

BIZTONSÁG PROGRAM - EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS CSOPORTOS BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÁLTALÁNOS ÉS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI*

A Biztosító a jelen biztosítási feltételek alapján arra vállal kötelezettséget, hogy biztosítási díj ellenében a jelen biztosítási feltételek szerint meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatások táblázatában meghatározott biztosítási összeg erejéig biztosítási szolgáltatást nyújt. A biztosítási feltételekre, illetve a feltételekben nem rendezett kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

1. § A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, HATÁLYBA LÉPÉSE, TARTAMA, BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK, A SZERZŐDÉS ALANYAI

1.1. A biztosítási fedezetet a Biztosító a Szerződő és a Biztosító által kötött „Biztonság Program – Egészségbiztosítás” Csoportos Biztosítás Szerződés (a továbbiakban: **Csoportos Biztosítás**) alapján nyújtja.

1.2. A Csoportos Biztosítás határozatlan időtartamra jött létre.

1.3. A Csoportos Biztosítás alanyai a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított, a Társbiztosított és a Kedvezményezett.

- a) A Biztosító: az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., amely a kockázatot viseli és a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal a Szerződő által fizetett díj ellenében.
- b) A Szerződő: a Magyar Telekom Nyrt. amely a Biztosítóval a Csoportos Biztosítást megkötö, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat megteszi, és a biztosítás díját a Biztosító részére megfizeti.
- c) A Biztosított: jelen feltételek alkalmazásában Biztosítottként minősül az a Szerződővel érvényes előfizetői szerződéssel rendelkező természetes személy, aki a Szerződő felé tett nyilatkozattal a Csoportos Biztosításhoz csatlakozott, és akit ennek alapján a Szerződő a Biztosítónak Biztosítottként bejelentett. Biztosított csak olyan személy lehet, akinek életkora a 18 és 65 év közötti. Az életkor számítása úgy történik, hogy a folyó évből ki kell vonni a Biztosított születési évét. A Biztosított a Csoportos Biztosításhoz csak egy előfizetéséhez kapcsolódóan csatlakozhat, függetlenül attól, hogy egy vagy több előfizetői szerződéssel rendelkezik a Szerződőnél.
- d) A Társbiztosított: a Biztosítottként a vele azonos állandó lakcímen élő, a Ptk. 685 b. §-ban megjelölt közeli hozzátartozója, valamint élettársa, feltéve, hogy lakcíme állandó lakcímbeljelentés alapján a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosítottéval azonos. Családi csomag választása esetén e személyek a Biztosított mellett ugyancsak a Csoportos Biztosítás biztosítottainak minősülnek, egyéni csomag választása esetén a Biztosító kockázatviselése személyükre nem terjed ki. Társbiztosított csak olyan személy lehet, akinek életkora nem haladja meg a 65 évet. Az életkor számítása úgy történik, hogy a folyó évből ki kell vonni a Társbiztosított születési évét.
- e) A Kedvezményezett: a szerződésben foglalt szolgáltatások igénybevételére a Biztosított a jogosult. Kiskorú biztosított esetén annak törvényes képviselője jogosult a biztosító szolgáltatásának felvételére.

* Érvényes a Csoportos Biztosításhoz 2015. február 1-jén vagy azt követően csatlakozott Biztosítottakra

2. § A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE, HATÁLYA

- 2.1. A Biztosító kockázatviselése a Biztosított által tett csatlakozási nyilatkozatot követően, a Szerződő rendszerében történő rögzítés napját követő nap 0 órájától, de legkésőbb az igénylésre vonatkozó, telefonon tett nyilatkozatát követő 5. munkanapon kezdődik. A rendszerben történő rögzítés napját a Szerződő a Biztosított részére küldött írásbeli visszaigazoláson rögzíti.
- 2.2. A biztosítás területi korlátozás nélkül, a Föld bármely országában bekövetkezett biztosítási eseményekre kiterjed. A biztosítás a nap 24 órájára kiterjed.

3. § A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK MEGSZŰNÉSE

- 3.1. A Biztosító kockázatviselése megszűnik:

- (a) egy adott Biztosított illetve Társbiztosított tekintetében
- a. az adott Biztosított illetve Társbiztosított halálával
 - b. annak a naptári évnek utolsó napján 24 órakor, amelyik évben a Biztosított illetve a Társbiztosított 65. életévét betöltötte.
- (b) a Biztosított és valamennyi Társbiztosított tekintetében
- a. a Biztosított előfizető halálával, az elhalálozás napjával.
 - b. a Szerződő és a Biztosított között fennálló előfizetői szerződés megszűnése esetén az előfizetői szerződés megszűnésének napjával;
 - c. amennyiben a Biztosított a Szerződő felé tett nyilatkozatával biztosítási jogviszonyát megszünteti, a nyilatkozat Szerződőhöz történt beérkezésétől számított nyolcadik (8.) napon 24 órakor;
 - d. abban az esetben, ha a Biztosított a rá áthárított biztosítási díjat az esedékességtől számított 60 nap elteltével sem fizette meg a Szerződőnek, a 60. napon 24 órakor;
 - e. a Szerződő és a Biztosító között fennálló Csoportos Biztosítás megszűnése esetén a Csoportos Biztosítás megszűnésének napjával.

