

1. A feltételek érvényessége

Jelen feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek.

2. Fogalmak

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).

2. **Ambuláns műtét:** ambuláns sebész beavatkozáson olyan diagnosztikus és/vagy terápiás sebész jellegű tevékenységet értünk, amely után a beteg fekvőbeteg intézeti ellátást nem igényel, a beavatkozást követően szükséges és elegendő megfigyelés után otthonába bocsátható.

3. **Általános járóbeteg-szakellátás:** a biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmasszerű egészségügyi ellátás.

4. **Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel nem köt szerződést.

5. **Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt.

6. **Beavatkozás:** azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.

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

8. **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön.

9. **Biztosítási esemény:** A biztosító azon szolgáltatása, amelyre a biztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeg vagy az egészségügyi ellátás megszervezése mellett az ellátás költségeinek megfizetésére vállal kötelezettséget.

10. **Csoportos biztosítás:** A biztosítás – egy szerződésen belül – több biztosítottra, a szerződő által a biztosítási ajánlatban rögzített, objektív szempontok szerint meghatározott természetes személyek csoportjára, illetve csoportjaira vonatkozik. A jelen általános feltételek alapján létrejövő szerződésben több – név szerint meghatározott – biztosított csoport képezhető. Csoportképző objektív szempont lehet a biztosítottak és a szerződő között fennálló jogviszony, egyéb kapcsolat, valamely szervezethez tartozás. Egy biztosított csoportba azok a biztosítottak sorolhatók, akik azonos biztosítási szolgáltatásra jogosultak. Az ajánlattételkor a szerződő köteles a biztosított csoportokat egyértelműen meghatározni. A biztosított csoport név szerint nyilvántartott. A biztosítást magán-személy is megkötheti, akár egy főre vagy családra is.

11. Egészségügyi dokumentáció:

A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.

a) Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:

- a biztosított személyazonosító adatait,
- cselekvőképes biztosított esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló biztosított esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
- a kórelőzményt, a kórtörténetet,
- az első vizsgálat eredményét,
- a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődeményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
- az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
- a beteg gyógyszer-tulérzékenységére vonatkozó adatokat,
- a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,

- a biztosítottaknak (betegnek), illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
- minden olyan egyéb adatot és tény, amely a biztosított gyógyulására befolyással lehet.

b) Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:

- az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
- a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
- az ápolási dokumentációt,
- a képkeltő diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint
- a biztosított testéből kivett szövetmintákat, illetve azok szövettani eredményeit.

Több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárvélményt) kell készíteni, és azt a biztosítottnak át kell adni.

12. **Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység:** az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen

- a) a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak,
- b) a keresőképességnek,
- c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.

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

14. **Egészségügyi szolgáltatás:** az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a biztosított (beteg) vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a biztosított (beteg) vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerrel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.

15. **Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.

16. **Egynapos sebészet:** olyan tervezett beavatkozás, kisebb műtét, melyet jogszabály alapján bizonyos járóbeteg-ellátást illetve fekvőbeteg-ellátást végző intézmények végezhetnek, és amelynél – probléma nélküli esetben – a beavatkozás utáni elbocsátási idő egyetlen nap is lehet.

17. **Ellátásszervező:** az a szervezet, amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy az egészségügyi szolgáltatókkal szerződést kössön, és a biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszervezze, a szolgáltatást lebonyolítsa a biztosítottak számára.

18. **Éves szolgáltatási limit:** a biztosító a PrivateMed Pro biztosítási szerződés szolgáltatásaira éves szolgáltatási limitet alkalmaz, melynek mértékét a Szolgáltatási limitet nyomtatvány tartalmazza.

19. **Előzménybetegség:** a biztosítás megkötése előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettel összefügg.

20. **Fekvőbeteg szakellátó:** a jelen biztosítás szempontjából **nem minősülnek fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóknak** a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebeteg gyógy- és gondozóintézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.

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

22. **Felvizit:** Éjjel-nappal a páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén, Budapesten és 20 km-es körzetében – az ellátásszervezőnél telefonon bejelentett sürgősségi esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás, mely során az ellátásszervező a biztosítottat ügyeleti ellátást nyújtó orvost küld.

