésben több – név szerint meghatározott – biztosítotti csoport képezhető. Csoportképző objektív szempont lehet a biztosítottak és a szerződő között fennálló jogviszony, egyéb kapcsolat, valamely szervezethez tartozás. Egy biztosítotti csoportba azok a biztosítottak sorolhatók, akik azonos biztosítási szolgáltatásra jogosultak. Az ajánlattételkor a szerződő köteles a biztosítotti csoportokat egyértelműen meghatározni.

1.18. **Díjtétel:** A fizetendő biztosítási díj meghatározása során a biztosító több tényezőt is figyelembe vesz, ezen tényezők egyike a díjtétel.
A díjtétel egy adott korsávban egy adott szolgáltatásra/szolgáltatás csomagra vonatkozó díjat jelenti, a kedvezmények, illetve kockázatsúlyosbító tételek nélkül.
A díjtétel nem azonos a fizetendő biztosítási díjjal, hanem annak meghatározásához alkalmazott tényező.

1.19. **Egészségügyi dokumentáció:**
A biztosított vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó irat. Az egészségügyi dokumentáció tartalmi követelményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény határozza meg és úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát és a beavatkozás/vizsgálat indokoltságát.
Az egészségügyi dokumentációban minimálisan fel kell tüntetni:
– 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 szövődményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
– az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
– orvosi pecsét számát.

1.20. **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
a) a munkára, illetőleg a szakmára vagy egyéb, jogszabály által előírt orvosi alkalmasság szükségessége miatt végzett vizsgálatoknak,
b) a keresőképességnek,
c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.

1.21. **Egészségügyi ellátás:** a biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.

1.22. **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 gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.

1.23. **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.

1.24. **Egészségügyi kockázatelbírálás:** a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja.

1.25. **Egynapos sebészet:** Az egynapos sebészeti ellátás olyan, a kórházi fekvőbeteg ellátást kiváltó, a jogszabályban* meghatározott tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet az ilyen típusú ellátás elvégzésére hatósági engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató végez el a vonatkozó jogszabály és az orvosi szakvélemény szerint az ilyen típusú ellátásra alkalmas betegen.
A beavatkozást követő 36 órán belüli megfigyelés után a beteg a saját lábán, kísérővel hagyhatja el az egészségügyi intézményt.

1.26. **Ellátásszervező:** Egészségügyi szolgáltatás szervezésére és (7/24 órában elérhető) telefonos egészségügyi tanácsadó call center üzemeltetését kiszervezett biztosítási tevékenység keretében végző (a Különös Biztosítási Feltételek 2. számú mellékletében rögzített) gazdasági társaság.
Az ellátásszervező társaságról, elérhetőségéről vagy annak módosulásáról a biztosító – módosítás esetén a változást megelőző 30. napig – honlapján ad tájékoztatást.

1.27. **Elektroterápia:** a fizikoterápia egyik fajtája, az elektromos áramot használja célzott izom-stimulációra.

1.28. **Előzménybetegség:** a biztosítás tartama alatt fellépő tünettel, betegséggel egyértelműen összefüggő tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállt, ha ennek ténye egészségügyi dokumentumban rögzítésre kerül, vagy amelyet a kockázatviselés kezdete előtt szakorvos diagnosztizált, vagy amelynek gyanúja dokumentáltan felmerült a kockázatviselés kezdetét megelőzően.

1.29. **Éves szolgáltatási limit:** a biztosító jelen szerződés vonatkozásában a PrivateMed Next egyes – a Különös és Kiegészítő Feltételekben meghatározott – szolgáltatásaira vonatkozóan a teljesítendő szolgáltatási összegekre éves összeghatárt állapít meg, melynek mértékét a Szolgáltatási limitek nyomtatvány tartalmazza. Az éves szolgáltatási limit a biztosítási év vonatkozásában kerül megállapításra, az adott biztosítási év során bejelentett biztosítási igényekre. Az éves szolgáltatási limit felhasználása utána a biztosító adott biztosítási évben nem szolgáltat a biztosított számára.

1.30. **Fogyasztó:** fogyasztónak minősül az a természetes személy, aki szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül jár el.

1.31. **Gondozás:** folyamatos egészségügyi ellátás, melynek célja az egészséges állapot vagy a tünetmentesség fenntartása, a rehabilitáció támogatása.

1.32. **Gyógymasszázs:** a fizioterápia egyik típusa, amelyet szakirányú végzettséggel rendelkező szakember végez.

1.33. **Gyógytorna:** a fizioterápia egyik típusa. Pontos kivizsgálás után, meghatározott cél elérésére összeállított gyakorlatok sora, amely adekvátan illeszkedő ingersorozattal hoz létre funkciójavulást, és amelyet gyógytornász diplomával rendelkező szakember nyújt.

1.34. **Házivizit:** a páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén, Budapesten és közigazgatási határától számított 20 km-es körzetében – az ellátásszervezőnél telefonon bejelentett, intézményi ellátást nem igénylő, nem közvetlen életveszély elhárítását igénylő sürgősségi esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás, mely során az ellátásszervező a biztosítotthoz ügyeleti ellátást nyújtó orvost küld.

1.35. **Implantátum:** a testbe, szervezetbe beépített protézis.

1.36. **Jogfolytonosság**: Az újrakötött biztosítás nem jogfolytonos. Jogfolytonos lehet az előzményvizsgálat és várakozási idő szempontjából az a biztosítási szerződés, amelyben foglalt kockázatok vonatkozásában a szerződő a biztosítónál rendelkezett előzményszerződéssel. A biztosító a kockázatelbírálás során dönt abban a kérdésben, hogy a biztosítást jogfolytonosnak ismeri el vagy sem.
Az újrakötött biztosítás kockázatviselési kezdetét követően új belépőként fedezetbe vont biztosítottak vonatkozásában a biztosítás nem jogfolytonos.

1.37. **Kedvezményezett:** a szolgáltatások igénybevételére jogosult személy, aki a PrivateMed Next Általános, Különös és Kiegészítő Feltételei vonatkozásában azonos a biztosítottal.

1.38. **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.

1.39. **Kiegészítő biztosítás:** olyan biztosítási csomag, amely önállóan nem, csak valamely alap biztosítási csomaggal együtt köthető.

1.40. **Kockázatviselés kezdete**: az a nap, amikor a biztosító kockázatviselése megkezdődik. A tényleges igénybevétel kezdetét a várakozási idő (1.53.) módosíthatja.

1.41. **Kontrollvizsgálat:** Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a kezelésnek a beteg állapotának megfelelő (változtatását célzó) vizsgálatot érti.

1.42. **Kórház:** a szakmai felügyeletek által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és megfelelő intézményi kóddal rendelkezik. **Nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, nappali kórházak, pszichiátriai intézetek, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, alkohol- és kábítószer elvonó intézetek, hospice tevékenységet végző intézmények, ápolási intézmények, illetve krónikus fekvőbeteg ellátást nyújtó intézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó, illetve obesitológiai és lipidológiai osztályai.**

1.43. **Költségtérítés:** a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig.

1.44. **Krónikus betegség:** hosszú ideig tartó egészségromlás, amelyre az alábbi jellemzők együttesen vagy külön-külön érvényesek:
- legalább 6 hónapja fennáll,
- a jelenlegi orvostudomány állása szerint nem gyógyítható, csak szinten tartható vagy kezelhető,
- rendszeres orvosi ellenőrzést, folyamatos gyógyszeres kezelést vagy speciális rehabilitációt igényel.

1.45. **Lökéshullám-terápia:** a fizikoterápia egyik típusa, ahol nagy erejű longitudinális hullámokat használnak a mozgásszervi panaszok kezelésére.

1.46. **Műtét:** az a fekvőbeteg-gyógyintézetben végzett betegségi vagy baleseti okú sebészeti beavatkozás, amelyet az orvosszakmai szabályok megtartásával végeznek el a biztosítotton.

1.47. **Nem konvencionális tevékenységek**
Jelen Biztosítási Feltételek vonatkozásában Nem konvencionális tevékenységeknek nevezzük a **11/1997. (V. 28.) NM rendelet 1. sz. mellékletében** meghatározott, **csak Magyarországon érvényes működési engedéllyel rendelkező orvos által végezhető** tevékenységeket, mint a Manuálterápiás eljárásokat, a Hagyományos kínai orvoslást és a Neurálterápiás módszereket, továbbá minden egyéb olyan nem-konvencionális eljárást vagy módszert, amelyek képzésére orvostudományi egyetem tanfolyamot és vizsgát szervez vagy ilyen tanfolyamot és vizsgát akkreditál.