- 3.2. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése nem érinti a megszűnés előtt bekövetkezett biztosítási eseményekkel kapcsolatos, folyamatban lévő vagy függő károk elbírálását.

4. § A CSOPORTOS BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALAPJÁN FIZETENDŐ BIZTOSÍTÁSI DÍJ, A DÍJ MÓDOSÍTÁSÁNAK LEHETŐSÉGE

- 4.1. A csoportos biztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Szerződő havonta fizet meg a biztosítónak.
- 4.2. A Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban vállaltak alapján a Szerződő az általa megfizetett havi biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét biztosítási díjhányadként áthárítja a Biztosítottra, mint a biztosítási fedezetbe tartozás ellenértékét. A Biztosított a rá áthárított díjat a Szerződő által kiállított számla alapján az abban foglalt határidőben fizeti meg a Szerződő részére. A hatályos díjat az Ügyfélértékelő tartalmazza.
- 4.3. Adott Biztosított vonatkozásában a Szerződő az első havi díjat a kockázatviselés kezdetét követő hónapban köteles megfizetni. A Szerződő adott Biztosítottat érintő díjfizetési kötelezettsége a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnésének hónapjáig áll fenn.
- 4.4. A Szerződő - a csoportos biztosítás díjának módosulása esetén - jogosult az áthárításra kerülő összeget módosítani. A módosulásról annak hatályba lépését megelőzően legalább 30 naptári nappal a Szerződő értesíti a Biztosítottakat. Ha a Biztosított a módosítást nem fogadja el, jogosult a biztosítási jogviszonyt a Szerződőhöz intézett

írásbeli nyilatkozattal felmondani. Amennyiben a Biztosított felmondó nyilatkozata a változás hatályba lépéséig nem érkezik be a Szerződőhöz, úgy a módosítás elfogadottnak tekintendő.

5. § BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

5.1. Biztosítási esemény lehet egy Biztosítottnak illetve Társbiztosítottnak a kockázatviselés időszakán belüli:

- a) bármely okból (betegségből vagy balesetből) eredő műtete;
- b) bármely okból (betegségből vagy balesetből) bekövetkező kórházi napi térítése;
- c) kritikus betegsége.

5.2. Jelen feltétel vonatkozásában

- a) Baleset: a Biztosított illetve Társbiztosított 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, halállal jár. A betegségből eredő testi sérülés nem minősül balesetnek. Jelen feltétel szempontjából nem minősül balesetnek a foglalkozási betegségi ártalom továbbá a Biztosított illetve Társbiztosított öngyilkossága, vagy annak kísérlete még akkor sem, ha azt a Biztosított illetve Társbiztosított beszámítási képességének hiányában követte el.

6. § A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

6.1. A Biztosító az egyes kockázatok tekintetében az alábbi szolgáltatást teljesíti:

6.1.1. Bármely okból (betegségből vagy balesetből) eredő műtét

6.1.1.1. Ha a Biztosított illetve Társbiztosított gyógyulása és állapotromlásának megakadályozása érdekében a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező betegsége vagy balesete miatt orvosi szempontból szükségessé váló, **szakorvos által végzett, zárójelentéssel igazolt, a biztosító által is elismert műtétet** végeznek, úgy a Biztosító kifizeti az adott műtégi kategória biztosítási összegét. Műtét: az olyan sebészeti beavatkozás, amelyet érvényes szakmai szabályok szerint, olyan kórházban végeznek, amely az adott ország egészségügyi vezetése által elismert, valamint szerepel a Biztosító által elismert műtégi listában, abból nem került kizárásra. A műtégi lista megtekinthető a Biztosító honlapján.

6.1.1.2. Amennyiben az adott műtét nem szerepel a Biztosító listájában és kizárásra sem kerül, abban az esetben a műtét besorolását a megismert körülmények és adatok alapján a Biztosító szakorvosa állapítja meg. A műtétek veszélyességi besorolását a Biztosító objektív feltételek alapján (műtégi halálozás kockázata, szövődmények gyakorisága, súlyossága, műtétechnikai bonyolultsága, beteg által elviselendő megterhelés nagysága) határozza meg.

6.1.1.3. Műtégi kategóriák, a műtétek besorolása (példák):

Kiemelt műtét:

- kiterjedt, agyállományt, gerincvelőt érintő elváltozások műtétei,
- nyitott, szíven végzett műtétek,
- nyelőcsőkiirtás, több hasi szerv együttes és teljes kiirtása,
- szervátültetés,
- a testüreg belsejében lévő anatómiai képletek sérülései miatt az üregrendszer falának feltárása útján végzett műtégi megoldások,
- az ujjak kivételével végzett végtagcsonkolások függetlenül attól, hogy a testtől teljesen elválasztott végtagrészek visszavarrásra kerültek-e,
- a testüregen kívüli komplett ér- és idegsérülések helyreállító műtétei,

- a testfelület 40%-át elérő vagy meghaladó II-III. fokú égési sérülések.

