

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 ügyfél-tájékoztató elemei **vastag betűvel**, míg a Ptk-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek **dőlt betűvel** szedettek.

1. Fogalmak

- 1.1. **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 (házi orvosi szolgáltatás).
- 1.2. **Ambuláns műtét:** ambuláns sebészi beavatkozás a 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.
- 1.3. **Járóbeteg-szakellátás:** a biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egy-szeri, illetve alkalmasszerű egészségügyi ellátás, ide értve az ambuláns műtétet, a távkonzultációt és a házi vizitit szolgáltatást is.
- 1.4. **Az ellátásszervezővel/biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel/ biztosítóval nem köt szerződést.
- 1.5. **Az ellátásszervezővel/biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt.
- 1.6. **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.
- 1.7. **Beavatkozás:** orvos által végzett megelőző, diagnosztikus vagy terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- 1.8. **Biztosító:** jogi személy, amely a biztosítási ajánlat elfogadása után a 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.

- 1.9. **Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- 1.10. **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.
- 1.11. **Biztosított nyilatkozat:** az a dokumentum, amellyel a biztosított hozzájárul a szerződés hatályának rá történő kiterjesztéséhez.
- 1.12. **Biztosítási esemény:** a biztosító által a Különös és Kiegészítő Biztosítási feltételekben biztosítási eseményként meghatározott esemény, amelynek bekövetkezése esetén a biztosító ezen feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.
- 1.13. **Betegség:** Az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza az életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét.
- 1.14. **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.
- 1.15. **Díjtétel:** A fizetendő biztosítási díj meghatározása során a biztosító több tényezőt is figyelembe vesz, ezen tényezők egyike a díjtétel. A díjtétel egy adott korszakban 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.
- 1.16. **Egészségügyi dokumentáció:** A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentáció tartalmazza a biztosított személyazonosító adatait, és úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát és a beavatkozás/vizsgálat indokoltságát.
 - a) Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:
 - a kórelőzményt, a kórtörténetet,
 - az első vizsgálat eredményét,
 - a diagnózist és a gyógykezelési tervet meg-

	alapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját, – az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövdményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését, – az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét, – orvosi pecsét számát.	
1.17.	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.	
1.18.	Egészségügyi ellátás: a biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.	
1.19.	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.	
1.20.	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.	
1.21.	Egészségügyi kockázatelbírálás: a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja.	
1.22.	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.	
1.23.	Ellátásszervező: olyan szervezet, amely egészségügyi szolgáltatások, betegút szervezésére van	feljogosítva. Az ellátásszervező személyéről, elérhetőségéről, vagy annak módosulásáról a biztosító – módosulás esetén a változást megelőző 30. napig – honlapján ad tájékoztatást.
1.24.	Elektroterápia: a fizioterápia egyik fajtája, az elektromos áramot használja célzott izom-stimulációra.	
1.25.	Előzménybetegség: már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, amelyet a kockázatviselés kezdetét megelőzően szakorvos diagnosztizált, vagy amelynek a gyanúja a kockázatviselés kezdetét megelőzően dokumentáltan felmerült és a kivizsgálása megkezdődött és amely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettől egyértelműen összefügg.	
1.26.	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.	
1.27.	Fogyasztó: fogyasztónak minősül az a természetes személy, aki szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül jár el.	
1.28.	Gondozás: folyamatos egészségügyi ellátás, melynek célja az egészséges állapot vagy a tünetmentesség fenntartása, a rehabilitáció támogatása.	
1.29.	Gyógymasszázs: a fizioterápia egyik típusa, amelyet szakirányú végzettséggel rendelkező szakember végez.	
1.30.	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.	
1.31.	Házivizit: a páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén, Budapesten és 20 km-es körzetében – az ellátásszervezőnél telefononon 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.	
1.32.	Implantátum: a testbe, szervezetbe beépített protézis.	
1.33.	Kedvezményezett: a szolgáltatások igénybevételeire jogosult személy, aki a PrivateMed Next Általános, Különös és Kiegészítő feltételei vonatkozásában azonos a biztosítottal.	
1.34.	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.	
1.35.	Kontrollvizsgálat: Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult ktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a keze-	