23. Kezelőorvos: a biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak. 24. Kockázatbírálás: a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja. 25. Költségterítés: a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig. 26. Orvosi javaslat: az orvosi javaslatához kötött szolgáltatások esetén a biztosító az adott szolgáltatással kapcsolatban először benyújtott orvosi javaslat alapján szolgáltat. Újra kiállított, javított orvosi javaslatokat nem vesz figyelembe. 27. Speciális járóbeteg-szakellátás: olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel. 28. Sürgős szükségből eredő ellátás: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. 29. Szűrővizsgálat: olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése, amely alkalmas, a biztosító kockázatvállalási feltételének meghatározására is. 30. Várakozási idő: a kockázatviselés kezdetének szerződéses elhalasztását jelenti. Az egyes kockázatokra vonatkozó várakozási időt a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák. Ha a szerződésben a felek várakozási időt kötöttek ki, és a biztosítási esemény a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott okból és az ott meghatározott időtartam alatt következik be, akkor a biztosító teljesítése részleges, és akkor áll be, ha a biztosítási esemény baleset miatt vagy balesettel okozati összefüggésben következett be. 31. Vizsgálat: az a tevékenység, amelynek célja a biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása.	fogyasztó és a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az ajánlati lapon a figyelmet kifejezetten felhívta és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges. 4.5. Ha a szerződő fél fogyasztó, a szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlattételre annak beérkezését követő 15 napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályokban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati formulán és a díjszabásnak megfelelően tették meg. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal, a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér jelen szerződési feltételektől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a jelen feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 nappal írásban felmondhatja. 4.6. Amennyiben a szerződő és a biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. 4.7. A biztosító jogosult az ajánlattételkor a biztosítás első díjának beszedésére. 4.8. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végez, melyhez a biztosított egészségi nyilatkozatát és orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát kérheti. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni. 4.9. A szerződéskötés különös szabályai 4.9.1. A biztosítónak a szerződő felet kell tájékoztatnia, a szerződő fél a jelen megállapodás biztosítottakat érintő rendelkezéseiről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a biztosítottakat tájékoztatni. 4.9.2. Jelen biztosítás létrejöttéhez – eltérő megállapodás hiányában – a biztosított írásbeli hozzájárulása, azaz a biztosított nyilatkozat szükséges. 4.9.3. A biztosított nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a biztosítottnak a szerződés hatályának reá történő kiterjesztésére vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát, így különösen a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést. A biztosított nyilatkozat a szerződés részét képezi. A biztosított nyilatkozatot – eltérő megállapodás hiányában – a szerződő köteles megőrizni, s a biztosító kérésére azt a biztosító rendelkezésére bocsátani. 4.9.4. A biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A biztosított a szerződés megkötéséhez, illetőleg a biztosított jogviszonya létesítéséhez adott hozzájárulását (biztosított nyilatkozatát) írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a biztosító kockázatviselése adott biztosított vonatkozásában – eltérő megállapodás hiányában – a visszavonás biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0. órájától megszűnik. 4.10. Ha a biztosított kiskorú, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges. 4.11. Amennyiben a biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.
3. A biztosítási szerződés alanyai 3.1. Biztosító A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási ajánlat elfogadása után a feltételekben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási eseményekre, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal. 3.2. Szerződő A szerződő az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. 3.3. Biztosított Az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön. A biztosított életkora a szerződés létrejöttkor 6 hónap és 69 év között lehet; a szerződés lejáratakor legfeljebb 70 éves lehet. 3.4. Kedvezményezett A biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatások igénybevételeire jogosult személy minden esetben a biztosított. 4. A biztosítási szerződés létrejötte 4.1. A szerződés megkötésére irányuló ajánlatot írásban, a szerződő fél teszi a biztosító ajánlati formuláján, amely alapján a szerződés létrejön. 4.2. A szerződő az ajánlatához – annak megtételétől számított – 15 napig, egészségi vizsgálat esetén 60 napig kötvé van. 4.3. Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (kötvényt) állít ki. A szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre. Ha a kötvény a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a kötvény kézhezvételét követően késsedelem nélkül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre. 4.4. Ha a biztosító az ajánlatot annak beérkezésétől számított 15, egészségi vizsgálat esetén 60 napon belül (kockázatbírálási idő) írásban visszautasítja, a szerződés nem jön létre. Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles indokolni. Ha a szerződő fél	4/A A biztosítási szerződés módosulásának szabályai 4/A.1. Amennyiben a biztosítási szerződés létrejöttét követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, úgy a biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés vagy a jelen biztosítási feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevitelére jogosító feltételeknek megfelelően. 4/A.2. Amennyiben a szerződő a módosító javaslatot 4/A.1. pont szerinti tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul. 5. A biztosítás tartama, területi és időbeli hatálya 5.1. A biztosítás kizárólag a Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, kivéve, ha a Különös Biztosítási Feltételek másként nem rendelkeznek.