1.48. **Orvosi javaslat:** háziorvosi, szakorvosi képesítéssel rendelkező egészségügyi szakember által kiállított, orvosi pecsétszámmal ellátott egészségügyi dokumentum, amely a beteg panaszai hátterében álló betegség feltárása, egészségének megőrzése vagy helyreállítása érdekében elvégzendő vizsgálatok, beavatkozások vagy kezelési terv leírását tartalmazza. Az orvosi javaslathoz kötött szolgáltatások esetén a biztosító az adott szolgáltatással kapcsolatban benyújtott első orvosi javaslat alapján szolgáltat, és nem vesz figyelembe ugyanazon eseményre (orvosi vizitre, diagnosztikai vizsgálatra, sebészeti beavatkozásra) vonatkozóan, de későbbi időpontban kiállított, módosított dokumentumokat.

1.49. **Önrész:** Az önrész az egészségügyi szolgáltatás árának az a része, amelyet az önrészes alapbiztosítási csomaggal rendelkező biztosított az időpontfoglalást közvetlenül megelőzően köteles megfizetni. Az ellátásszervezőnél megfizetett önrészről az ellátásszervező a biztosított nevére szóló önrész-átvételi bizonylatot állít ki.
Utólagos térítés esetén a biztosított nevére szóló számla összegéből kerül levonásra, és az ellátásszervező a számla önrésszel csökkentett részét utalja el a biztosítottnak. A biztosító kizárólag az egészségügyi szolgáltatás költségének az önrészt meghaladó részét téríti meg. Amennyiben az igénybevett egészségügyi szolgáltatás költsége kevesebb, mint a már kifizetett önrész, a biztosító az ellátás tényleges költsége és a befizetett önrész különbözetét visszafizeti a szolgáltató számlájának ellátásszervezőhöz történő beérkezését követően. A biztosítottat terhelő önrész mértéke a PrivateMed Next Különös Biztosítási Feltételek Szolgáltatási limitek mellékletében kerül meghatározásra.

1.50. **Protézis:** baleset, betegség vagy veleszületett eltérés okozta végtag/testrész hiány, diszfunkció pótlására szolgáló művi eszköz.

1.51. **Sürgős szükségből eredő ellátás:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülhet, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedhet, vagy amely az orvos-szakma szabályai szerint a beteg 24 órán belüli egészségügyi ellátását teszi szükségessé.

1.52. **Szerződő:** az a természetes személy vagy fogyasztónak nem minősülő személy/gazdálkodó szervezet (továbbiakban: jogi személy), aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.

1.53. **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.

1.54. **Távkonzultáció:**
Nem személyes orvos-beteg találkozás útján megvalósuló járóbeteg-ellátás. A konzultáció létrejöhet telefonos, online platformon keresztül vagy video-konzultáció formájában a vonatkozó orvosszakmai szabályok betartásával, melyről egészségügyi dokumentáció készül.

1.55. **Ultrahang-terápia:** a fizikoterápia egyik típusa. Ultrahang-hullámokat használ a mozgásszervi panaszok enyhítésére.

1.56. **Utólagos térítés**: a biztosított utólagos térítési igényt nyújthat be, ha
a) olyan szolgáltatónál kívánja az ellátást igénybe venni, amely nem szerződött az ellátásszervezővel, vagy
b) az igényelt szolgáltatás nem érhető el a biztosító szerződött partnereinél, vagy
c) az éves szolgáltatási limit 90%-a már felhasználásra került
d) a szolgáltatás csak utólagos térítés formájában vehető igénybe.

Az a) és c) pontban felsorolt esetekben kizárólag olyan mértékig terjed a térítés, amennyibe az adott ellátás az ellátásszervező által ajánlott, szerződött szolgáltatónál került volna. Az ellátásszervező az utólagos térítési igény bejelentését követően, de a szolgáltatás igénybevételét megelőzően az ügyfél kérésére tájékoztatást ad, hogy mi az elfogadható szolgáltatási díj.

A térítés egyik feltétele, hogy a biztosított az ellátási igényt előzetesen bejelentse az ellátásszervezőnél. A biztosító saját hatáskörben eltekinthet az előzetes bejelentési kötelezettségtől. Ebben az esetben a biztosítási éven túl, de az adott biztosítási évet érintő szolgáltatás vonatkozásában az adott biztosítási év limitje terhére történik a szolgáltatás elszámolása.

Az utólagos térítési igény elbírálása az ellátást követően a szükséges dokumentumok alapján történik. A jóváhagyott szolgáltatás kapcsán téríthető összeget a biztosító csak utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg.

A biztosító a szűrővizsgálatok kapcsán nem nyújt lehetőséget utólagos térítésre.

1.57. **Várakozási idő:** a kockázatviselés kezdetének elhalasztása, vagy a biztosító kockázatvállalásának meghatározott ideig történő korlátozása.

1.58. **Vizsgálat:** az a tevékenység, amelynek célja a biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének megállapítása.

2. A biztosítási szerződés alanyai

2.1. **A biztosító az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**
Székhelye: 1082 Budapest, Baross u. 1.
(1380 Budapest, Pf. 1076.;
telefon: (+36-1) 486-4343)
Cégjegyzékszám: 01-10-041566
Cégbíróság neve: Fővárosi Törvényszék, mint Cégbíróság
Ügyfélszolgálat: 1134 Budapest, Váci út 33.

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

2.3. Biztosított lehet az a természetes személy, akinek életkora a szerződésbe való belépésekor legalább 6 hónap, legfeljebb 69 év.
16 év alatti biztosítottra kizárólag Kid csomag köthető.
16. életévét betöltött biztosítottra Kid csomag nem választható.

2.4. A minimális – 6 hónapos – belépési életkor feltételnek történő megfelelését a biztosító a következőképpen számítja: csatlakozás dátuma (év.hónap.nap) mínusz születési dátum (év.hónap.nap). Egyéb esetekben: csatlakozás éve mínusz születési év.

2.5. A biztosító a biztosított 16. életévének betöltését követő első biztosítási évfordulót legalább 60 nappal megelőzően írásban értesíti a szerződőt a Kid csomagban lévő biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet megszűnéséről.

2.6. A biztosító szolgáltatására a biztosított jogosult (kedvezményezett).

3. A biztosítási szerződés létrejötte

3.1. A szerződés megkötésére irányuló ajánlatot írásban, a szerződő fél teszi.

3.2. A szerződő az ajánlatához – annak megtételétől számított – 15 napig, egészségi vizsgálat esetén 60 napig kötve van.

3.3. A kockázatelbírálásra nyitva álló határidő akkor kezdődik, amikor az ajánlat a biztosító részére átadásra került. Amennyiben a szerződéskötés során függő biztosításközvetítő (ügynök, többes ügynök) járt el, az ajánlat átadásának napja az a nap, amikor a szerződő az ajánlatot aláírva a biztosításközvetítő részére átadta vagy elektronikusan aktiválta. Amennyiben a szerződéskötés során független biztosításközvetítő (alkusz) járt el, úgy az ajánlat átadásának napja az a nap, amikor az ajánlat a biztosítóhoz beérkezett.

3.4. Távértékesítés keretében kötött szerződésekre vonatkozó speciális rendelkezések
A távértékesítésre vonatkozó speciális rendelke-

zéseket azon biztosítási szerződésre kell alkalmazni, amelyet a biztosító és a **fogyasztó** köt egymással szervezett távértékesítés keretében olyan módon, hogy a szerződés megkötése érdekében a biztosító kizárólag távközlő eszközt alkalmaz. Távközlő eszköznek minősül bármely eszköz, amely alkalmas a felek távollétében – a szerződés megkötése érdekében – szerződési nyilatkozat megtételére.

A fogyasztó jogosult a távértékesítés keretében kötött biztosítási szerződést a szerződéskötés napjától számított 14 napon belül indoklás nélkül azonnali hatállyal felmondani. A felmondási jog határidőben érvényesített, ha a fogyasztó az erre vonatkozó nyilatkozatát a határidő lejárta előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon a biztosítóval közli. A biztosítási szerződés azon a napon szűnik meg, amikor az írásbeli felmondó nyilatkozat a biztosítóhoz beérkezik. Amennyiben a fogyasztó a felmondási jogát gyakorolta, a biztosító kizárólag a szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás arányos ellenértékét jogosult követelni. A fogyasztó által fizetett összeg nem haladhatja meg a már teljesített szolgáltatásért – a szerződésben meghatározott szolgáltatás egészéhez viszonyítottan – arányosan járó összeget, és nem lehet olyan mértékű, hogy szankciónak minősüljön. A biztosító köteles a díjnak a teljesített szolgáltatás vagy a kockázatviselés idejével arányos ellenértékét meghaladó részt a felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően, de legkésőbb 30 napon belül a fogyasztó részére visszatéríteni.

3.5. Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (kötvényt) állít ki. A szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre.

3.6. 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.