	lésnek a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.		személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése, amely alkalmas a biztosító kockázatvállalási felteteleinek meghatározására is.
1.36.	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 gondozóintézetek, 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 osztályai.	1.46.	Távkonzultáció: Nem személyes orvos-beteg találkozás útján megvalósuló járóbeteg-ellátás. A konzultáció létrejöhet telefonos vagy videokonzultáció formájában, a vonatkozó orvos-szakmai szabályok betartásával.
1.37.	Költségtérítés: a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig.	1.47.	Ultrahang-terápia: a fizioterápia egyik típusa. Ultrahang-hullámokat használ a mozgásszervi panaszok enyhítésére.
1.38.	Lökéshullám-terápia: a fizioterápia egyik típusa, ahol nagy erejű longitudinális hullámokat használnak a mozgásszervi panaszok kezelésére.	1.48.	Várározási idő: a kockázatviselés kezdetének elhalasztása, vagy a biztosító kockázatvállalásának meghatározott ideig történő korlátozása.
1.39.	Műtét: az a sebészeti beavatkozás, amely lehet betegségi vagy baleseti okú, és amelyet az orvosszakmai szabályok megtartásával végeznek el a biztosítottnál.	1.49.	Vizsgálat: az a tevékenység, amelynek célja a biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása.
1.40.	Orvosi javaslat: háziorvosi, szakorvosi képesítéssel rendelkező egészségügyi szakember által kiállított, orvosi pecsétszámmal ellátott egészségügyi dokumentum, amely a beteg panaszai háttérében álló betegség feltárása, egészségének megőrzése vagy helyreállítása érdekében elvégzendő vizsgálatok, beavatkozások vagy kezelési terv leírását tartalmazza. Az orvosi javaslatához 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. A Járóbeteg-szakellátás megszervezéséhez orvosi javaslatot adhat az ellátásszervező orvosa is, illetve jogában áll felülbírálni a biztosított által beküldött orvosi javaslatot.	2.	A biztosítási szerződés alanyai
1.41.	Önrész: Az önrész az az összeg, amelyet a biztosító az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségének térítésekor levon a térítendő összegből és amelyet a biztosított köteles megfizetni. A biztosító kizárólag az egészségügyi szolgáltatás költségének az önrészt meghaladó részét téríti meg.	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.
1.42.	Protézis: baleset, betegség vagy veleszületett eltérés okozta végtag/testrész hiány, diszfunkció pótlására szolgáló művi eszköz.	2.2.	A szerződő az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.
1.43.	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.	2.3.	Biztosított lehet az a természetes személy, akinek életkora a szerződésbe való belépésekor legalább 6 hónap, legfeljebb 69 év. 17 év alatti biztosítottra kizárólag Gyermekek csomag köthető. A belépés évében 18. életévét betöltő biztosított esetén a szerződő dönti el, hogy Gyermekek csomagot köt vagy valamelyik másik csomagot választja számára. 18. életévét betöltött biztosított Gyermekek csomag nem választható.
1.44.	Szerződő: az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.	2.4.	A biztosító szolgáltatására a biztosított jogosult (kedvezményezett).
1.45.	Szűrővizsgálat: olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes)	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.	Távértékesítés keretében kötött szerződésekre vonatkozó speciális rendelkezések A távértékesítésre vonatkozó speciális rendelkezéseket azon biztosítási szerződésre kell alkalmazni, amelyet a biztosító és a fogyasztó köt egymással szervezett távértékesítés keretében olyan módon, hogy a szerződés megkötése érde-