Nagy műtét:

- agyállományt is érintő koponya-elváltozások műtétei,
- arccsont és állkapocs eltávolítása,
- nagyerek helyreállító műtétei, idegátültetés,
- zárt szívűműtétek,
- féoldali tüdőkiirtás, mellkasfal helyreállítása,
- nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomorkiirtás),
- csontvelő-átültetés.

Közepes műtét:

- agyállományt nem érintő koponya-elváltozások műtétei,
- izolált gerincelváltozások műtétei (pl. porckorong-műtét),
- közepes műtét ereken, ér pótlások, érátültetések, nagyobb idegvarratok,
- helyreállító szemműtétek,
- emlő részleges vagy teljes eltávolítása,
- tüdőlebeny-kiirtás,
- lépeltávolítás,
- veseeltávolítás,
- féregnyúlvány-eltávolítás,
- kismedencei műtétek (pl. méh-, petefészek,- myoma-eltávolítás, prosztatata-eltávolítás, hólyagműtétek),
- nyílt és zárt, ízületbe hatoló és ízületen kívüli végtagtörések,
- az ujj, ujjak felét meghaladó csonkolásos sérülések,
- nagy kiterjedésű lágrész sérülések, szövethiánnyal, roncsolással járó csonttörés nélküli balesetek, ahol műtéti sorozatra, bőrpótló eljárások végzésére van szükség,
- a végtagok inainak teljes szakadása miatti műtétek,
- a testfelület 5-39%-át elérő II-III. fokú égési sérülések.

Kis műtét:

- szájszészeti, de nem fogászati műtétek,
- erek kisebb műtétei, perifériás idegvarratok,
- kisebb szemműtétek,
- légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronchoszóppal, bordaresectio,
- hasfali helyreállító műtétek, kisebb sérvműtétek,
- a friss törés nélküli, akut ízületi szalagszakadások műtéti megoldásai.

Nem téríthető beavatkozás:

- fogászati műtétek,
- mandulaműtét,
- bőrvarratok és szövődmények ellátása,
- műtét során behelyezett idegen anyagok eltávolítása,
- a biztosított azon baleseti műtété, amely ficam műtéti megoldása vagy az ízületek csőtükrözéssel végzett diagnosztikus és terápiás beavatkozása, vagy a funkció szempontjából meghatározó anatómiai képleteket nem érintő lágrész sérülések műtéti megoldása, ill. olyan orthoped jellegű műtéti beavatkozás, melynek elvégzésére az adott baleset hívta fel a figyelmet,
- szokványos ízületi ficamok, csőtükrözéses diagnosztikus és terápiás beavatkozások,
- korábban meglévő, orthoped jellegű elváltozások baleset kapcsán történő terápiája,
- a kóros csontszerkezeti elváltozásból adódó csonttörés stabilizáló műtété.

- 6.1.1.4. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja:
- baleseti eredetű műtét esetén a baleset bekövetkeztének napja,
 - betegségi műtét esetén az első műtét végrehajtásának napja, akkor is, ha egy biztosítási eseményből kifolyólag több műtét elvégzése válik szükségessé.
- 6.1.1.5. Az egyes műtégi kategóriák biztosítási összegét a Szolgáltatási táblázat (1. számú melléklet) tartalmazza. Egy biztosítási eseményből eredően a maximálisan kifizethető biztosítási összeg 200 000 Ft lehet.
- 6.1.1.6. Amennyiben egy műtét során ugyanazon testrészen vagy szerveen több sebészeti beavatkozást végeznek, akkor az adott szerveen vagy testrészen végzett sebészeti eljárások közül a műtégi térítés meghatározása a legmagasabb kategóriájú eljárás alapján kerül meghatározásra.
- 6.1.1.7. Ha egy műtét során több testrészen vagy szerveen végeznek sebészeti beavatkozást, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken vagy szerveken végzett beavatkozások együttes összege, de nem haladhatja meg az egy biztosítási esemény kapcsán kifizethető maximális biztosítási összeget (l. 6.1.1.5. pont).
- 6.1.1.8. A szolgáltatás teljesítésére a Biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a Biztosított illetve Társbiztosított életében sor került.
- 6.1.2. Bármely okból (betegségből vagy balesetből) bekövetkező kórházi napi térítés
- 6.1.2.1. Biztosítási esemény a Biztosítottnak illetve Társbiztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett, orvos által szükségesnek tartott és a Biztosító által is elismert időpontban történő, legalább hét napot elérő folyamatos kórházi gyógykezelése. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a kórházi gyógykezelés első napja.
- 6.1.2.2. Jelen szerződés szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség vagy baleset miatti kórházi ápolások minősülnek biztosítási eseménynek.
- 6.1.2.3. Amennyiben a Biztosító kockázatviselése megszűnik a kórházi ápolás tartama alatt, abban az esetben a megszűnést követő kórházi ápolási napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.
- 6.1.2.4. Új biztosítási eseménynek minősül, ha a kórházi ápolás olyan ok következménye, amelyre a kockázatviselés tartama alatt korábban már alkalmazott orvosi beavatkozások nem vonatkoztak.
- 6.1.2.5. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a kórházi ápolás kockázatának a Szolgáltatási táblázatban (ld. 1. számú melléklet) foglalt biztosítási összegét minden kórházi ápolási napra kifizeti.
- 6.1.2.6. Amennyiben egy biztosítási eseményből eredően a Biztosított illetve Társbiztosított többször kerül kórházi ápolásra, úgy a Biztosító az első hét napot meghaladó időszak után a következő ápolási időszaknál nem vizsgálja a hét nap folyamatos meglétét.
- 6.1.2.7. Egy biztosítási esemény kapcsán a szolgáltatás legfeljebb ötven napra korlátozódik.
- 6.1.2.8. Jelen feltétel szempontjából kórháznak csak az adott ország által engedélyezett egészségügyi intézmény minősül, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek,

gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.

6.1.3. Kritikus betegségek

Az alábbi biztosítási események bekövetkezésekor a Biztosító kifizeti a Biztosított/Társbiztosított részére a Kritikus betegségek kockázatnak a Szolgáltatási táblázatban (l. 1. számú melléklet) foglalt biztosítási összegét. Egy adott betegség bekövetkezésére / beavatkozás elvégzésére csak egyszer fizet a biztosító a kockázatviselés tartama alatt.

Biztosítási esemény a Biztosítottnak illetve Társbiztosítottnak e szerződés alapján történt kockázatviselés időszaka alatt előzmény nélkül bekövetkezett:

- a) szívinfarktusa,
- b) rákos megbetegedése (rosszindulatú daganat),
- c) agyi érkatasztrófia,
- d) veseelégtelensége,
- e) koszorúér áthidalási műtétje,
- f) szervátültetése,
- g) sclerosis multiplex megbetegedése,
- h) vaksága

6.1.3.1. Szívinfartus: a szívizom egy részének olyan elhalása, amelyet az adott terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége okoz. A diagnózisnak a következőkön kell alapulnia:

- a) jellegzetes mellkasi fájdalom a kórelőzményben,
- b) az infarktusra jellemző elváltozások az EKG-ban,
- c) szívizom-specifikus enzim aktivitások emelkedése.

A szolgáltatás akkor is jár, amennyiben az infartus korai diagnózisa esetén vérrög-oldó kezelés (lízisterápia) vagy ballonos tágítás kerül végrehajtásra, és ez által a szívizom-specifikus enzimaktivitások nem igazolhatóak. A biztosítási esemény időpontja: a kezelőorvos által megállapított és igazolt időpont. Nem minősül biztosítási eseménynek a tünetmentes szívinfartus.

6.1.3.2. Rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat): rosszindulatú daganat, amelyet a sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, a szövetek megtámadása jellemez. A rákos megbetegedés jelen feltételek szerint magában foglalja a leukémiát, a krónikus lymphoid leukémia kivételével a lymphomát, a Hodgkin betegséget a II. fokozattól kezdődően, a rosszindulatú melanomát a III. Clark fokozattól kezdve. A biztosítási esemény időpontja: a betegség diagnosztizálásának a kezelőorvos által igazolt időpontja, a szövettani lelet és a megbetegedés nemzetközi tumor csoportba (TNM) sorolása alapján.

A biztosításból kizárt:

- minden jóindulatú tumor,
- a helyi, a környezetét nem megtámadó, ún. lokális daganatok (carcinoma-in-situ, beleértve a cervixdysplasia (CIN-1, CIN-2 és CIN-3) vagy a rák megelőző formák),
- a bőr minden hyperkeratózisa és bazálsejtes carcinómája,
- Kaposi-szarkóma és más daganatok egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés vagy AIDS megbetegedés esetén,
- TNM-T1 osztályú, szövettanilag igazolt prosztaták (beleértve

T1(a), T1(b) vagy más összehasonlítható vagy alacsonyabb osztályozást),

- emberi immunrendszer megbetegedését okozó vírus jelenlétében meglévő daganatok.

6.1.3.3. Agyi érkatasztrófa: olyan, az agyi erekben lezajló váratlan folyamat, az agy szövetének trombózisa, koponyán belüli vérzés, koponyán kívüli forrásból származó embólia, amelynek akut tünetei 24 óránál, neurológiai következményei 30 napnál tovább tartanak. A szélütésre visszavezethető, folyamatosan fennálló idegrendszeri károsodást neurológus által kell igazolni. A biztosítási esemény időpontja: a kezelőorvos által megállapított és igazolt időpont.