3.7. Ha a biztosító az ajánlatot annak beérkezésétől számított 15, egészségi vizsgálat esetén 60 napon belül (kockázatelbírálási idő) írásban visszautasítja, a szerződés nem jön létre. Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles indokolni. Ha a szerződő fél **fogyasztó** és a kockázatelbírálási 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.

3.8. 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 űrlapján és a díjszabásnak megfelelően tették meg. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal, a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér jelen Biztosítási Feltételektől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a jelen Biztosítási 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 napra írásban felmondhatja.

3.9. Amennyiben a szerződő fogyasztó, és a szerződő illetve a biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

3.10. A biztosító jogosult az ajánlattételkor a biztosítás első díjának beszedésére.

3.11. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírálást végezhet, melyhez a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát is kérheti. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni.

3.12. **A szerződéskötés különös szabályai**

3.12.1. 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.

3.12.2. Ha a biztosított kiskorú, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.

3.12.3. Amennyiben a biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.

4. A biztosítási szerződés módosulásának szabályai

4.1. 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 igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen.

4.2. Amennyiben a szerződő a módosító javaslatot a 4.1. pont szerinti tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul. A módosító javaslat

szerződő általi elutasítása nem adhat alapot a szerződés biztosító általi felmondására.

5. A biztosítás tartama

5.1. A szerződés határozott, 1 év tartamra jön létre. Amennyiben a tartam lejártát megelőzően 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja írásban a másik felet arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik.

5.2. A biztosítási szerződés kezdete – eltérő megállapodás hiányában – a biztosítási ajánlat aláírását követő hónap első napjának 0 órája.

6. A biztosító kockázatviselése

6.1. **A biztosító kockázatviselésének kezdete – eltérő megállapodás hiányában – a biztosítási ajánlat aláírását követő hónap első napjának 0 órája**, feltéve, hogy a szerződő a biztosítás első díját a biztosítónak megfizette.

6.2. A biztosítási fedezet új biztosítottra való kiterjesztése esetén a biztosító adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselésének kezdete – eltérő megállapodás hiányában – **az új biztosított – jelen Biztosítási Feltétel 12.1.2. pontja szerinti – biztosítottként történő bejelentését követő hónap első napjának 0 órája**, feltéve, hogy a biztosító az új biztosítottra vonatkozó bejelentést nem utasította vissza, és a szerződő a vonatkozó biztosítási díjat a biztosítónak megfizette.

6.3. A biztosító egyes biztosítottakra vonatkozó **kockázatviselése** – eltérő megállapodás hiányában – az alábbi esetekben **megszűnik**:

a) a biztosított halála esetén a halál napjával,
b) amennyiben a biztosítotti hozzájáruló nyilatkozatát visszavonta, a visszavonás bejelentésének biztosítóhoz való beérkezése hónapjának utolsó napjával,
c) amennyiben a biztosított betöltötte a 70. életévét, annak betöltését követő első évfordulóval,
d) Kid csomaggal rendelkező biztosított esetén a 16. életév betöltését követő első biztosítási évfordulón a 2.5. pont szerint,
e) a biztosított szerződővel fennálló jogviszonya, vagy egyéb kapcsolata megszűnése esetén, annak szerződő általi bejelentésének biztosítóhoz való beérkezése hónapjának utolsó napjával,
f) amennyiben a biztosítottra vonatkozó biztosítási díj nem került megfizetésre, a díjjal fedezett időszak végével,
g) a biztosítási szerződés megszűntekor,
h) a Különös és a Kiegészítő Biztosítási Feltételekben szabályozott egyéb esetekben.

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 valamennyi fél által ismert volt, a felek legfeljebb három évi várakozási időt köthetnek ki.

7.3. A biztosítási fedezet új biztosítottra való kiterjesztése esetén a biztosító által kikötött várakozási idő tartama az új biztosítottra a 6.2. pontban foglalt időponthoz képest kerül alkalmazásra.

8. A szerződés megszűnésének esetei

8.1. A biztosítási szerződés megszűnik az alábbi esetekben:

a) Meghosszabbítás hiányában a határozott tartam utolsó napjának 24. órájával.
b) A szerződő természetes személy halálával, a halál hónapjának utolsó napjával, amennyiben a biztosított nem lép be a szerződésbe.
c) A szerződő jogi személy jogutód nélküli megszűnésével, a megszűnés napjával.
d) Díjnemfizetés miatt a 11.1. pontban foglaltak szerint.
e) Amennyiben a biztosítottak száma nullára csökken, az utolsó biztosított kilépése hónapjának utolsó napján. Éves elszámolású szerződés esetén az évfordulón szűnik meg a szerződés.

8.2. Amennyiben a szerződő fogyasztó, úgy a biztosított a szerződés megszűnte esetén jogosult a szerződésbe belépni.

8.3. A szerződő köteles tájékoztatni a biztosítottakat a biztosítási fedezet megszűnéséről.

9. A biztosítási díj

9.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melynek megfizetésére a szerződő köteles. A szerződő az általa megfizetett díjat áthárithatja a biztosítottra.

9.2. A biztosítási díjat a szerződő minden egyes biztosított után köteles megfizetni.

9.3. A biztosítási díj az alapbiztosítás és a hozzá kötött kiegészítő biztosítások díjának együttes összege.

9.4. A biztosítási díjat a biztosító egy biztosítási évre határozza meg. A biztosítási díj fizethető éves, féléves, negyedéves vagy havi részletekben.

9.5. A 8.1. e) pontban részletezett biztosítotti jogviszony megszűntekor, abban az esetben, ha a limit kimerült a megszűnés időpontjára, a biztosító a teljes éves díjra jogosult a Ptk. 6:448. § (díjfizetési kötelezettség a szerződés megszűnése esetén) (1) pontja alapján.

9.6. A biztosító az ajánlattételkor megadott biztosítotti létszámtól függő díjkedvezményt adhat. A tartam során bekövetkező létszámváltozások ennek a kedvezménynek a mértékét nem befolyásolják.

9.7. Nem fogyasztó szerződő esetén az egy biztosítottra eső biztosítási díjat a biztosító az adott biztosítotti csoport átlagéletkora alapján határozza meg. Fogyasztó szerződő esetén a biztosító a biztosított belépéskori életkora alapján határozza meg az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat.

9.8. **A biztosítás első díja – eltérő megállapodás hiányában – az ajánlat aláírásakor esedékes. Minden folytatólagos díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik.** A szerződő a biztosítás első díjának megfizetésére az első

adatszolgáltatást követően – a biztosító által kiállított számla ellenében, az ott megjelölt fizetési határidőben – köteles.

9.9. A biztosítási díj az ügyfél által az ajánlattétel során megadott módon teljesítendő, amely módosítható a biztosító által mindenkor elérhetővé tett valamely más díjfizetési módra.

10. A biztosítási díj módosulása

10.1. A biztosítás díja módosulhat az alábbi okokból kifolyólag:
a) A magánegészségügyi szolgáltatói díjak változása miatt.
b) A kártapasztalat előre nem látható romlása miatt.

10.2. A biztosítási díj változása a magánegészségügyi szolgáltatói díjak változása miatt.
A biztosítási szolgáltatások értékállósága érdekében a biztosító minden biztosítási évfordulón értékkövetést alkalmaz az alábbiak szerint:

10.2.1. A biztosító minden év február 1. napján határozza meg a szolgáltatói árindexet és teszi közzé honlapján.

10.2.2. A biztosító által meghatározott árindex a magyar magánegészségügyi szolgáltatói árak éves átlagos növekedését hivatott tükrözni.

10.2.3. A szolgáltatói árindex számításánál a biztosító a szerződött magánegészségügyi szolgáltatók index hatálybalépését megelőző két naptári évre vonatkozó árait veszi figyelembe.

10.2.4. A szolgáltatói árindex számításánál a biztosító az általa finanszírozott egészségügyi szolgáltatás típusok díjait előre meghatározott arányban veszi figyelembe.

10.2.5. A biztosító a szolgáltatói árindex számításánál a szolgáltatói árak és a kárgyakoriság várható jövőbeli növekedését is figyelembe veszi.

10.2.6. A biztosító jogosult a fentiek szerinti szolgáltatói árindex mértékétől +/- 5%-kal eltérő mértékben módosítani a biztosítási díjat és szolgáltatási limitet a szolgáltatás tárgyához kapcsolódó mikro- és makrogazdasági várakozásokra is figyelemmel.

10.2.7. Amennyiben a biztosító a 10.2.6. pontban leírtak szerint megemeli a biztosítási díjat, ezzel egyidejűleg értékkövetés céljából megemeli a csomagok biztosítási szolgáltatásainak aktuális limitjét, kivéve a darab limittel rendelkező szolgáltatásokat és a szublimiteket.