kében 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 felmondani. A felmondást írásban a biztosító székhelyének postai címére, fax számára kell küldeni. 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 díj arányos ellenértékét meghaladó részt a felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően, de legkésőbb 30 napon belül a fogyasztó részére visszatéríteni. 3.4. Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (kötvényt) állít ki. A szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre. 3.5. 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. 3.6. 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. 3.7. 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 viszszaemelő hatállyal, a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényege	ges 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 napra írásban felmondhatja. 3.8. Amennyiben a szerződő fogyasztó, és a szerződő illetve a biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. 3.9. A biztosító jogosult az ajánlattételkor a biztosítás első díjának beszedésére. 3.10. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázat-elbírálást végez, melyhez a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát is kérheti. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni. 3.11. A szerződéskötés különös szabályai 3.11.1. 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. 3.11.2. <i>Ha a biztosított kiskorú, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.</i> 3.11.3. <i>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.</i> 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 megfelelően. 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. 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 biztosítás és a díjfizetés 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 kockázatviselésének kezdete – eltérő megállapodás hiányában – az új biztosított – jelen feltétel 12.1.6. pontja szerinti – biztosítottként történő bejelentését követő hónap első napjának 0 órája, feltéve, hogy a biztosító az új biztosítottra vonatkozó ajánlatot 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 biztosított 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) Gyermekek csomaggal rendelkező biztosított esetén a 18. életév betöltését követő első biztosítási évfordulón, e) a biztosított szerződővel fennálló jogviszonya, vagy egyéb kapcsolata megszűnése esetén, a visszavonás bejelentésének biztosítóhoz való beérkezése hónapjának utolsó napjával, r) 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.	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 napjával, amennyiben a biztosított nem lép be a szerződésbe. c) A szerződő jogi személy jogutód nélküli megszűnésével, a megszűnés napjával. d) Díj nemfizetés miatt a 11.1. illetve 19.8. pontokban foglaltak szerint. e) Amennyiben a biztosítottak száma nullára csökken, az utolsó biztosított kilépése hónapjának utolsó napján. 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.
7. Várákozási 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 várákozási időn belül következik be – jogosult a szolgáltatást csökkenteni. A várákozási idő legfeljebb hat hónap lehet; a kikötött várákozási 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 várákozási időt köthetnek ki. 7.3. A biztosítási fedezet új biztosítottra való kiterjesztése esetén a biztosító által kikötött várákozási idő tartama az új biztosítottra a 6.2. pontban foglalt időponthoz képest kerül alkalmazásra. 7.4. Amennyiben egy biztosított biztosított jogviszonya megszűnik, de a megszűnést követő egy hónapon belül új PrivateMed Next biztosítási szerződés biztosítottja lesz, a biztosító eltekint a 15 napos várákozási időtől.	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 átháríthatja 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 biztosító az ajánlattételkor megadott biztosított létszámtól függő díjkedvezményt adhat. A tartam során bekövetkező létszámváltozások ennek a kedvezménynek a mértékét nem befolyásolják. 9.6. Nem fogyasztó szerződő esetén az egy biztosítottra eső biztosítási díjat a biztosító az adott biztosított csoport átlagéletkora alapján határozza meg. Fogyasztó szerződő esetén a biztosító a biztosított belépéskori életkora alapján határozza meg az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat. A biztosított életkorát a biztosító úgy határozza meg, hogy a belépés évéből kivonja a biztosított születési évét. 9.7. A biztosítás első díja – eltérő megállapodás hiányában – az ajánlat aláírásakor esedékes. Minden folytatódó 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. 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.

10.2.1. A biztosító által meghatározott árindex a magyar magánegészségügyi szolgáltatói árak éves átlagos növekedését hivatott tükrözni. 10.2.2. A szolgáltatói árindex számításánál a biztosító előre meghatározott magánegészségügyi szolgáltatók adott naptári évre vonatkozó átlágait veszi figyelembe. 10.2.3. A szolgáltatói árindex számításánál a biztosító előre meghatározott egészségügyi szolgáltatás típusok díjait előre meghatározott arányban veszi figyelembe. 10.2.4. A biztosító minden év február 1. napján határozza meg a szolgáltatói árindexet az előző naptári évre vonatkozóan és teszi közzé honlapján. 10.2.5. Amennyiben a magánegészségügyi szolgáltatói árak átlagos növekedése meghaladja a 10%-ot, azaz a szolgáltatói árindex eléri a 110-et, a biztosító az átlagos növekedés mértékével növeli a biztosítási díjat. 10.2.6. Amennyiben egy adott biztosítási évben a szolgáltatói árindex nem éri el a 110-et, és emiatt a biztosító a 10.1. a) pontban meghatározott okból díjat nem emel, akkor a következő biztosítási évben két naptári év szolgáltatói áremelkedését veszi figyelembe és az így számított szolgáltatói árindex mértékének megfelelő mértékű díjemelést érvényesít. 10.2.7. Amennyiben a biztosító a 10.2.5. pontban leírtak szerint megemeli a biztosítási díjat, ezzel egyidejűleg értékkövetés céljából megemeli csomagok a biztosítási szolgáltatások aktuális összegét. 10.2.8. A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 50 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt a díjmódosulásról, és az esetleges 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, azaz a vártánál 10%-kal magasabb kárgyakorosság ezt indokolja. 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 díjeselekességet 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 létrejöttékor 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. 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 biztosítottat vagy biztosított 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, illetve biztosítási védelem megszüntetésére az általa meghatározott biztosítottak vonatkozásában (kilépő biztosított). 12.1.5. Amennyiben egy biztosított biztosított jogviszonya megszűnik, ugyanabba a biztosítási szerződésbe visszaléptetni csak a következő biztosítási évfordulótól lehet. Az új biztosított jogviszonyára vonatkozó 15 napos várakozási idő ez esetben érvénybe lép. 12.2. A biztosító joga és kötelezettsége 12.2.1. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végezhet, melyhez kérheti a szerződő tárgyát megelőző évre vonatkozó nyilatkozatát a biztosítottak saját jogú, egy főre jutó táppénzes napjainak átlaga tekintetében, kérheti továbbá a
--	--