A biztosításból kizárt:

- migrénből származó cerebrális (agyi) tünetek, valamint trauma (baleset) vagy a fentiekől eltérő eredetű hypoxia (oxigén hiányos állapot) következtében fellépő agyi károsodások,
- érrendszeri megbetegedések, melyek a szemet érintik.

6.1.3.4. Veseelégtelenség: végállapotú veseelégtelenség, amelyet mindkét vese működésének krónikus és visszafordíthatatlan működésképtelensége okoz, mely tartós művesekezelést vagy transzplantációt igényel. A biztosítási esemény időpontja: a rendszeres dialíziskezelés megkezdését követő 60. nap.

6.1.3.5. Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét: nyitott mellkasban végzett olyan operáció, amely két vagy több koszorúér szűkületének, illetőleg elzáródásának megszüntetésére irányul a korábban angina pectoris tüneteit mutató betegnél. Jelen biztosítás nem nyújt fedezetet a nem sebészi eljárásokra, mint amilyen a ballonkatéterezés, angioplasztikai lézerkezelések és más, nem operációs beavatkozások. A biztosítási esemény időpontja: a műtét elvégzésének a kezelőorvos által igazolt időpontja.

6.1.3.6. Szervátültetés: vese, csontvelő (kivéve a saját szervezeten belüli átültetést), máj, szív, hasnyálmirigy és tüdő tényleges átültetése a biztosított testébe. Szív-transzplantációnak számít a műszív implantációja is. A biztosítási esemény időpontja: a műtét elvégzésének a kezelőorvos által igazolt időpontja. Transzplantáció elvégzése előtt jelentkezhet a szolgáltatási igény, amennyiben bizonyított, hogy a biztosított:

- hivatalosan elismert transzplantációs várólistán szerepel Magyarországon,
- szakorvos igazolja, hogy a megbetegedés életveszélyes és a szerv-transzplantáció rövid időn belül a legjobb kezelési mód.

6.1.3.7. Sclerosis multiplex: a központi idegrendszer megbetegedése visszafordíthatatlan, jellegzetes idegi kiesésekkel (multi- vagy monofokális), és jellemző betegséggócokkal, megfelelő képalkotó technikákkal (CT vagy MR) és jellemző liquor lelettel bizonyítottan. Az irreverzibilis neurológiai eltéréseket a neurológus szakorvosnak kell dokumentálnia. A szolgáltatási igény fennáll a neurológus szakorvos megbízható diagnózisa után. Megbízhatónak számít egy diagnózis akkor, ha legkorábban 12 hónappal a megbetegedés jelentkezése után állították fel. A biztosítási esemény időpontja: a diagnózis felállításának időpontja.

6.1.3.8. Vakság: akut betegség vagy baleset következtében mindkét szem látóképességének klinikailag bizonyított teljes és visszafordíthatatlan elvesztése. A szolgáltatási igény fennáll a vakság szemorvosi igazolása után. A biztosítási esemény időpontja: a szemorvosi igazolás kelte.

Jelen feltételek alapján kizárólag a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség vagy baleset következményeként elvégzett beavatkozások, vagy megbetegedések minősülnek biztosítási eseménynek.

6.2. Asszisztencia-szolgáltatások

6.2.1. 24 órás orvosi call center

A Biztosító a jelen feltételek alapján a Biztosított illetve Társbiztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által (Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: Szolgáltató) 24 órás egészségügyi információs szolgáltatást nyújt. A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon, laikusoknak szóló, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek. Az egészségügyi információs központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:

- a) egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,
- b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
- c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
- d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszertárakról,
- e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

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

6.2.2. Második orvosi vélemény

Második orvosi vélemény alatt a jelen megállapodás alkalmazásában a Biztosított illetve Társbiztosított által a Szolgáltatónak feltett, a Biztosított illetve Társbiztosított súlyos betegségekre vonatkozó orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvos-szakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni.

A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza: hozzáférés nemzetközi orvos-szakértők szaktudásához, elismert orvos-szakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá beterveztett minden esetben. Vezető szakértők kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. Vezető kórházak kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. A Szolgáltató minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a Biztosítottól illetve Társbiztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a beteggel és kezelőorvosával.

A jelen feltételekben ismertetett második orvosi véleményt a Szolgáltató az alábbi betegségek esetén nyújtja:

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

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

6.2.3. Egyéni szűrési terv telefonos felmérés alapján.

A Biztosított illetve Társbiztosított kérésére a Szolgáltató telefonos állapotfelmérés alapján szűrővizsgálati tervet készít a Biztosított illetve Társbiztosított számára, naptári évente egy alkalommal. A szolgáltatás – kérés esetén – magában foglalja a szűrővizsgálatok megszervezését is a Biztosított illetve Társbiztosított részére, de nem fedezi annak költségeit.