10.2.8. A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 50 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt a díjmódosulásról és a szolgáltatási limit emelkedésről. Amennyiben a szerződő a módosult díjról és limitről az évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a biztosító a módosult díjat és limitet tekinti érvényesnek. Amennyiben a szerződő a módosult díjat és limitet a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal írásban elutasítja, a biztosítási szerződés a biztosítási évfordulón megszűnik.

10.2.9. A biztosító jogosult az általa meghatározott, a díjemelés alapjául szolgáló szolgáltatói árindex helyett valamely hatóság, szakmai fórum vagy testület által hivatalosan publikált szolgáltatói árindexet alkalmazni.

10.3. A biztosítási díj változása a kártapasztalat előre nem látható romlása miatt.

10.3.1. A biztosító a biztosítási évfordulón módosíthatja a biztosítási díjat, amennyiben a kockázatközösség védelme érdekében ez szükséges, és a kártapasztalat előre nem látható romlása ezt indokolja.

10.3.2. Amennyiben a biztosító a 10.3.1. pontban leírtak szerint megemeli a biztosítási díjat, a szolgáltatási limitek változatlanul maradnak.

10.3.3. A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 50 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt a díjmódosulásról. Amennyiben a szerződő a módosult díjról az évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a biztosító a módosult díjat tekinti érvényesnek. Amennyiben a szerződő a módosult díjat a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal írásban elutasítja, a biztosítási szerződés a biztosítási évfordulón megszűnik.

11. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei

11.1. 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 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.

11.2. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a díjesedékességet követő 30. napig áll fenn. Amennyiben a biztosítás az esedékesség napjára visszamenőleg szűnik meg, és az ezt követő 30 napban még történt szolgáltatási igénybejelentés, amelyet a biztosító teljesített, ezen teljesített szolgáltatások költségének a megfizetését a biztosító utólag a szerződőtől kérheti.

11.3. Ha az esedékes díjnak csak egy része került megfizetésre, és a biztosító a 11.1. pontban foglaltak szerint a szerződőt eredménytelenül hívta fel a díjkülönbözet megfizetésére, a szerződés a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.

11.4. A biztosítási díj fizetésének szüneteltetésére nincs lehetőség.

12. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

12.1. A szerződő joga és kötelezettsége

12.1.1. Közlési kötelezettség: A szerződő és a biztosított a szerződés létrejöttekor köteles a kockázat elvállalása szempontjából minden lényeges körülményt közölni a biztosítóval, illetve a biztosítás tartama alatt a szerződésben meghatározott lényeges körülmények tekintetében változásbejelentési kötelezettséggel tartozik, melyet nyomtatott vagy elektronikus formában kell megtenni.

12.1.2. A szerződő a biztosítottakról adatot szolgáltat a biztosító részére, amennyiben a biztosítottak személye tekintetében változás állt be, a biztosító által meghatározott módon és adattartalommal.

12.1.3. A szerződő biztosítási évfordulón jogosult módosítani az általa egy adott biztosítottnak vagy biztosítotti csoportnak választott alap szolgáltatási csomagokon oly módon, hogy a biztosító által meghatározott alap szolgáltatási csomagok közül egy másik szolgáltatási csomagot választ. A

módosítási igényt biztosítási évforduló előtt 30 nappal írásban kell jeleznie a biztosító felé.

12.1.4. A szerződő havi gyakorisággal javaslatot tehet új biztosított megjelölésére (belépő biztosított), illetve biztosítási védelem megszüntetésére az általa meghatározott biztosítottak vonatkozásában (kilépő biztosított).

12.1.5 Amennyiben egy biztosított biztosítotti jogviszonya megszűnik, ugyanabba a biztosítási szerződésbe visszaléptetni csak a következő biztosítási évfordulótól lehet. Az új biztosítotti jogviszonyára vonatkozó várakozási idő ez esetben érvénybe lép.

12.2. A biztosító joga és kötelezettsége

12.2.1. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírálást végezhet, melyhez kérheti a szerződő tárgyévet megelőző évre vonatkozó nyilatkozatát a biztosítottak saját jogú, egy főre jutó táppénzes napjainak átlaga tekintetében, kérheti továbbá a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni és további kérdéseket feltenni a kockázatvállaláshoz.

12.2.2. Amennyiben a biztosítottnak a szerződéskötés idején fennálló tényleges egészségi állapota, életviteli szokásai nem felelnek meg a kockázatelbírálás 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.

12.2.3. 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.

12.2.4. A közlési kötelezettség megsértése ellenére is beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződéskötéstől a biztosítási esemény bekövetkeztéig már 5 év eltelt.

12.2.5. A 12.2.3. és 12.2.4. pontok rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló 5 éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

12.2.6. 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.

12.2.7. A biztosító kockázatelbírálási és kárrendezési szerveivel szemben a biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel.

12.3. A biztosított belépése a szerződésbe

Amennyiben a szerződő fogyasztó, úgy a biztosított, amennyiben a szerződést nem ő kötötte, a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe bármikor – mint szerződő – beléphet; a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges.

A belépéssel a szerződőt megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége átszáll a biztosítottra.

Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjért a biztosított a szerződővel egyetemlegesen felelős. A szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződőnek a szerződésre fordított költségeit ideértve a biztosítási díjat is megtéríteni.

13. Biztosítási esemény

13.1. Biztosítási esemény a szerződésben meghatározott kockázatokra vonatkozó Különös illetve a Kiegészítő Biztosítási Feltételekben rögzített biztosítási esemény bekövetkezése.

13.2. Halmozott biztosítási esemény: egy szerződésen belül, egy eseményből eredően, több biztosított személlyel kapcsolatban következik be a Különös és Kiegészítő Feltételekben rögzített biztosítási események valamelyike. **A halmozott biztosítási esemény bekövetkeztekor legfeljebb a halmozott biztosítási összeg kerül kifizetésre, melynek nagysága a szerződésben kerül meghatározásra, de legfeljebb 100 000 000 Ft lehet egy biztosítási szerződés vonatkozásában.**

14. A biztosító mentesülése

14.1. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be.

14.2. A biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással:

a) a szerződő fél vagy a biztosított;

b) a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.

14.3. A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni. Súlyosan gondatlannak minősülhet különösen:

a) ha a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetileg a biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltságával okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt

b) a biztosítási esemény kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében következett be kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták

c) amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezéséért felelős személy engedélyhez kötött tevékenységet ennek hiányában folytatott és ezzel összefüggésben okozta a kárt.

14.4. Fenti szabályokat a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

15. Kizárt kockázatok

15.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményben vagy

más háborús cselekményben valamely fél mellett történő aktív részvétellel vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. Jelen Biztosítási Feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, idegen ország határozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény. (A kommandó támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.

15.2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be.

15.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény a biztosított alkoholos állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következett be.

15.4. Nem szolgáltat a biztosító az olyan esetekben, amikor a biztosítási esemény az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba) miatt következik be.

15.5. A biztosító nem téríti az olyan kezeléseket, amelyek egészségügyi ellátás, orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt válnak szükségessé.

15.6. Nem biztosítási esemény az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény, továbbá a 3 hónapnál régebben kiállított orvosi javaslat alapján igényelt ellátás, kivéve a Különös Biztosítási Feltételben felsorolt szakorvosi vizsgálatokat.

15.7. Nem biztosítási esemény az ellátás iránti igény, ha az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét vagy pecsétszámát.

15.8. Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amelynek az igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül, azaz nem az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően történt.

15.9. Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett baleset/meglévő betegség vagy állapot következtében válik szükségessé (Előzménybetegség), kivéve a járóbeteg szakellátást és a diagnosztikai vizsgálatokat.

15.10. Nem biztosítási esemény az olyan ellátási igény, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül válik szükségessé, vagy amellyel kapcsolatban a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül orvoshoz fordult.

15.11. Nem szolgáltat a biztosító a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó igény esetén, amennyiben a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakorvos állítja ki. A háziorvos/nem a feltételezett diagnózisnak megfelelő szakterület szakorvosa által kiállított javaslatot/beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat.