<i>biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni és további kérdéseket feltenni a kockázatvállaláshoz.</i> 12.2.2. 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. 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 kockázatbírálási és kárrendezési szerveivel szemben a biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel. 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 biztosítási 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 biztosítási összeg kifizeté-	se 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 feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határ-villongás, 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 elszennvedett ártalom miatt válnak szükségessé. 15.6. <i>Nem biztosítási esemény az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény, kivéve a Különös Biztosítási Feltételben felsorolt szakorvosi vizsgálatokat.</i> 15.7. <i>Nem biztosítási esemény az ellátás iránti igény, ha az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét vagy pecsétszámát.</i> 15.8. <i>Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amelynek az igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül, azaz nem az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően történt.</i> 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, 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: - sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából végzett ellátásra, - az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységekre, különösen a sportorvosi alkalmassági engedély, a szárazföldi, vízi-, légi jármű vezetéséhez szükséges jogosítványhoz vagy jogszabály által előírt orvosi alkalmassági engedélyhez szükséges vizsgálatokra, látletelekre, - katasztrófa miatti ellátásra, - járványügyi érdekből végzett ellátásokra, ideértve tesztek, diagnosztikai vizsgálatokat, panasz nélküli szűrővizsgálatokat, az illetékes hatóság által járványnak minősített betegségek ellátására, - tüdőgyógyászati gondozásra, - addiktológiai gondozásra, - pszichológiai konzultációkra, - dietetikai konzultációkra, - foglalkozás-egészségügyi szakellátásra, háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátásra, - akupunktúrás kezelésre, - alternatív gyógyászati eljárásokra, orvosi javaslatra sem, - semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra,	m) az alábbi lézeres kezelésekre, beavatkozásokra: körömgomba, látásjavító, intimplézer, n) geriátriai kezelésre, gondozásra, o) szemlencse beültetésre, 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 - HPV vírusok - Herpes simplex vírus 1,2 - Trichomonas vaginalis - Haemophilus ducreyi (ulcus molle, lágyfekély) - Calymmatobacterium granulomatis (Granuloma inguinale, donovanosis) s) a reprodukciós képesség – termékenység, fogamzóképeség – kapcsán végzett vizsgálatok, beavatkozásokra, t) genetikai vizsgálatokra, u) étel-intolerancia vizsgálatokra (ide értve az IgG típusú ételintolerancia teszteket; FOOD tesztet; DAO-tesztet; a cöliákia vizsgálatot; laktóz, fruktóz, szorbit vizsgálatokat) továbbá 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 mozgásszervi kiegészítő biztosítási csomaggal), y) injekció-terápiás sorozatra (ideértve az ízületekbe porcregenerációs céllal beadott injekciókat vagy injekciósorozatokat is (kivéve az első, kizárólag helyi fájdalom csillapítás céljából beadott injekciót), z) intenzív betegellátásra, - aa) onkológiai kezelésre, - bb) állapotfenntartó infúziós és kúraszerű kezelésekre, ide értve a PRP (sajátvér) kezelést és a GUNA terápiát is, - cc) Hepatitis C betegek gondozására, - dd) aneszteziológiai ellátásra, kivéve az ambuláns vagy egynapos sebészeti ellátás 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 4 darab
--	--

nőgyógyászati vizsgálatot (hagyományos UH-val –azaz nem 3D,4D,5D, genetikai UH) 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 indokoltá teszi, ii) esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés kapcsán felmerülő ellátási igényekre, kivéve a valamely 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) külföldi szolgáltatóknál végzett ellátásokra, ll) orrsövény műtétekre, mm) a Magyarországon elfogadott és általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátásokra, nn) széklet genomikai tesztre, oo) daganatok immunterápiájának megtervezését, végrehajtását célzó ellátási igényekre. 15.13. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a nem Magyarországon végzett vizsgálatokra, ellátásokra, Egnapos és ambuláns műtétekre, kivétel ez alól a kiegészítő Műtési csomag Műtési térítés kockázata és a Hope Plusz csomag szolgáltatásai. 15.14. A biztosító nem nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és / vagy a biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, vagy a következő kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül vonatkoznak a biztosítóra. Az alkalmazandó szankciók a következők: (i.) Európai Unió (EU); (ii.) Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ); (iii.) Egyesült Államok (USA) és / vagy (iv.) a Biztosítóra alkalmazandó egyéb szankciók. 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, e-mailben vagy on-line bejelenti az ellátásszervezőnek az ellátásra vonatkozó igényét, megjelölve az ellátás indokát, a felmerült egészségi panaszt. 16.1.2. Az ellátásszervező az ellátási igények telefonos fogadására munkanapokon 8-20 óra között áll rendelkezésre. 16.1.3. A telefonbeszélgetések, e-mailek, 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 összevontságának megállapításához szükséges adatokat és dokumentumokat maradéktalanul a biztosító/ellátásszervező rendelkezésére bocsátotta. 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 Egnapos sebészeti ellátás szervezése esetén 30 napon belül – megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és a szakorvos között. <i>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.</i> 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 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. Amennyiben a biztosított sürgős, de nem azonnali életmentő, a biztosító által fedezett ellátásra szorul, az ellátásszervező nyitvatartási idején kívül, úgy a szolgáltatást utólagosan téríti meg a biztosító a biztosítottnak a 16.1.10. pontban leírtak szerint. 16.1.10. Amennyiben 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 ellátásszervező tájékoztatja a biztosítottat. 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. 16.1.11. 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, egészségpénztár nevére kiállított számlát nem áll módunkban téríteni, b) az ellátásról szóló dokumentumok másolata, c) minden olyan irat, lelet, orvosi dokumentum, amely a jogosultság megítéléséhez szükséges és amely megfelel a jelen Biztosítási Feltételek 1. pontjában leírtaknak, c) biztosított bankszámlaszáma, ahova a térítést kéri. 16.1.12. A dokumentumokat a biztosító ellátásszervező partnere címére kell megküldeni az ellátást követő legfeljebb egy éven belül. 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. 16.1.13. A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani, legkésőbb két munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően, az ellátásszervezőnél. 16.1.14. Amennyiben a biztosított két munkanapon belül mondja le vagy módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban 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, kivéve, ha bizonyítja, hogy rajta kívül álló okból kifolyólag nem volt lehetősége az ellátást lemondani. Szűrővizsgálati csomag vagy annak egyes elemének igénybevételére megszervezett időpont két munkanapon belüli lemondása, módosítása vagy a vizsgálaton meg nem jelenés esetén a biztosító a szűrőcsomag vizsgálatait felhasználtnak tekinti, tehát azt igénybevenni abban a biztosítási évben már nincs módja a biztosítottnak. 16.2. A biztosító szolgáltatása kiterjed az olyan ellátások finanszírozására, amelyekre vonatkozó igény bejelentése a tartam vége előtt megtörtént, bár az ellátás igénybevételére már a tartam vége után került sor. 16.3. Egyéb biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a szolgáltatás igénybevételének folyamatát a Különös és a Kiegészítő biztosítási feltételek tartalmazzák.	17. Fedezetfeltöltés <i>Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.</i> 18. A PrivateMed Next egészségbiztosítás nem reaktíválható, nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, kölcsönrel nem terhelhető. 19. A nem fogyasztói egészségbiztosítási szerződésekre vonatkozó speciális szabályok 19.1. A jelen feltételek 3.8. pontjában foglaltaktól eltérően a biztosítási fedezet az egyes biztosítottakra való kiterjesztéséhez – amennyiben a felek ettől eltérően nem állapodnak meg – a biztosított írásbeli hozzájárulása (biztosított nyilatkozat) szükséges. A biztosított nyilatkozat a szerződés részét képezi. A biztosított 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 biztosított jogviszonya létesítéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. 19.2. <i>Biztosított nyilatkozat hiányában a szerződő köteles – helyben szokásos módon – a biztosított személyes adatainak a biztosító általi kezelésére vonatkozóan írásbeli hozzájárulását beszerezni.</i> 19.3. <i>A biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges.</i> 19.4. A biztosító a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díját biztosított csoportonként határozza meg. Egy biztosított csoporton belül a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díja azonos. Az egyes biztosított csoportok díjának megállapításánál a biztosító figyelembe veszi az adott biztosított 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 biztosított létszámváltozás egy biztosítási éven belül bármikor meghaladja a biztosítási év kezdetén érvényes biztosított nyitó létszám 20%-át, a 20%-os limit átlépésének napjától a biztosítás 19.6.2. pont szerinti átalánydíját egyoldalúan módosítsa. Az új átalánydíj a szerződő 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 toleranciát határoz meg. A létszám tolerancia mérté-
--	--

ke 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 biztosított létszám változásait figyelembe véve elkészíti az éves elszámolást. Meghatározza az adott biztosítási évben az év során megfizetett átalánydíj alapjául figyelembe vett biztosítottak havi átlagos létszámát (a). Meghatározza az adott biztosítási évben a szerződő adatközlése alapján a biztosítottak havi átlagos létszámát (b). Meghatározza e kettő eltérésének relatív értékét: (b-a)/a

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 biztosított 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:

- Adott biztosítási évben a havi átlagos biztosított létszám (az adott biztosítási év egyes hónapjaiban érvényes tényleges biztosított létszám összege/12) legalább 20 fő volt,
- A díjvisszatérítés először egy teljes biztosítási év, azaz 12 hónap eltelte után esedékes.
- A biztosítási évre vonatkozó kárhányad nem haladja meg a 30%-ot.

19.7.2. A díjvisszatérítés mértéke a kárhányad függvényében a következő:

- Ha a kárhányad nem nagyobb mint 10%, akkor a díjvisszatérítés az elszámolással érintett biztosítási évre befizetett éves díj 10%-a,
- Ha a kárhányad nagyobb mint 10%, de nem haladja meg a 30%-ot, akkor a díjvisszatérítés az elszámolással érintett biztosítási évre befizetett éves díj 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.

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. (8.1.a. 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 (3.11.2. és 3.11.3. 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 nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és / vagy a biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, vagy a következő kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül vonatkoznak a Biztosítóra (15.14. 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 alapt biztosítás kockázatviselésének kezdetével. A kiegészítő biztosítás 21.4. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapt biztosítás 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 alapt biztosítás tartamának végéig, amennyiben a szerződő a vonatkozó biztosítási évfordulóig 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 alapt biztosítás díjával együtt fizetendő. 21.8.3. Adott biztosítottra vonatkozó biztosítási díj megállapítására a kockáztelbírálás 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 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. Az adatfeldolgozók és a viszontbiztosítók listája, valamint a legfrissebb 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 szerződésektől függően változhat. 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 <i>Szolgáltatási igény a biztosítási esemény bekövetkeztétől, egyéb igények esetén annak esedékességétől számított két év elteltével elévül.</i> 25. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik. Az ügyfél a Biztosítóval az alábbi csatornákon keresztül jogosult kommunikálni: – telefonon – faxon – 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 biztosított 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. 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) telefaxon ((+36-1) 486-4390); d) 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: https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz 27.3. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi az ügyfélnek. 27.4. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a szerződőhöz érkezik be, a szerződő a biztosítottakat a biztosítóhoz irányítja. 27.5. A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600) 27.6. Amennyiben a fogyasztó Biztosítóhoz benyújtott panasz – 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 kötelezőként 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 az egymillió forintot. A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetősége: székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9., levelezési címe: 1525 Budapest BKKP Pf.: 172., telefon: +36-80-203-776, 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, e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu), c) a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. 27.7. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panasz-ügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.	28. Egyebek <i>Szolgáltatásfinanszírozó kockázatok esetén a tényleges egészségügyi ellátást az 1.20. 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.</i> <i>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.</i> 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. 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
--	---