7. § KIZÁRÁSOK

7.1. Általános kizárások

7.1.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:

- a) harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, népi megmozdulás, például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei például csak légi csapás vagy csak tengeri akció, kommandó támadás, terrorcselekmény),
- b) állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel, vagy zavargásokkal (e feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás), kivéve a bejelentett tüntetéseket,
- c) atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló- illetve lézersugárzás valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést),
- d) fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával (kivéve rendőrök esetében), vagy
- e) egyéb, hivatásosan űzött kockázatosnak minősülő tevékenységekkel, különösen a búvárkodás, barlangászat, hegymászás, egyéni hajózás, vitorlázás, vadvízi evezés, tengeri horgászat.

7.1.2. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított balesete vagy betegsége

- a) gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben hazai vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következik be, vagy
- b) nem a szervezett légi forgalom keretében végrehatott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés vagy repülősportolás következménye, vagy
- c) hivatásos sportolóként végzett, a saját megélhetését biztosító sporttevékenysége során következett be.

- 7.1.3. A Biztosítottnak illetve Társbiztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett egészségkárosodásával, műtétével, illetve a kockázatviselés kezdetét megelőző egészségi állapotával okozati összefüggésben álló, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.**
- 7.1.4. A baleset vagy betegség előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek illetve e sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.**
- 7.2. Bármely okú műtét, valamint bármely okból bekövetkező kórházi napi térítés kockázatokhoz kapcsolódó kizárások**

Jelen feltételek alapján nem minősül biztosítási eseménynek:

- 7.2.1. A terhesség ideje alatt, valamint a szülés közben, illetve a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a terhességgel, illetve a szüléssel összefüggésben létrejövő egészségkárosodással kapcsolatos műtéti megoldás, kórházi ápolás abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt történt (a fogamzás időpontjának a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni).**
- 7.2.2.A művi megtermékenyítéssel és fogamzásgátlással összefüggésben bekövetkező műtéti megoldások, kórházi ápolás.**
- 7.2.3.A művi terhesség megszakítással kapcsolatos műtéti beavatkozások, kórházi kezelések.**
- 7.2.4.Az egészségügyi ellátás, az orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt bekövetkező műtéti beavatkozások, kórházi kezelések.**
- Az olyan orvosi vizsgálat vagy egészségügyi beavatkozás miatt bekövetkező műtéti ellátás, kórházi ápolás, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés, kivéve, ha az valamely betegség vagy baleset következménye.**
- 7.2.5.Nemek megváltoztatását célzó műtétek.**
- 7.2.6.A biztosított HIV-fertőzése vagy ezzel okozati összefüggésben bekövetkezett megbetegedése, illetve ezzel kapcsolatos műtéte, kórházi ápolása.**
- 7.2.7.A biztosított öngyilkossági, öncsonkítási kísérlete vagy annak bekövetkezte miatti műtéti beavatkozás még akkor sem, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el.**
- 7.2.8.Az alkohol- illetve a drogfüggőség megszüntetésével kapcsolatos műtétek, kórházi ápolás.**
- 7.2.9.A biztosított olyan műtéte, amely az alábbi szabadidős tevékenységekkel kapcsolatosan következik be:**
- a) gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járművek használatával kapcsolatos sportok,**
 - b) légi sportok,**
 - c) hegyi sportok,**
 - d) különleges sportok,**
 - e) küzdősportok,**
 - f) akrobatikus síelés,**
 - g) a légi jármű használata közben bekövetkezett baleset, kivéve, ha a biztosított utasszállító repülésre engedélyezett repülőgépen utasként utazott.**

8. § A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

- 8.1. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.**
- 8.2. A kárbejelentési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség teljesítése alól, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké váltak.**
- 8.3. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított illetve Társbiztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. Súlyosan gondatlannak minősül különösen, ha**
- a) a betegség diagnosztizálása esetén a biztosított az orvosi utasításokat (gyógyszerszedés, kezelések, stb.) nem tartja be és ennek következményeként olyan szövődmény vagy állapotromlás következik be, amely az utasítások betartásával megelőzhető lett volna,**
 - b) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben,**
 - c) súlyosan ittas állapotával közvetlen okozati összefüggésben,**
 - d) bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával közvetlen okozati összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függősége folytán,**
 - e) érvényes jogosítvány nélküli gépjármű vezetése közben,**
 - f) ittas gépjárművezetése közben következett be,**
 - g) valamint a d.-e. esetekben a mentesülés feltétele még, hogy a Biztosított illetve Társbiztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett.**

9. § A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

- 9.1. A biztosítási jogviszony alapján támasztott bármely szolgáltatási igényt a Biztosító részére írásban, az alapul szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 8 napon belül kell jelenteni. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn, amennyiben bejelentési kötelezettségének a Biztosított illetve Társbiztosított nem tesz eleget, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.**
- 9.2. A biztosító szolgáltatásait a rendelkezésre álló legutolsó adatoknak megfelelően nyújtja.**
- 9.3. A Biztosítottat illetve Társbiztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli, ami abban áll, hogy panasa esetén köteles (azonnal) haladéktalanul felkeresni orvosát, balesete esetén kérni az első akut ellátását. Bármilyen sérülés bekövetkeztét követően a Biztosítottnak illetve Társbiztosítottnak a lehető legrövidebb időn belül gyakorló szakorvoshoz kell fordulnia, és kárenyhítési kötelezettségéből adódóan annak orvosi tanácsait köteles pontosan betartani. A Biztosító nem felelős azokért a következményekért, amelyek a Biztosítottnak illetve Társbiztosítottnak a biztosítási esemény káros következményei elhárítására, illetve enyhítésére vonatkozó kötelezettségeinek elmulasztásából erednek.**
- 9.4. A Biztosító által igényelt minden igazolást, nyilatkozatot és bizonyítékot hitelt érdemlően, a Biztosítónak az általa meghatározott formában és tartalommal kell benyújtani. A szükséges dokumentumok beszerzésének és Biztosítóhoz történő eljuttatásának költségeit a Biztosító nem téríti meg.**
- 9.5. A szolgáltatási igény bejelentés során benyújtandó dokumentumok:**

A biztosítási szolgáltatás iránti igényhez be kell nyújtani az „*Igénylőlap egészségbiztosítás szolgáltatáshoz*” nyomtatványt, megfelelően kitöltve, a biztosítási esemény részletes leírásával. A szolgáltatási igénybejelentő mellé az alábbi dokumentumokat kell csatolni:

- a) a Biztosított előfizető és a károsult - 1.3. c) pont szerinti - Társbiztosított lakcímkártya és személyi igazolvány másolata,
- b) amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata (büntető eljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény/szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre áll),
- c) ittasság illetve bódító, kábító vagy hasonló hatás kiváltó szerek, toxikus anyagok hatásának vizsgálatáról készült orvosi irat,
- d) közlekedési baleset esetén a Biztosított illetve Társbiztosított érvényes vezetői engedélyének másolata,
- e) az első, akut ellátást igazoló orvosi dokumentum másolata (ennek hiányában a Biztosító nem teljesít baleseti szolgáltatást),
- f) a kórházi zárójelentés(ek), szövettani leletek másolata(i),
- g) a kórházi betegellátás során keletkezett iratok hitelt érdemlő másolata(i) a (fekvőbetegként) kórházban töltött napok számáról.
- h) ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentum hiteles magyar nyelvű fordítása.

9.6. A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához a becsatolt iratokat ellenőrizheti, illetőleg a bejelentett igény elbírálásával összefüggő egyéb iratokat szerezhethet be. A 9.5. pontban felsorolt okiratokon kívül a Biztosított illetve Társbiztosított jogosult a károk és költségek egyéb okmányokkal, dokumentumokkal illetőleg egyéb módon történő igazolására, a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

9.7. A Biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti.

9.8. A szolgáltatások teljesítésére a Biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a Biztosított illetve Társbiztosított életében sor került.

9.9. A Biztosító szolgáltatása, függetlenül attól, hogy a Biztosított egy vagy több előfizetői szerződéssel rendelkezik a Szerződőnél, nem többszöröződik, tekintettel arra, hogy a Biztosított csak egy előfizetéséhez kapcsolódóan csatlakozhat a Csoportos Biztosításhoz.

10. § ELÉVÜLÉS

A Csoportos Biztosítási Szerződésből eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított egy (1) év alatt évülnek el.

11. § SZEMÉLYES ADATKEZELÉSRE ÉS TITOKTARTÁSI KÖTELEZETTSÉGRE VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

11.1. A Biztosító kockázat elbírálási és kárrendezési szerveivel szemben Biztosítottat illetve a Társbiztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel.

- 11.2. A Biztosító jogosult az ügyfelek jogszerűen tudomására jutott adatait, ideértve a különleges adatokat is az információs önrendelkezési jogáról és az információs szabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) rendelkezései szerint, a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben (a továbbiakban: Bit.) foglaltakkal összhangban kezelni. Az adatok továbbítására a Bit. rendelkezéseiben meghatározott módon, illetve az ügyfél hozzájárulása alapján kerülhet sor.
- 11.3. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.
- 11.4. Az ügyfél tájékoztatást kérhet a személyes adatainak kezeléséről, valamint kérheti az adatai helyesbítését, törlését.
- 11.5. A Biztosítót a birtokába jutott, biztosítási titkok tekintetében titoktartási kötelezettség terheli. A Biztosító titoktartási kötelezettségére a Bit. 153-161.§-ban foglalt szabályok az irányadóak.
- 11.6. Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő -, a Biztosító rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- 11.7. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit. szerint biztosítási titokként kezelni.
- 11.8. A Biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek.
- 11.9. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másképp nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 11.10. A titoktartási kötelezettség nem áll fenn:
- a) a feladatkörében eljáró felügyelettel,
 - b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,
 - c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
 - e) adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - g) a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli Biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető hivatallal,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával, valamint pénzügyi jogok biztosával,
- r) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval

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

11.11. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív

anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

11.12. A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatás jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz. A megkeresésre a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresett biztosító a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a biztosítónak. A megkeresés és annak alapján az adatátadás az alábbi adatokra vonatkozhat:

- a) a Bit. 1. számú melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. számú mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatosan: (i) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatai; (ii) a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok; (iii) az (i) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatok; (iv) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és (v) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
- b) a Bit. 1. számú melléklet A) rész 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 14., 15., 16., 17., 18., és 19. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatosan: (i) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatai; (ii) a biztosítandó vagy biztosított követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatok; (iii) a (ii) pontban meghatározott követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatok; (iv) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és (v) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.

A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a jogszabályban meghatározott időpontig kezelheti. A biztosító a fentiek szerinti megkeresésről (ha történt), az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az érintett ügyfelet évente legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

12. § JOGNYILATKOZATOK

12.1. A Biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a Szerződőnek illetve kár bejelentése esetén a Biztosítottaknak illetve a Társbiztosítottaknak, az általuk megadott és a Biztosító által ismert utolsó értesítési címre.

12.2. 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.

13. § A KAPCSOLATTARTÁS ÉS AZ ÜGYFÉL-TÁJÉKOZTATÁS NYELVE

A Biztosító és a Biztosított illetve a Társbiztosítottak kapcsolattartása, valamint a Biztosítottak illetve Társbiztosítottak tájékoztatása **magyar nyelven** történik.

14. § ALKALMAZANDÓ JOG, ELJÁRÓ BÍRÓSÁGOK

Jogvita esetén a magyar jog rendelkezései, elsősorban a Polgári Törvénykönyv, a Bit. és a vonatkozó hatályos magyar jogszabályok irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosítotti jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar.

15. § PANASZOK BEJELENTÉSE, JOGORVOSLAT

15.1. A Biztosító működésével vagy szolgáltatásának teljesítésével kapcsolatos panaszokat:

a) írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségeken lehet bejelenteni:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
(1461 Budapest Pf. 131.; tel. szám: 061 486-4343)

b) személyesen az alábbi címen lehet megtenni:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
(1134 Budapest, Váci út 33.)

15.2. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a Szerződőhöz érkezik be, a Szerződő a Biztosítottakat illetve a Társbiztosítottakat a Biztosítóhoz irányítja.

15.3. A Biztosító a szóbeli panaszt (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges) azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha az Biztosított illetve Társbiztosított a panasz kezelésével nem ért egyet, a Biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a panaszosnak átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek - indokolással ellátott álláspontjának megküldésével egyidejűleg - megküldi.

15.4. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén a panaszosnak - indokolással ellátott álláspontjának megküldésével egyidejűleg - megküldi.

15.5. A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.

15.6. A Biztosító felügyeleti szerve:

Magyar Nemzeti Bank
(1054 Budapest, Szabadság tér 8-9;
központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)

15.7. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

Amennyiben a Biztosított a Biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy

a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; helyi tarifával hívható kék szám: (+36-40) 203-776; web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mbn.hu);

- b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172; Telefon: 06-1-489-9100; E-mail: pbt@mnf.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

1. számú melléklet

Szolgáltatási táblázat

A Biztosító a következő szolgáltatásokat nyújtja:

Asszisztencia-szolgáltatások	Egyéni csomag	Családi csomag
Orvosi call center	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény	korlátlan	korlátlan
Egyéni szűrési terv telefonos felmérés alapján	naptári évente max. 1 alkalommal	naptári évente max. 1 alkalommal
Kockázatok		
Bármely okú kórházi napi térítés esetén (7-50 nap)	3 000 Ft/nap	3 000 Ft/nap
Bármely okú műtéti térítés		
kis műtét	20 000 Ft	20 000 Ft
közepes műtét	100 000 Ft	100 000 Ft
nagy műtét	150 000 Ft	150 000 Ft
kiemelt műtét	200 000 Ft	200 000 Ft
Kritikus betegségek*:		
szívinfarktus	800 000 Ft	800 000 Ft
rosszindulatú daganat		
agyi érkatasztrófa		
veseelégtelenség		
bypass műtét		
szervátültetés		
sclerosis multiplex		
vakság		

*a biztosítás tartama alatt a Biztosító a szerződésben nevesített kritikus betegségek vonatkozásában betegségenként összesen legfeljebb 1 alkalommal vállalja biztosítási szolgáltatás teljesítését, ezt követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége az adott kritikus betegségre vonatkozóan megszűnik.

A szolgáltatások teljesítésére a Biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a Biztosított illetve Társbiztosított életében sor került.