15.12. A biztosító nem viseli a kockázatot az alábbiakra:

a) sürgős szükségből eredő ellátásra,
b) az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységre, különösen a sportorvosi alkalmassági engedély, a szárazföldi, vízi-, légijármű vezetéséhez szükséges jogosítványhoz vagy jogszabály által előírt orvosi alkalmassági engedélyhez szükséges vizsgálatokra, látleletekre,
c) katasztrófa miatti ellátásra,
d) járványügyi érdekből végzett ellátásokra, ideértve teszteket, diagnosztikai vizsgálatokat, panasz nélküli szűrővizsgálatokat, védőoltások beadását, oltóanyag költségét,
e) tüdőgyógyászati gondozásra,
f) addiktológiai gondozásra,
g) pszichológiai konzultációkra,
h) dietetikai konzultációkra,
i) foglalkozás-egészségügyi szakellátásra, háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátásra,
j) akupunktúrás kezelésre,
k) alternatív gyógyászati eljárásokra, orvosi javaslatra sem, kivéve, ha a biztosított olyan alapcsomaggal rendelkezik, amely a Szolgáltatási limitek dokumentumban leírtak szerint kiterjed nem konvencionális tevékenységek térítésére,
l) semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra, illetve semmilyen fogászati kezelésre, valamint a fogászati betegségekhez kapcsolódó, azok szövődményeként kialakuló betegségek miatt szükségessé váló ellátásra, beleértve a szájsebészeti beavatkozásokat, illetve semmilyen fogászati kezelésre, ideértve a gnatológiai ellátásokat is,
m) a következő lézeres kezelésre, beavatkozásra: körömgomba eltávolítása, látásjavító beavatkozás, intimlézer, horkolásgátló,
n) geriátriai kezelésre, gondozásra,
o) szemlencse beültetésre, ideértve a szürkehályog műtétet is,
p) dialízis kezelésre,
q) az alsó végtagi visszérbetegség bármilyen – injekciós, lézeres, stb. – kezelésére,
r) az alábbi kórokozók által okozott betegség diagnózisának felállítását követően szükségessé váló gondozásra, kezelésre:
   – Treponema pallidum (syphilis)
   – Neisseria gonorrhoeae
   – Chlamydia trachomatis
   – Ureaplasma urealyticum
   – Mycoplasma hominis/genitalium
   – Herpes simplex vírus 1,2
   – Trichomonas vaginalis
   – Haemophilus ducreyi (ulcus molle, lágyfekély)
   – Calymmatobacterium granulomatis (Granuloma inguinale, donovanosis)
s) a reprodukciós képesség – termékenység, fogamzóképesség – kapcsán végzett vizsgálatokra, beavatkozásokra,

t) genetikai vizsgálatokra,
u) étel-intolerancia vizsgálatokra (ideértve az IgG típusú ételintolerancia és ételallergia teszteket; FOOD tesztet; DAO-tesztet; laktóz, fruktóz, szorbit vizsgálatokat) továbbá a cöliákia vizsgálatra és a laktulóz vizsgálatra,
v) pszichiátriai kezelésre, gondozásra, kivéve a diagnózis felállítást megelőző első konzultációt,
w) gyógypedagógiai kezelésre,
x) fizio- és mozgásterápiás kezelésre (kivéve, ha a biztosított rendelkezik Move kiegészítő biztosítási csomaggal),
y) a biztosító nem térít injekció-terápiára és injekció-terápiás sorozatra (ideértve az ízületekbe porcregenerációs céllal beadott, és egyéb állapotfenntartó vagy állapotjavító injekciókat vagy injekció-sorozatokat is), kivéve a kizárólag helyi, akut fájdalom csillapítás céljából beadott injekciót, továbbá a nem konvencionális tevékenységek keretében beadott injekciót,
z) intenzív betegellátásra,
aa) onkológiai kezelésre,
bb) semmilyen infúziós és kúraszerű kezelésre, ide értve a PRP (sajátvér) kezelést és a GUNA terápiát is, kivéve az akut fájdalomcsillapítás céljából egy alkalommal beadott infúziót,
cc) Hepatitis C betegek gondozására,
dd) aneszteziológiai ellátásra, kivéve az ambuláns, egynapos sebészeti ellátás, illetve nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok vonatkozásában szükségessé váló aneszteziológiai ellátást,
ee) a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatos ellátásra, ide értve a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket,
ff) a terhességgel, szüléssel és a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve amennyiben a szülés várható ideje későbbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap. Amennyiben a szülés várható ideje későbbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap, a biztosító a Járóbeteg-szakellátás keretén belül magánszemély szerződő esetén 2 darab, jogi személy szerződő esetén 4 darab nőgyógyászati vizsgálatot ultrahanggal (a magzat, méhlepény paramétereit, élettani funkciókat vizsgáló 2D ultrahang) fedez egészséges terhesgondozás indikációval.
gg) fogamzásgátlással, meddőséggel, művi megtermékenyítéssel összefüggő ellátási igényekre,
hh) művi terhesség megszakítással kapcsolatos ellátási igényekre, kivéve, ha a terhesség az anya életét veszélyezteti vagy a magzat egészségi állapota ezt indokolttá teszi,
ii) esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés kapcsán és annak esetleges következményeként felmerülő ellátási igényekre, kivéve a kockázatviselési tartam alatt bekövetkezett betegség vagy baleset következtében szükségessé váló rekonstrukciós beavatkozásokat és az ezekhez kapcsolódó vizsgálatokat,
jj) a biztosított diagnosztizált HIV-fertőzésével vagy ezzel okozati összefüggésben felmerülő ellátási igényekre,
kk) az alábbi műtétekre:
– gyomor bypass műtétre,
– gyomorgyűrű műtétre,
– sleeve műtétre,
– orrpolip eltávolításra,
– orrkagyló műtétre,
– orrsövény műtétre,
– szemhéjplasztikára,
ll) a Magyarországon elfogadott és általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátásokra,
mm) széklet genomikai tesztre (mikrobiom vizsgálatára),
nn) daganatok immunterápiájának megtervezését, végrehajtását célzó ellátási igényekre,
oo) a jelen pontban felsorolt kizárt eseményekhez kapcsolódó ellátások sem minősülnek biztosítási eseménynek,
pp) genetikai teszt eredménye alapján valószínűsíthetően bekövetkező betegség prevenciós műtéti megoldásaira és további vizsgálataira,
qq) a kockázatviselés kezdete előtt behelyezett implantátum szavatosságának letelte miatt szükségessé váló cseréjére,
rr) a nemi jelleg megváltoztatásával összefüggő ellátásokra,
ss) szív- és érrendszeri megbetegedések gondozására,
tt) endokrinológiai gondozásra (pl. pajzsmirigy betegségek, cukorháztartás zavarai),
uu) szűrés céljából végzett HPV vizsgálatra,
vv) testösszetétel mérésre,
ww) semmilyen gyógyszerre, gyógyhatású készítményre, étrendkiegészítőre, kötszerre, orvostechnikai vagy egyéb eszközre,
xx) gyógyászati segédeszközre, kivéve a Műtéti kiegészítő csomag részét képező gyógyászati segédeszközöket,
yy) neurodevelopmentális zavarok, neurodivergencia körébe tartozó pszichológiai/pszichiátriai/szomatikus rendellenességek (pl. ADHD, autizmus, szenzoros feldolgozási zavar, stb.) kivizsgálására és kezelésére.

15.13. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a nem Magyarországon végzett vizsgálatokra, ellátásokra, Egynapos és ambuláns műtétekre, kivétel ez alól a kiegészítő Műtéti csomag Műtéti térítés kockázata.

15.14. A biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár kifizetésével a biztosító sértené az Egyesült Nemzetek Szervezetének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést vagy rendeletet, vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság, illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit (amennyiben ezek nem sértik a biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).

15.15. A biztosító mindenkor jogosult a biztosítási feltételek teljesülését vizsgálni. Nem ad jogalapot a szolgáltatás nyújtására egy esetleges korábbi szolgáltatás.

16. Biztosítási szolgáltatás igénybevétele

16.1. Azon biztosítási szolgáltatások vonatkozásában, amelyek az egészségügyi ellátás megszervezését és finanszírozását foglalják magukba, az alábbiak szerint kell eljárni:

16.1.1. A biztosított telefonon vagy online bejelenti az ellátásszervezőnek az ellátásra vonatkozó igényét, megjelölve az ellátás indokát, a felmerült egészségi panaszt.

16.1.2. Az ellátásszervező online időpontfoglaló felülete napi 24 órában elérhető. Az ellátási igények munkanapon történő telefonos bejelentési idejére vonatkozóan az ellátásszervező honlapja ad tájékoztatást (https://globalassistance.hu).

16.1.3. A telefonbeszélgetések, online megkeresések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.

16.1.4. A szolgáltatási igény elbírálásához az ellátásszervező kérhet:
- orvosi javaslatot
- a panasszal, előzménybetegséggel összefüggő korábbi egészségügyi dokumentumokat.