5.2. A szerződés határozott, 1 év tartamra jön létre. Amennyiben a tartam lejártát megelőzően 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja írásban a másik felett arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik. 6. A biztosítási szerződés kezdete, a kockázatviselés kezdete, hatályba lépése 6.1. A biztosítás és a díjfizetés kezdete – eltérő megállapodás hiányában – a biztosítási ajánlat aláírását követő hónap első napja. 6.2. A biztosító kockázatot – eltérő megállapodás hiányában – a biztosítási ajánlat aláírását követő hónap első napjától viseli. 6.3. Új biztosított belépése esetén a rá vonatkozó kockázatviselés a belépését követő hónap első napjának 0. órájakor kezdődik, feltéve, hogy a rá vonatkozó kockázatot a biztosító nem utasította vissza, a díjat a biztosító számlájára befizették, vagy a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, figyelembe véve a várakozási időt is. 6.4. A biztosító a kockázatot kizárólag a PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítás Adatközlő, változásbejelentő nevű táblázatban felsorolt személyek vonatkozásában vállalja. 7. Várakozási idő 7.1. A felek a szerződésben kiköthetik, hogy a biztosító valamely biztosítási esemény kockázatát csak a szerződés létrejöttét követő későbbi időponttól vállalja, vagy – ha a biztosítási esemény a kikötött várakozási időn belül következik be – jogosult a szolgáltatást csökkenteni. A várakozási idő legfeljebb hat hónap lehet; a kikötött várakozási idő ezt meghaladó része semmis. 7.2. Amennyiben a biztosítandó személy valamely tartós betegsége szerződéskötéskor mindegyik, a szerződésben szereplő fél által ismert volt, a felek jelen megállapodásban és a Különös Biztosítási Feltételekben legfeljebb három évi várakozási időt köthetnek ki. 7.3. Új biztosított belépése esetén a biztosító által kikötött várakozási idő tartama ugyanúgy, a biztosított belépésétől kerül alkalmazásra. 7.4. A kockázatot a PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítás Adatközlő, változásbejelentő nevű táblázatban felsorolt személyek vonatkozásában vállalja a biztosító. 8. A szerződés megszűnésének esetei 8.1. A szerződés megszűnik adott biztosítottra vonatkozóan az alábbi esetekben: 8.1.1. a biztosított halála esetén, 8.1.2. a kilépő biztosított vonatkozásában a díjjal fedezett időszak végével, ha: – betöltötte 70. életévét, – a szerződéssel fennálló jogviszonya, vagy egyéb kapcsolata megszűnése esetén, – amennyiben a rá vonatkozó biztosítási díj nem került megfizetésre. 8.2. A teljes szerződés megszűnik az alábbi esetekben: 8.2.1. Díj nemfizetés miatt a 13. pontban foglaltak szerinti napon. 8.2.2. Meghosszabbítás hiányába a határozott tartam utolsó napjával. 8.2.3. A szerződő jogi személy jogutód nélküli megszűnésével. 8.3. A szerződő fogyasztó, úgy a biztosított a szerződés megszűnté esetén jogosult a szerződésbe belépni. 9. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei 9.1. A szerződő joga és kötelezettsége (közlési kötelezettség) 9.1.1. A szerződő és a biztosított a szerződés létrejöttkor köteles a kockázat elvállalása szempontjából minden lényeges körülményt közölni a biztosítóval, illetve a biztosítás tartama alatt a szerződésben meghatározott lényeges körülmények tekintetében változás-bejelentési kötelezettséggel tartozik, melyet nyomtatott vagy elektronikus formában kell megtenni. 9.1.2. A szerződő a biztosítottakról adatot szolgáltat a díjfizetési gyakoriságnak megfelelően a biztosító részére. Az adatszolgáltatás tartalmát a PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítás Adatközlő / Változásbejelentő nevű táblázatai tartalmazzák. 9.1.3. A szerződő a díjfizetési gyakoriságnak megfelelően javaslatot tehet a szerződés módosítására, új biztosított megjelölésére, illetve biztosítási védelem megszüntetésére az általa meghatározott biztosítottak vonatkozásában (kilépő biztosított). 