16.1.5. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a biztosított a szolgáltatási igény elbírálásához, a szolgáltatási kötelezettség beálltának és összegszerűségének megállapításához szükséges adatokat és dokumentumokat maradéktalanul a biztosító/ellátásszervező rendelkezésére bocsátotta. Amennyiben a benyújtott dokumentumok hiányosak, nem tartalmazzák a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges információkat, s annak hiányait a biztosított nem pótolja, a biztosító/ellátásszervező a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló iratok alapján bírálja el. Amennyiben az ellátásszervező jogosnak ítéli a biztosított ellátási igényét, a bejelentést és a bejelentéshez szükséges összes orvosi javaslat, korábbi egészségügyi dokumentum ellátásszervezőhöz való beérkezését követő 5 munkanapon – szűrővizsgálat és Egynapos sebészeti ellátás szervezése esetén 30 napon – belül megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és a szakorvos között. Az ellátás helyszínéről és időpontjáról telefonon vagy e-mail-ben tájékoztatja a biztosítottat. Az ellátásszervező rendelkezésére álló határidő az időpontok lefoglalására és a biztosított erre vonatkozó tájékoztatására vonatkozik, nem az ellátás lebonyolítására.

A biztosító csak magyar és angol nyelvű dokumentumokat fogad el. Ezektől eltérő, egyéb idegen nyelvű dokumentum esetén a biztosító/ellátásszervező kérheti az idegen nyelvű dokumentum magyar nyelvű hiteles fordításának benyújtását. Ennek költségét, valamint az igénybejelentéshez benyújtandó dokumentumok kapcsán felmerülő költséget a biztosított viseli.

16.1.6. Amennyiben a szakorvos további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban és helyszínen veheti igénybe a biztosított, amennyiben az ellátást az ellátásszervező is indokoltnak ítéli és a biztosított még nem használta el az adott ellátás típusra vonatkozó éves szolgáltatási limitjét.

16.1.7. Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit a rendelkezésre álló éves limit erejéig megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak. A biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, a biztosított ellátására vonatkozó Egészségügyi dokumentáció, melyet a szolgáltató küld meg az ellátásszervező részére.

16.1.8. Amennyiben a biztosított adott ellátásra vonatkozó éves limitjéből rendelkezésre álló összeg nem fedezi az igényelt ellátás költségét, vagy az adott biztosítási évben a biztosított az ellátásra vonatkozó, forintban meghatározott limit 90%-át már felhasználta, a biztosító csak oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.

16.1.9. **A Különös Biztosítási Feltételek 1.1.7. pontja szerinti terhesgondozás szolgáltatás igénybevétele esetén és, ha a biztosított olyan szolgáltatónál kívánja az ellátást igénybe venni, amely nem szerződött az ellátásszervezővel vagy az igényelt szolgáltatás nem érhető el a biztosító szerződött partnereinél, a biztosító csak utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a szolgáltatás díját a biztosítottnak, feltéve, hogy az ellátásra az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően került sor, és kizárólag olyan mértékig, amennyibe az adott ellátás az ellátásszervező által ajánlott szerződött szolgáltatónál került volna.** Ennek az összegnek a mértékéről a szolgáltatás igénylésekor az ellátásszervezőtől tájékozódhat a biztosított. A biztosító saját hatáskörben eltekinthet az előzetes bejelentési kötelezettségtől. Ebben az esetben a biztosítási éven túl, de az adott biztosítási évet érintő szolgáltatás vonatkozásában az adott biztosítási év limitje terhére történik a szolgáltatás elszámolása.

Az ellátásszervező által nyújtott tájékoztatás előzetes tájékoztatás, nem minősül a biztosító általi kötelezettségvállalásnak. A biztosító fenntartja a jogot, hogy az ellátást követően beküldött egészségügyi dokumentáció birtokában elutasítsa az igényt, ha az nem felel meg az Általános, Különös vagy Kiegészítő Feltételekben leírtaknak.

A biztosító a szűrővizsgálatok kapcsán nem nyújt lehetőséget utólagos térítésre.

16.1.10. A biztosító utólagos, számla ellenében történő teljesítéséhez az alábbi dokumentumok benyújtása szükséges:

a) az ellátást végző egészségügyi szolgáltató által a biztosított nevére kiállított eredeti számla vagy annak szkennelt vagy lefotózott változata; Amennyiben az utólagos térítésre benyújtott, magyar szolgáltató számlája nem forintban került kiállításra, a térítés forintban történik a számlán lévő teljesítés napján hatályos MNB közép árfolyamon számítva.

b) egészségpénztár nevére kiállított számlát nem térít a biztosító,

c) az ellátásról szóló dokumentumok másolata,

d) minden olyan irat, lelet, orvosi dokumentum, amely a jogosultság megítéléséhez szükséges és amely megfelel a jelen Biztosítási Feltételek 1. pontjában leírtaknak,

e) a biztosított magyarországi pénzintézetnél vezetett forint bankszámlaszáma, ahova a térítést kéri.

16.1.11. A dokumentumokat a biztosító ellátásszervező partnere részére kell megküldeni az ellátást követő legfeljebb 30 napon belül az ellátásszervező elektronikus kommunikációs csatornáinak egyikén (e-mailben vagy a regisztrációt követően a weboldalon).

A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy az ellátást alátámasztó dokumentumokat szükség esetén eredetiben, papír alapon is bekérje.

Az utólagos térítésre az 16.1.10. pontban leírtak figyelembe vételével legkésőbb a 16.1.11. pontban meghatározott dokumentumok hiánytalan beérkezését követő 15 napon belül kerül sor.

16.1.12. A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani, legkésőbb a vizsgálat napját megelőző harmadik munkanap 18 óráig – ahol a 0. nap a vizsgálat napja –**, az ellátásszervezőnél.**

16.1.13. Amennyiben a biztosított a leszervezett vizsgálat napját megelőző harmadik munkanap 18 óra után mondja le vagy módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban, vagy olyan állapotban érkezik, hogy a vizsgálat nem kivitelezhető, illetve nem az ellátásszervezőnél mondja le vagy módosítja az időpontot, a biztosító nem téríti vissza a már megfizetett önrészt, valamint csökkenti a biztosított rendelkezésére álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitét a tervezett ellátás költségével, limitmentes kockázatok esetén pedig a biztosított ugyanezen beavatkozás megszervezésére legkorábban 3 hónap elteltével válik ismét jogosulttá.

Szűrővizsgálati csomag vagy annak egyes elemének igénybevételére megszervezett időpont napját megelőző harmadik munkanap 18 óra után történő lemondása, módosítása, a vizsgálaton meg nem jelenés, a vizsgálat elvégzésére nem alkalmas megjelenés, vagy nem az ellátásszervezőnél történt lemondás esetén a biztosító a szűrőcsomag vizsgálatait felhasználtnak tekinti, tehát azt igénybevenni abban a biztosítási évben már nincs módja a biztosítottnak.

16.2. A biztosító ellátásszervező partnere betegirányítási tevékenységet végez. Ennek keretében az ellátás indokoltságát az ellátásszervező jogosult felülbírálni az alábbiak szerint:

Háziorvosi beutalóval rendelkező vagy beutalóval egyáltalán nem rendelkező, de a PrivateMed Next Általános és Különös biztosítási feltételek szerint beutalóköteles ellátást igénylő biztosítottak ellátási igényének megalapozottságát az ellátásszervező orvosszakmai szempontból elbírálja. Ennek eredményeképpen jóváhagyhatja vagy elutasíthatja az ellátási igényt vagy alternatív ellátási javaslatot tesz a biztosított felé.

16.3. Egyéb biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a szolgáltatás igénybevételének folyamatát a Különös és a Kiegészítő Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

17. Fedezetfeltöltés

Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.

18. A PrivateMed Next egészségbiztosítás nem reaktiválható, nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, kölcsönnel nem terhelhető.

19. A nem fogyasztói egészségbiztosítási szerződésekre vonatkozó speciális szabályok

19.1. A biztosítási fedezetnek az egyes biztosítottakra való kiterjesztéséhez – amennyiben a felek ettől eltérően nem állapodnak meg – a biztosított írásbeli hozzájárulása (biztosítotti nyilatkozat) szükséges. A biztosítotti nyilatkozat a szerződés részét képezi. A biztosítotti nyilatkozatot a szerződő köteles megőrizni, s a biztosító kérésére azt a biztosító rendelkezésére bocsátani. A biztosítottnak a nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A biztosított a szerződés megkötéséhez, illetőleg a biztosítotti jogviszonya létesítéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja.

19.2. Biztosítotti nyilatkozat hiányában a szerződő köteles – helyben szokásos módon – a biztosítottak személyes adatainak a biztosító általi kezelésére vonatkozóan írásbeli hozzájárulását beszerezni.

19.3. A biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges.

19.4. A biztosító a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díját biztosítotti csoportonként határozza meg. Egy biztosítotti csoporton belül a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díja azonos. Az egyes biztosítotti csoportok díjának megállapításánál a biztosító figyelembe veszi az adott biztosítotti csoport létszámát, átlagéletkorát, foglalkozását/tevékenységét és a választott biztosítási fedezeteket.

19.5. A biztosító a kockázatelbírálást csoportszinten is végezheti.

19.6. A biztosítási díj megfizetésének szabályai

19.6.1. Jogi személy szerződő esetén a biztosítási szerződés éves elszámolású, kivéve, ha a felek ettől eltérően állapodnak meg.

19.6.2. Az éves elszámolás azt jelenti, hogy a szerződő a biztosítási év kezdetekor megállapított átalánydíjat fizeti a díjfizetési gyakoriságnak megfelelően a biztosítási év során.

19.6.3. A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy ha a biztosítotti létszámváltozás egy biztosítási éven belül bármikor meghaladja a biztosítási év kezdetén érvényes biztosítotti nyitó létszám 20%-át, a 20%-os limit átlépésének napjától a biztosítás 19.6.2. pont szerinti átalánydíját egyoldalúan módosíthatja. Az új átalánydíj a szerződőt a 20%-os limit átlépésének napjától terheli, de csak a következő díjfizetési gyakoriságtól köteles megfizetni. Az új átalánydíj hatályba lépését követően a 20%-os limit alapját az új átalánydíj meghatározásához figyelembe vett létszám képezi.

19.6.4. A biztosító az éves elszámoláshoz létszám tole-

ranciát határoz meg. A létszám tolerancia mértéke a biztosítási év kezdetén érvényes nyitó létszámtól függ az alábbiak szerint:

Nyitó létszám	Létszám tolerancia mértéke
1-50 fő	10%
51-250 fő	5%
250 fő felett	2,5%

19.6.5. A biztosítási év végén a biztosító a havonként küldött biztosítotti létszám változásait figyelembevéve elkészíti az éves elszámolást.
Meghatározza az adott biztosítási évben az év során megfizetett átalánydíj alapjául figyelembe vett biztosítottak nyitó létszámát (a).
Meghatározza az adott biztosítási évben a szerződő adatközlése alapján a biztosítottak havi átlagos létszámát (b).
Meghatározza e kettő eltérésének relatív értékét, azaz a változás százalékos arányát:
((b-a)/a) x 100
Ha ez utóbbi meghaladja a 19.6.4. pontban meghatározott tolerancia mértékét, akkor a biztosító meghatározza az adott biztosítási évre vonatkozó díjat az adott biztosítási év tényleges biztosítotti létszáma alapján és számviteli bizonylatot állít ki a szerződő által megfizetett átalánydíj és az adott biztosítási évre a tényleges létszám alapján vonatkozó díj különbözetéről.
Amennyiben a létszámváltozás a 19.6.4. pontban meghatározott tolerancia mértéken belül marad, nem érvényesíti a biztosító a különbözetet.

19.7. Kárhányad alapú díjvisszatérítés

19.7.1. Amennyiben a szerződő jogi személy, a biztosító kárhányad alapú díjvisszatérítést nyújt, feltéve, hogy az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:
a) Adott biztosítási évben a havi átlagos biztosítotti létszám (az adott biztosítási év egyes hónapjaiban érvényes tényleges biztosítotti létszám összege/12) legalább 20 fő volt,
b) A díjvisszatérítés először egy teljes biztosítási év, azaz 12 hónap eltelte után esedékes.
c) A biztosítási évre vonatkozó kárhányad nem haladja meg a 20%-ot.

19.7.2. A díjvisszatérítés mértéke a kárhányad függvényében a következő:
a) Ha a kárhányad nem nagyobb mint 10%, akkor a díjvisszatérítés az elszámolással érintett biztosítási évre befizetett éves díj 5%-a,
b) Ha a kárhányad nagyobb mint 10%, de nem haladja meg a 20%-ot, akkor a díjvisszatérítés az elszámolással érintett biztosítási évre befizetett éves díj 2,5%-a.

19.7.3. A kárhányad definíciója: az elszámolással érintett biztosítási évben a szerződés biztosítottjaira figyelembe vett kárráfordítás és az elszámolással érintett biztosítási évre vonatkozó biztosítási díj hányadosa.
A kárráfordítás az alábbi mennyiségek összege: adott biztosítási év kárkifizetései; a szerződésre képezett kártartalékok biztosítási év végi valamint év eleji értékének különbsége.

19.7.4. A felek rögzítik, hogy a díjvisszatérítést a biztosító beszámítja a következő biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjba, kivéve, ha a szerződő írásban nem jelzi a bankszámla szám megjelölésével, hogy a díjvisszatérítés visszautalását kéri.

19.8.

19.8.1. A Biztosító biztosítási évfordulóra egyoldalúan is jogosult módosítani a biztosítási feltételeket az alábbi esetekben:
- amennyiben jogszabályi módosulás, a Magyar Nemzeti Bank, mint felügyeleti szerv által megfogalmazott megállapítás, ajánlás, kötelezés, Pénzügyi Békéltető Testület, bíróság vagy más hatóság által megfogalmazott megállapítás ezt szükségessé teszi
- amennyiben a biztosító ellátásszervezővel kötött szerződése vagy a biztosító ellátásszervező partnere módosul és ezáltal a biztosítási szolgáltatás változatlan feltételekkel már nem nyújtható
- amennyiben a kockázatközösség védelme ezt indokolja
- annak érdekében, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechnika és orvostudomány fejlődésével
- amennyiben ügyfélpanaszok, illetve panasznak nem minősülő ügyfél visszajelzések alapján megállapítható, hogy a biztosítási feltételek értelmezésének megkönnyítése érdekében a szöveg pontosítása indokolt.

19.8.2. A biztosító a biztosítási feltételek alábbi pontjait jogosult egyoldalúan módostani:
- fogalom meghatározás, illetve a meghatározott fogalmak listája
- a biztosítási események leírása
- a biztosító szolgáltatása
- a biztosító szolgáltatásának feltételei
- a biztosítási csomagok tartalma
- a biztosítási limitek és szublimitek
- a szolgáltatás igénybevételének folyamata
- az önrész meghatározásának módja és az önrész mértéke.

19.8.3. A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 50 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt a feltétel módosulásról.
Amennyiben a szerződő a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem jelzi a módosítás elutasítását, a biztosító a módosítást elfogadottnak tekinti és a biztosítási szerződés a biztosítási évforduló napjától a módosított biztosítási feltételekkel él tovább.
Amennyiben a szerződő elutasítja a módosítást, a biztosítási szerződés a biztosítási évforduló napján 00:00 órakor megszűnik.

20. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól, ill. a Ptk. rendelkezéseitől

A PrivateMed Next egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:
- **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. (5.1. pont)**
- **Nem fogyasztói biztosítási szerződés esetén a biztosított a szerződésbe nem léphet be. (8.2. pont)**

– **Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel. (17. pont)**
– **A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított két év elteltével évül el. (24. pont)**
– **Amennyiben a biztosított kiskorú, vagy cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott, vagy cselekvőképtelen nagykorú személy a szerződés érvényességéhez a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges. (3.12.2. és 3.12.3. pontok)**
– **Nem fogyasztói szerződés esetén amennyiben a szerződő és a biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges. (19.3. pont)**
– **A biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár kifizetésével a biztosító sértené az Egyesült Nemzetek Szervezetének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést vagy rendeletet, vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság, illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit (amennyiben ezek nem sértik a biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).**
– **Szolgáltatásfinanszírozó kockázatok esetén a tényleges egészségügyi ellátást az 1.22. 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. pont)**

21. A kiegészítő biztosításokra vonatkozó speciális szabályok

21.1. Kiegészítő biztosítás önállóan nem, csak a PrivateMed Next egészségbiztosítás alapbiztosítása mellé köthető.

21.2. Kiegészítő biztosítás megköthető az alapbiztosítással egyidejűleg, vagy meglévő alapbiztosítás mellé az alapbiztosítás évfordulóján, feltéve, hogy a szerződő ez iránti igényét legkésőbb az évforduló előtti 30. napig eljuttatja a biztosítónak, a biztosító az ajánlatot elfogadja és az alapbiztosítás az évforduló után díjfizetéssel érvényben marad.

21.3. A kiegészítő biztosítás kezdete – amennyiben azt az alapbiztosítással egyidejűleg kötötték – megegyezik az alapbiztosítás kezdetével.

21.4. A kiegészítő biztosítás kezdete, amennyiben azt az alapbiztosítás tartama alatt kötötték az alapbiztosítás évfordulójának napjával megegyező nap.

21.5. A szerződőt a kiegészítő biztosítás kezdetének napjától terheli a díjfizetés kötelezettsége.

21.6. A kiegészítő biztosítás 21.3. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapbiztosítás kockázatviselésének kezdetével. A kiegészítő biztosítás 21.4. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapbiztosítás biztosítási évfordulójának napjával.