9.2. A biztosító joga és kötelezettsége 9.2.1. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatfelbírálást végezhet, melyhez a szerződő nyilatkozatát kérheti a biztosítottakat érintő tárgyévet megelőző évre vonatkozó saját jogú, egy főre jutó táppénzes napjainak átlagát, a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni és további kérdéseket feltenni a kockázatvállaláshoz. 9.2.2. Amennyiben a biztosítottnak a szerződéskötés idején fennálló	tényleges egészségi állapota, életviteli szokásai nem felelnek meg a kockázatfelbírálás során tett egészségi nyilatkozatában foglaltaknak, úgy a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt. 9.2.3. Automatikus meghosszabbítás esetén, ha a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében gyakorolhatja. 9.2.4. A közlési kötelezettség megsértése ellenére is beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződéskötéstől a biztosítási esemény bekövetkeztéig már 5 év eltelt. 9.2.5. A 9.2.3. és 9.2.4. pontok rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitvaálló 5 éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik. 9.2.6. A közlési kötelezettség vagy a változás bejelentési kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig, illetve a változás bejelentési határidő leteltét követő naptól 5 év eltelt. 9.2.7. A biztosító kockázatfelbírálási és kárrendezési szerveivel szemben a biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkoztattételre hívja fel. 10. A biztosító szolgáltatása A biztosító szolgáltatása a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén az ott meghatározott szolgáltatás nyújtása vagy meghatározott biztosítási összeg megfizetése. A biztosító a szolgáltatását a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint teljesíti. 11. Szolgáltatási limit A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatásokra éves szolgáltatási limitet határoz meg, melynek mértékét a Szolgáltatási limitek táblázat tartalmazza. 12. A biztosítási díj 12.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke. 12.2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosítottak egészségi állapotának, a szolgáltatás jellegének és a biztosítottak átlagéletkorának a figyelembevételével történik. 12.3. A biztosítottak életkorát úgy kell megállapítani, hogy a biztosítás kezdeti évszámából levonják a biztosított születésének évszámát. 12.4. Az életkor helytelen bevallása miatt, ha a tényleges életkor szerint a biztosítás nem jöhetett volna létre, úgy a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó rendelkezések az irányadóak. 12.5. A biztosítás automatikus meghosszabbítása esetén a biztosított életkorától függő kockázatokra fizetendő díjak háromévente újra megállapításra kerülnek a biztosított csoport aktuális átlagéletkorának megfelelően, amennyiben az eltelt 3 év alatt nem érkezett a szerződőtől Változásbejelentő a biztosítóhoz. Egy adott biztosított vonatkozásában az életkor előrehaladása nem eredményezhet díjnövekedést. 12.6. A biztosító a biztosítási tartam lejártá előtt legkésőbb 30 nappal javaslatot tehet a következő évre érvényes díjak módosítására. 12.7. A biztosítás folyamatos díjú. Ellenkező megállapodás hiányában a biztosítás díját havonta, legkésőbb a hónap 5. napjáig kell megfizetni. A biztosítás havonta fizetendő átlagdíja a biztosítottak ki és belépése miatt megváltozott átlagkor miatt változhat. 12.8. A biztosítás első díja az ajánlat aláírásával egyidejűleg esedékes. 13. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei Ha a szerződő az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelését késedelem nélkül bírói úton érvényesíti. 14. Reaktiválás A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítás nem reaktiválható.
---	---

15. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól 15.1. A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól abban az esetben, ha a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékosan jogellenesen, vagy a szerződő, illetve biztosított jogellenesen súlyosan gondatlanul okozta. A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha: a) a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetileg a biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltsággal okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt, b) a biztosítási esemény kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták. 15.2. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha: a) biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a biztosított öngyilkossági kísérletével, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be, b) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben jön létre. 15.3. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy: a) a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítási esemény előtt már ismerte vagy b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében. Azt, hogy valamelyik fennáll, annak kell bizonyítani, aki erre hivatkozik. 16. A kockázatviselésből kizárt kockázatok 16.1. Nem téríti meg a biztosító azon károkat, amelyek közvetlen vagy közvetett összefüggésben állnak atomkárokkal (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése). 16.2. Nem térít a biztosító olyan esetekben sem, amely esetekben a gyógykezelés során nem tartották be az orvosszakmai előírásokat, és ezen ismételt műtétekre, kezelésekre emiatt került sor, illetve a jelen szerződésben meghatározott egyéb biztosítási esemény következett be az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba). 16.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll: – a terhesség ideje alatt és a szülés, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményével abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt történt (a fogamzás időpontja alatt a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni); – az egészségügyi ellátás, az orvosi ellátás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt létrejött egészségkárosodással; – olyan orvosi beavatkozással, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés. 16.4. A kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva. 17. Fedezetfeltöltés Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel, hacsak a Különös Biztosítási szerződési feltételek másként nem rendelkeznek. 18. Adatkezelés, biztosítási titok 18.1. A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat a jelen feltételekhez csatolt Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a www.union.hu weboldalon is elérhető. 19. Jognyilatkozatok 19.1. A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a szerződőnek illetve a szolgáltatási igény bejelentése esetén a biztosítottnak az általuk megadott, és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre. 19.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett. 20. Elévülés A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított egy év elteltével évül el.	21. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik. 22. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok Jelen biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosítói jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar. 23. Vitás kérdések rendezése 23.1. A szerződőnek és a biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a szerződés keretében vagy a szerződéssel kapcsolatban merül fel. Minden, a szerződés megkötése után felmerülő és a felektől független olyan körülményről, amely a szerződés teljesítését akadályozza, a felek kölcsönösen kötelesek egymást tájékoztatni. 23.2. A biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a biztosító részére kell bejelenteni: a) írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségeken: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1082 Budapest, Baross u. 1., tel.: (+36-1) 486-4343) b) személyesen az alábbi címen: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Központi Ügyfélszolgálati Iroda (1134 Budapest, Váci út 33.) A biztosító a szerződéskötést követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közléssel. 23.3. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a szerződőhöz érkezik be, a szerződő a biztosítottakat a biztosítóhoz irányítja. 23.4. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek. 23.5. A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1054 Budapest, Szabadság tér 8-9; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600) 23.6. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai Amennyiben a fogyasztó a biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; helyi tarifával hívható kék szám: (+36-40) 203-776; web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu); b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172; Telefon: (+36-1) 489-9100; e-mail: pbt@mnb.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. 23.7. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást. 24. Felszámolható költségek A biztosító a többletráfordítások díját kérheti. Ilyen lehet például: a) a díjfizetés késedelme esetén a felszólító levél díja, a biztosítási kötvény utólagos dokumentálása vagy módosítása, b) a biztosítási szerződés átdolgozása, a biztosítási kötvény másodlati példányának kiállítása stb., c) biztosítási események igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja. 25. Adózásra vonatkozó jogszabályok Az adózásról szóló részletes tájékoztatást a Különös Feltételek melléklete tartalmazza. 26. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlatról ill. a Ptk. rendelkezéseitől A PrivateMed Pro Csoportos egészségbiztosítás Általános Biztosítási feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől: – Amennyiben a tartam 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. (5.2. pont)
--	---

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

27. Egyebek

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

28. Egyéb rendelkezések

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

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.