21.7. A kiegészítő biztosítás tartama

A kiegészítő biztosítás tartama 1 év, amely automatikusan meghosszabbodik minden következő biztosítási évre, de legfeljebb az alapbiztosítás tartamának végéig, amennyiben a szerződő a vonatkozó biztosítási évfordulót megelőző 30. napig írásban nem jelzi, hogy a kiegészítő biztosítást nem kívánja meghosszabbítani.

21.8. A kiegészítő biztosítás díja

21.8.1. A kiegészítő biztosítás díját a biztosító egy biztosítási évre határozza meg. A biztosítási díj fizethető éves, féléves, negyedéves vagy havi részletekben.

21.8.2. A biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő.

21.8.3. Adott biztosítottra vonatkozó biztosítási díj megállapítására a kockázatelbírálás eredményének, a biztosított életkorának és a választott biztosítási csomagnak a figyelembevételével kerül sor.

21.9. A kiegészítő biztosítás megszűnése

A kiegészítő biztosítás megszűnik a jelen Biztosítási Feltételek 8.1. pontjában foglaltak szerint.

22. A személyes adatok kezelésére és a titokvédelemre vonatkozó tudnivalók

A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat az Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a www.union.hu/adatvedelem weboldalon is elérhető. A biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosultak megismerni mindazon személyek vagy szervezetek, akikkel szemben a biztosítónak a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége a Bit. rendelkezései szerint nem áll fenn. Ezen szervezetek listáját az Adatkezelési tájékoztató 1. sz. Függeléke tartalmazza. A biztosító az adatkezelések során adatfeldolgozókat, illetve kiszervezett tevékenységet végző szolgáltatókat vesz igénybe erre irányuló szolgáltatási szerződések keretében. A biztosító adatfeldolgozói a biztosítási tevékenységről szóló 2014. LXXXVIII. törvény vonatkozó rendelkezései alapján kiszervezett tevékenység keretében végzik tevékenységüket, amelynek során a személyes adatokat a biztosító, mint adatkezelő megbízásából és utasításai szerint kezelik az adatvédelmi előírások betartása mellett. Az adatfeldolgozók és a viszontbiztosítók listája, valamint a mindenkor hatályos Adatkezelési tájékoztató az union.hu/adatvedelem weboldalon érhető el. Az Adatkezelési tájékoztató tartalma és az adatfeldolgozó partnerek, viszontbiztosítók listája a jogszabályi változások és a biztosító által kötött vagy a jövőben kötendő partneri szerződé-

sektől függően változhat. A biztosítónak bármikor jogában áll az Adatkezelési tájékoztatót egyoldalúan és külön értesítés nélkül módosítani. A mindenkor hatályos Adatkezelési tájékoztató jelen Feltételek, és így a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezi.

23. Jognyilatkozatok

23.1. 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.

23.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat postai vagy elektronikus úton, írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett.

24. Elévülés

Szolgáltatási igény a biztosítási esemény bekövetkeztétől, egyéb igények esetén annak esedékességétől számított két év elteltével elévül.

25. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve

25.1. A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

25.2. A kapcsolattartás módja:
A szerződő/biztosított az alábbi lehetőségek valamelyikét veheti igénybe a biztosítóval való kommunikációja során:
- telefonon
- személyesen (Ügyfélszolgálat)
- írásban (postai vagy elektronikus úton).

26. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok

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

27. Vitás kérdések rendezése

27.1. 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.
A biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviseleti szervek a biztosító, az általa alkalmazott vagy megbízott ügynök vagy – adott termék kapcsán – általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, elektronikus levélben) közölhesse.

27.2. A panasz bejelentésének módjai
1. Szóbeli panasz bejelentése:
a) személyesen:
A panaszok szóbeli, személyesen történő bejelentésére:
- **Társaságunk Központi Ügyfélszolgálati Irodáján, annak nyitvatartási idejében biztosítunk lehetőséget. A Központi Ügyfélszolgálati Iroda címe: 1134 Budapest Váci út 33. (Dózsa György út – Váci út sarok),**
- **vagy a fővároson kívül a területi értékesítési irodáink irodavezetőinél. A területi értékesítési irodáink elérhetősége megtalálható honlapunkon, a www.union.hu oldalon.**

b) telefonon:
Panaszát bejelentheti Társaságunk telefonos ügyfélszolgálatán keresztül is hívásfogadási időben a (+36-1) 486-4343-as telefonszámon.

2. Írásbeli panasz:
a) személyesen vagy meghatalmazott által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján;
b) postai úton (1380 Budapest, Pf. 1076);
c) elektronikus levélben az ugyfelszolgalat@union.hu e-mail címen.

A Magyar Nemzeti Bank által panaszbejelentésre használt formanyomtatvány elérhető társaságunk honlapján, valamint a Magyar Nemzeti Bank honlapján az alábbi linken:
www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz

27.3. A biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja és szükség szerint orvosolja. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a biztosító jegyzőkönyvet vesz fel. Ha a panaszt tevő a panasz kezelésével nem ért egyet, a biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel. A jegyzőkönyv egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a biztosító a panaszosnak átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén a panaszra adott válasszal együtt, de legkésőbb 25 napon belül a panaszosnak megküldi. Ebben az esetben a biztosító a panaszra adott, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi a panaszt tevőnek.

27.4. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi az ügyfélnek.

27.5. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a szerződőhöz érkezik be, a szerződő a biztosítottakat a biztosítóhoz irányítja.

27.6. A biztosító felügyeleti szerve:
Magyar Nemzeti Bank
székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt.55.;
ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
ügyfélszolgálati telefonszáma:
(+36-80) 203-776
e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu
honlap: www.mnb.hu/web/felugyelet

27.7. Amennyiben a fogyasztó biztosítóhoz benyújtott panasza
- elutasításra került, vagy
- nem a biztosítási törvényben előírtak szerint került kivizsgálásra, vagy

– annak kapcsán a biztosító válaszából a biztosítási törvényben előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez, vagy
– kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelenül telt el, úgy

a) **a Pénzügyi Békéltető Testülethez (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén fordulhat.**
A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában az ügy érdemében
– kötelezést tartalmazó határozatot hoz, ha a kérelem megalapozott, és a biztosító a Pénzügyi Békéltető Testület döntését magára nézve kötelezőként elismerte, vagy
– ajánlást tesz, ha a kérelem megalapozott, azonban a biztosító úgy nyilatkozott, hogy a döntést kötelezésként nem ismeri el, illetve a döntés elismeréséről egyáltalán nem nyilatkozott.
A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában akkor is kötelezést tartalmazó határozatot hozhat, ha a biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de a kérelem megalapozott és a fogyasztó érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg a kétmillió forintot.
A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetősége:
levelezési címe:
1525 Budapest Pf.: 172.,
telefon: +36-80-203-776,
ügyfélszolgálat:
1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);

b) **a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központhoz fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén,**
levelezési címe: 1534 Budapest, Pf.:777,
telefon: +36-80-203-776,
ügyfélszolgálat:
1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu,

c) **a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.**

27.8. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők.

27.9. A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz fordulhat az ügyfél, amennyiben a panaszára adott válasz az adatvédelmi rendelet (GDPR) alapján az érintettet megillető jogosultságok (tájékoztatáshoz, hozzáféréshez, helyesbítéshez, korlátozáshoz, adathordozhatósághoz, tiltakozáshoz, törléshez való jog) érvényesítésének korlátozásával vagy az érintetti joggyakorlásra irányuló igény elutasításával összefüggő. Ha az érintett megítélése szerint a rá vonatkozó személyes adatok kezelése megsérti a vonatkozó jogszabályokat, jogosult a Biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez fordulni az adatvedelem@union.hu e-mail címen keresztül, vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információ- szabadság Hatósághoz is tehet bejelentést. A hatóság címe:
1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.,
levelezési címe: 1363 Budapest, Pf.: 9,
telefon: (+36-1) 391-1400;
e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

27.10. A panasz elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak nem minősülő ügyfél az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat.

28. Egyebek

Szolgáltatásfinanszírozó kockázatok esetén a tényleges egészségügyi ellátást az 1. 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.

29. Egyéb rendelkezések

29.1. A biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján (www.union.hu) teszi közzé.

29.2. Az MNB fogyasztóvédelmi honlapja, a Pénzügyi Navigátor elérhető az alábbi linken: www.mnb.hu/fogyasztovedelem.

30. A biztosító ellátásszervező partnere a Global Assistance Kft., melynek elérhetőségei a biztosító honlapján (www.union.hu) találhatóak meg. Az ellátásszervező személyének vagy elérhetőségének módosulásáról a biztosító legkésőbb a változást megelőző 30. napig honlapján közzétett hirdetményben ad tájékoztatást

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

* Jelen Biztosítási Feltételek hatályba lépésekor a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről és a 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről