

**Medicover Egészségbiztosítási Általános Feltételek /
Medicover General Terms and Conditions for Health Insurance**

A **Medicover** Egészségbiztosítási Általános Feltételek (továbbiakban: Feltételek) - ellenkező megállapodás hiányában - a Medicover Főrsákrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe által képviselt Biztosító (továbbiakban: Biztosító) azon szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződésére (továbbiakban: Szerződés) hatályos, melyet a jelen Feltételekre hivatkozással kötöttek.

Glosszárrium - Értelmező rendelkezések, Szószedet

A Feltételek alkalmazásában:

24-órás (7/24) egészségügyi tanácsadás: előre meghirdetett telefonszám(ok)on minden nap, a nap 24 órájában, megszakítás nélkül, folyamatosan működő telefonos szolgáltatás, melyen keresztül egészségügyi személyzettől széleskörűen kaphatók az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos hasznos információk, továbbá a nem tervezhető egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben igénybejelentésre kerülhet sor, illetve egészségügyi tanácsadás vehető igénybe.

Akut (egészségügyi) ellátási esetek (Akut esetek) az alábbiak:

- a) a baleset, betegség illetve egészségkárosodás, amely az egészségügyi, orvosszakma és a jog szabályai szerint azonnali egészségügyi ellátásra szorul.
- b) jogszabályban meghatározott sürgős szükség (ideértve az életmentő beavatkozásokat igénylő eseteket) és veszélyeztető állapot,
- c) azok az - egészségügyi, orvosszakma szabályai szerinti - akut állapotok, akár krónikus betegséggel kapcsolatban is, amikor olyan tünetek azonosíthatók, amelyek alapján és az orvosszakma szabályai szerint 48 órán belüli orvosi ellátásra van szükség (így különösen: magas láz, görcsös fájdalom, hasmenés, hányás, heveny fertőzés, eszméletvesztés, alvászavar, vérértelmezés, mély és vagy nagy kiterjedésű nyílt seb, indokolatlanul magas vagy rendkívül alacsony vérnyomás és/vagy pulzusszám, érzékszervek képességének hirtelen és nagymértékű romlása).

Akut fogászati ellátás: orvosszakmai szempontból indokolt, nem esztétikai céllal igénybe vett, a hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelő, akut ellátási esetből származó, az állapot stabilizálását illetve helyreállítását szolgáló és a szakmai feltételeknek megfelelő fog- illetve szájszabószeti, fogmegtartó (szak)ellátás (különösen: foghúzás, fogtömés, beültetés, implantátumok behelyezése, műfogak és műfogsorok készítése, góckeresés, gyulladt fog kitisztítása és a gyulladás kezelése, fogkö eltávolítása).

Alapellátás (egészségügyi vagy orvosi rendelkezésre állás): betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, az alapellátásra és a házi orvosok által végzett ellátásokra vonatkozó hatályos jogszabályokban foglaltaknak megfelelő egészségügyi szolgáltatás. Alapellátásnak minősül továbbá az első vizit belgyógyászatban, nőgyógyászatban, gyermekgyógyászatban, s ennek keretében orvosi konzultáció, kivizsgálás és tanácsadás rendelési időben. A belgyógyászati, nőgyógyászati és gyermekgyógyászati - egészségi állapotot, gyógykezelés hatékonyságát illetve eredményességét ellenőrző - vizsgálat és a nem első vizitek nem alapellátásnak, hanem járóbeteg-ellátásnak minősülnek. Alapellátásnak tekintendők a Feltételek alkalmazásában az alábbiak is: EKG-vizsgálat, azonnali vércukormérés és vizeletteszt elvégzése, jogosítványhoz szükséges vizsgálatok, influenza és egyéb fertőzések, betegségek elleni védőoltások beadása.

Ambuláns műtét: olyan - járóbeteg-ellátás keretében végzett - műtét, amely után, a beavatkozást követően az ellátott személy megfigyelés után még a beavatkozás napján otthonába bocsátható, és amely nem minősül sem fekvőbeteg-ellátásnak, sem egynapos sebészetnek.

Állapotstabilizáló fogászati ellátás: orvosszakmai szempontból indokolt, nem esztétikai céllal igénybe vett, a hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelő, sürgősségi, az állapot stabilizálását szolgáló és a szakmai minimum feltételeket meg nem haladó - fogászati, fog- illetve szájszabószeti, fogmegtartó szakellátás (foghúzás, fogtömés, gyulladt fog kitisztítása és a gyulladás első kezelése).



Ápolás: azoknak a jogszabályban meghatározott ápoló és gondozó ellátásoknak, eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a páciens állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése a páciens emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával.

Baleset: a Biztosított akaratától független, egyszeri és hirtelen fellépő külső, fizikai és/vagy kémiai behatás, amely esemény a biztosítás tartama alatt következik be, és amelynek következtében a Biztosított a baleset időpontját követő 7 napon belül testi sérülést illetve egészségkárosodást szenved vagy amely a halálát okozza. Jelen Feltételek alkalmazásában nem minősül balesetnek a szívinfarktus, az agyi érkatasztrófa (stroke), az ájulás (collapsus).

Baleseti állapotstabilizáló fogászati ellátás: olyan állapotstabilizáló fogászati ellátás, amely baleset következtében vált szükségessé.

Beavatkozás (egészségügyi vagy orvosi): betegséget, egészségi állapot romlását illetve stabilitásának elvesztését megelőző, vagy diagnosztikus, illetve terápiás, vagy rehabilitációs esetleg más célú, a szakma szabályainak megfelelő, szervek és szövetek eltávolítása, vagy más fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichés eljárás, amely a páciens szervezetében változást idéz vagy idézhet elő. **Invazív** a beavatkozás, ha az ellátandó egyén testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a páciens számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat.

Beléptetés (belépés): jogi hatással járó intézkedés, mely során a Szerződő - tipikusan a Biztosított hozzájárulásával - a Szerződés hatályának a biztosítandó személyre vonatkozó kiterjesztését írásban kezdeményezi a Biztosítónál, ami ajánlatnak minősül a Biztosított vonatkozásában. **Belépés** alatt azt értjük, hogy a Biztosítottra vonatkozó ajánlatot a Biztosító elfogadta, és a Szerződés hatálya a Biztosítottra kiterjed, azaz megindul a Biztosító kockázatviselés a Biztosítottra vonatkozóan.

Betegség: az egészségügyi illetve orvosszakma általánosan elismert állása szerinti rendellenes testi vagy szellemi állapot.

Betegszállítás: orvos rendelése alapján a páciens - jogszabályban meghatározott feltételeknek megfelelő - szállítása abból a célból, hogy a páciens számára biztosítsák az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést abban a - mentőápolói felügyeletet nem igénylő - esetben, amikor az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem biztosítható.

Biztosítási ajánlat: a Szerződő Biztosítóhoz benyújtott, biztosítás megkötését kezdeményező nyilatkozata, melyet teljes és valóságnak megfelelő kitöltése után lehet benyújtani a Biztosítónak.

Biztosítási csomag: lásd: biztosítási fedezet.

Biztosítási díj: a Szerződőtől a Biztosítónak járó pénzösszeg, amely a biztosítási szerződés alapján a Biztosító által vállalt kockázatnak az ellenértéke.

Biztosítási esemény: a Biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan, általában kedvezőtlen változás, amely független a Biztosított akaratától, és amely esemény alapján a Biztosítónak szolgáltatási kötelezettsége keletkezik a Biztosítottra vonatkozó biztosítási szerződés szerint.

Biztosítási évforduló: a tartamon belül a biztosítási időszak(ok) első napja, tehát amellyel a biztosítási időszak illetve új biztosítási időszak kezdődik.

Biztosítási fedezet: olyan egészségügyi szolgáltatások, szolgáltatásfajták, melyek igénybevételére a Biztosított vagy a Szerződésben meghatározott más személy - részben vagy egészben térítésmentesen - a Biztosítóval megkötött biztosítási szerződésének hatálya és a Feltételek szabályozásai alapján jogosult.

Biztosítási időszak: biztosítási évforduló napjától a következő évfordulóig, illetve lejáró biztosítási szerződés esetén a lejáratot megelőző évforduló napjától a lejárat napjáig terjedő időszak(ok) a biztosítási szerződés tartamán belül.

Biztosítási szerződés: meghatározott biztosítási feltételekre való hivatkozással megkötött szerződés, amelyet biztosítási ajánlattal is kezdeményezhetnek, és amelynek létrejöttét biztosítási kötvény igazolja, illetve amelyet közvetlenül szerződve kötnek meg.



Biztosított Nyilatkozata: a biztosítási szerződés részét képező írásbeli dokumentum, amely tartalmazza különösen a Biztosított (biztosítandó személy) arra vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát, hogy Szerződő és Biztosító között létrejött biztosítási szerződés hatálya rá is kiterjedjen, s amely tartalmazza továbbá a Biztosított jogaira és kötelezettségeire vonatkozó tájékoztatásra való utalást, a Biztosított személyes, egészségügyi adatait kezelő intézményekre, személyekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést, illetve a Biztosítottnak a szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos engedményező nyilatkozatát.

Biztosított kategóriák: biztosítási tarifák megadásához használt csoportok, melyekbe a biztosító társaság a biztosítandó személyeket sorolja a biztosítandókat jellemző különféle szempontok alapján, különösen belépési illetve biztosítási időszakba lépési kor, nem, foglalkozás, (sport)tevékenység és jellege, valamint a biztosítás tartama és a biztosítási fedezet tartalma illetve paraméterei, az egy szerződés keretében biztosítottak létszáma, a kedvezmény illetve pótdíj alkalmazásának különféle eshetőségei, és esetleg a díjfizetés gyakorisága illetve módja szerint.

Call Center: előre meghirdetett telefonszám(ok)on és időszakokban (munkanapokon, kiterjedt munkaidőben) igénybe vehető telefonos szolgáltatás, melyen keresztül tervezhető illetve programozott egészségügyi ellátásokra lehet időpontot egyeztetni illetve foglalni.

Csomagváltás: lásd: fedezetváltás.

Diagnosztika: a páciens panaszának feltárására irányuló orvosi vizsgálat.

Díjfizetés kezdő napja: az ajánlaton illetve a Szerződésben/Kötvényen, a Feltételek szabályozásaiban foglaltaknak megfelelően díjfizetés kezdő napjaként vagy biztosítás kezdeteként megadott nap, amellyel kezdődően a Biztosító a biztosítás első díját számolja.

Díjfizetési gyakoriság: rendszeres éves díjas biztosítási szerződés díjfizetési periódusa, melyet az ajánlaton illetve a biztosítási szerződésben/kötvényen határoznak meg.

Díjfizetési időszak: a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszak(ok) - tipikusan év, félév, negyedév vagy hónap, a biztosítási időszakon illetve a tartamon belül, amely(ek)re vonatkozóan esedékessé válik, válnak a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő biztosítási díj(ak).

Díjigazítás: a tarifaváltás érvényesítése a következő biztosítási időszakba lépő biztosítási szerződésre a biztosítási évforduló napjával, tehát a biztosítási időszak kezdetével hatályba lépően.

Díjsszabás: a biztosítás tarifáit, kedvezményeit, pótdíjait, választható tartamát, fizetési módjait illetve díjfizetési gyakoriságait, és más kondícióit, előírásait, kötöttségeit, szabályozásait, kötési feltételeit tartalmazó összefoglaló gyűjtemény.

Egészségi nyilatkozat: a Biztosító által alkalmazott, a Biztosított (biztosítandó személy) egészségi státuszának felmérését szolgáló olyan kérdéssor és nyilatkozat, amelynek célja egyrészt a biztosítandó személy már meglévő betegségeinek, sérüléseinek, egészségkárosodásainak a felmérése, másrészt a biztosítandó fél - betegségi illetve sérülési, egészségkárosodási tüneteket nem produkáló - lappangó betegségének, romlani képes egészségi vagy kórmegelőző állapotának, betegsége hajlamosító kockázati tényezőinek - a gyógyíthatóság illetve az egészségi állapot romlása szempontjából - korai vagy időben történő felismerése és feltérképezése. Az Egészségi Nyilatkozat a Biztosított Biztosító irányában tett nyilatkozatának részét képezi, amennyiben ezt a nyilatkozattételi kötelezettséget a Biztosító előírja vagy a biztosítás megkötésének feltételül szabja.

Egészségkárosodás (maradandó): az egész szervezetre vonatkoztatott, a szervezet felépítésében, funkcióiban betegség, sérülés vagy öröklött, illetve veleszületett, vagy szerzett rendellenesség következtében kialakult kedvezőtlen változás. Maradandó az egészségkárosodás, ha nem rehabilitálható, illetve az egészségkárosodás foka nem csökkenthető.

Egészségügyi személyzet: az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személy.



Egészségügyi dokumentum, dokumentáció: az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, a hatályos jogszabályok alapján és az egészségügyi, orvosszakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. A Feltételek alkalmazásában, jogszabályokban meghatározott egészségügyi dokumentumok különösen a részben jogszabályban is szabályozott alábbi iratok: ambulánslap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény(másolat), beutaló(másolat).

Egészségügyi ellátás: a páciens egészségi állapotához kapcsolódó, az egészségügyi, orvosszakma szabályainak és a hatályos egészségügyi törvények rendelkezéseinek megfelelően szolgáltatott és dokumentált egészségügyi tevékenységek összessége.

Egészségügyi szakma: egészségügyi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) minimumfeltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben.

Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely a páciens 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 páciens vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a páciens vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul. Egészségügyi szolgáltatásnak minősülnek a Feltételek alkalmazásában a gyógyszerekkel, gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabályok szerinti tevékenységek is, valamint a mentés és a betegszállítás, a szülészeti ellátás, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal, - ideértve az ehhez kapcsolódó - a halottak szállításával összefüggő külön jogszabály szerinti tevékenységek is.

Egészségügyi szolgáltató (intézmény): a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, a hatályos jogszabályok alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult, az egészségügyi államigazgatási szerv által - Magyarországra vonatkozóan - kiadott működési engedéllyel rendelkező egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet. A Feltételek alkalmazásában nem tekintendő egészségügyi szolgáltatónak a külön jogszabály szerinti fürdő-és klímagyógyintézetek illetve gyógyhelyek, a szanatóriumok, gyógyfürdők, gyógyüdülők, pszichiátriai intézetek, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények (a továbbiakban együtt: más egészségügyi intézmények), még abban az esetben sem, ha azokban egészségügyi szolgáltatást teljesítenek. A Feltételek alkalmazásában nem minősülnek egészségügyi szolgáltatónak - egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult - intézményeknek az olyan egészségügyi ellátást teljesítő osztályai, részlegei sem, amelyek a más egészségügyi intézmények jellegének megfelelő egészségügyi szolgáltatást nyújtanak a páciensnek, Biztosítottnak.

Egészségügyi tevékenység: egészségügyi tevékenység: az egészségügyi szolgáltatás részét képező minden tevékenység, kivéve azon tevékenységeket, amelyek végzéséhez nem szükséges egészségügyi szakképesítés vagy egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy szakmai felügyelete.

Egynapos sebészet: jogszabályban meghatározott olyan tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre specializáltan működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt, és elvégezhető a páciens választása és vizsgálati eredménye alapján, és amely elvégzését követően - függetlenül attól, hogy altatásban vagy anélkül végezték - a páciens a műtétet követő 24 órán belüli megfigyelés után, a saját lábán, kísérővel hagyhatja el a klinikát.



Elektív egészségügyi illetve orvosi ellátás: lásd: tervezhető egészségügyi illetve orvosi ellátás.

Ellátásszervezés: lásd: szolgáltatásszervezés.

Ellátásszervező: lásd: szolgáltatásszervező.

Életfenntartó beavatkozás: a páciens életének mesterséges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányuló egészségügyi tevékenység.

Életmentő beavatkozás: sürgős szükség esetén a páciens életének megmentésére irányuló egészségügyi tevékenység.

Embrió: élő és kialakulófélben lévő emberi lény a megtermékenyítés befejeződése után a terhesség 12. hetéig.

Emelt szintű egészségügyi (kórházi és hotel-) szolgáltatás: egészségügyi szolgáltató (kórház) szerves részeként működő, a páciensek egészségügyi (fekvőbetegek-)ellátását a magyarországi gyakorlat szerinti átlagos illetve standard (kórházi és hotel jellegű) szolgáltatásnál magasabb színvonalon biztosító, egészségügyi szolgáltatóként (kórházanként) megadott protokoll alapján szervezett és nyújtott természetbeni szolgáltatás, amely kiterjed az egyén egészségügyi (kórházi) vizsgálatának, gyógykezelésének, ellátásának megszervezésére, valamint a minőségi ellátást nyújtó személyzet és ellátási környezet biztosítására.

Expatrióta: az a személy, akinek állandó lakhelye nem Magyarországon van és nem is tartózkodik legalább 183 napig jogszerűen Magyarországon, vagy nem rendelkezik Magyarországon érvényes társadalombiztosítási vagy azt helyettesítő egészségbiztosítási fedezettel.

Fedezetváltás: Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet megváltoztatása a biztosítási szerződés keretében - tipikusan - a biztosítási időszak lejárata követő nappal, tehát a biztosítási évforduló napjával kezdődően.

Fejlett diagnosztika: a Feltételek elválaszthatatlan részét képező Szolgáltatások Listájában meghatározott, betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált olyan - az ellátásra vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelő - fejlett, szakorvos által teljesített - akár képalkotó - berendezéseket alkalmazó diagnosztika, amelyre a páciensnek - szakorvos által elrendelten, egészségügyi dokumentációval igazolható módon - van szüksége, elsősorban betegség, sérülés illetve egészségkárosodás korai felismerése, kimutatása, megállapítása, beazonosítása, eredetének megtalálása vagy az alkalmazandó gyógykezelés meghatározása, a terápia eredményességének követése illetve a gyógykezelés monitorozása céljából, vagy szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret-, struktúra-, helyzetbeli eltérései igazolhatók a segítségével nagy térbeli részletességgel.

Fekvőbeteg-ellátás: a páciens folyamatos egészségügyi ellátását végző orvos, kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, illetve a páciens jelentkezése alapján - a fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelő - fekvőbeteg-gyógyintézetben, kórházban - folyamatos benntartózkodás mellett vagy meghatározott napszakokban - nyújtott diagnosztikai, gyógykezelési célú egészségügyi szolgáltatás, illetve olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt - szükség esetén - a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított. Így fekvőbeteg-ellátásnak minősül a fekvőbeteg-gyógyintézetben, kórházban a páciensen diagnosztikai, gyógykezelési céllal végzett műtét (annak pre- és postoperatív szakaszaival együtt), különösen, ha a páciens a neki nyújtandó egészségügyi ellátás céljából a fekvőbeteg-gyógyintézetbe, kórházba több napra szólóan vesznek fel. Az egészségügyi szolgáltató intézményébe való felvétel több napra szól, ha a páciens az intézménybe való felvétele, illetve elbocsátása napja között minden éjszakát az intézményben tölt egészségügyi ellátásával összefüggésben, és az intézményből való elbocsátás későbbi napon történik, mint az intézménybe való felvétel.

Gyógykezelés: lásd: kezelés.



Gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz: orvosszakmai szempontból indokolt, a vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelő, (szak)orvos által felírt, elrendelt vagy - a Feltételek alapján - jóváhagyott gyógyszerek, kötszerek, gyógyászati segédeszközök.

Gyógyszernek, kötszernek, gyógyászati segédeszköznek csak azok a szerek, kellékek, eszközök minősülnek, amelyeket Magyarországon gyógyszerként, kötszerként, gyógyászati segédeszközként bejegyeztek és elismertek. A látásjavító eszközök (szemüveg, kontaktlencse, látóüveg, stb.), a hallásjavító eszközök és a fogászati ellátás keretében felhasznált anyagok, eszközök (műfog, műfogsor, tömések, implantátumok, fogszabályzók, fogfehérítő anyagok és eszközök, stb.) nem minősülnek gyógyászati segédeszköznek.

Halál (biológiai): amikor a légzés, a keringés és az agyműködés teljes megszűnése miatt az egyén (emberi szervezet) visszafordíthatatlan felbomlása megindul.

Haldokló páciens gondozása: haldokló egyén olyan gondozó (főleg palliatív) ellátása, amelynek célja nem pusztán a fájdalom csillapítása, hanem a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő páciens testi, lelki ápolása-gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése.

Hazaszállítás: a Biztosított állampolgársága vagy állandó lakhelye szerinti országba történő, orvosszakmai szempontból indokolt és egészségügyi szempontoknak megfelelő szállítása erre szakosodott szolgáltató közreműködésével, ha a Biztosító is ezt javasolja, továbbá a Biztosított (vagy közvetlen hozzátartozója, hozzátartozói) bejegyzésével történik és az egyén egészségi állapota is ezt lehetővé teszi. A szállítás indokolt különösen akkor, ha a páciens baleset vagy betegség miatt végső stádiumban van (a halál bekövetkezése nagy valószínűséggel várható, az orvosi vélemény pedig elutasítja az aktív terápiát a gyógykezelés és a tünetek enyhítése érdekében is), vagy ha a limit(ek)nek a biztosítási időszakban még fel nem használt része a Biztosított várható további szükséges egészségügyi ellátásának költségére már nem nyújt elegendő illetve megfelelő fedezetet.

Háziorvos: a hozzá bejelentkezett páciensek egészségügyi ellátását jogszabály alapján koordináló, illetve alapellátást nyújtó orvos.

Házivizit: előre meghirdetett helységeken, területeken rendelkezésre álló, a páciens lakhelyén illetve tartózkodási helyén (otthonában) - a 7/24 órás egészségügyi tanácsadó szolgáltatás telefonvonalán bejelentett akut ellátási esetekben - igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás, mely során a pácienshez háziorvosi szolgáltatással megegyező tartalmú ellátást nyújtó orvost illetve gyermekorvost küldenek orvosi vizsgálat elvégzése és orvosi indikáció (javaslat illetve továbbküldés) céljából, hogy biztosítsák az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, ha a házivizit orvosszakmai szempontból indokolt illetve támogatott, és a páciensnek nehézséget okozna közvetlenül egészségügyi szolgáltatóhoz fordulni, ezért a 7/24 órás egészségügyi szolgáltatás vonalán erre a szolgáltatásra vonatkozó ellátási igényt terjesztenek elő vagy egészségügyi személyzet ezt javasolja.

Hospice: lásd: haldokló páciens gondozása.

Járóbeteg-ellátás: a páciens folyamatos egészségügyi ellátását, gondozását végző orvos beutalása illetve a páciens jelentkezése alapján - a járóbeteg-szakellátásra vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelő - szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmyszerű szakorvosi gondozás vagy diagnosztikai, gyógykezelési célú egészségügyi ellátás, illetve szakorvosi konzílium, ha az nem minősül sem fekvőbeteg-ellátásnak, sem egynapos sebészetnek, sem pedig fekvőbeteg-szakellátást igénylő, krónikus betegség esetében alkalmazott folyamatos, szakorvos által teljesített, egészségügyi ellátásnak, szolgáltatásnak.

Kezelés: a páciens betegségével, sérülésével, egészségkárosodásával illetve egészségi állapotával kapcsolatos diagnosztikai, vizsgálati, terápiás eljárás, továbbá ezek keretében végzett beavatkozás, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, melyet (szak)orvos, illetve (szak)orvosok nyújtanak, mint kezelőorvos(ok).

Kezelőorvos: a páciens betegségével, sérülésével, egészségkárosodásával illetve egészségi



állapotának felméréseivel összefüggő diagnosztikai, vizsgálati, terápiás eljárást felállító, továbbá ezek keretében beavatkozásokat, egészségügyi ellátást vagy szolgáltatást nyújtó (szak)orvos, aki a páciens egészségi állapotáért, megfelelő egészségügyi ellátásáért felel.

Kiléptetés (kilépés): jogi hatással járó intézkedés, mely során a Szerződő a Biztosított hozzájárulásával a Szerződés hatályának a Biztosítottra vonatkozó megszüntetését írásban kezdeményezi a Biztosítónál, ami szerződés módosítási igénybejelentésnek minősül. **Kilépés** alatt azt értjük, hogy a Biztosítottra vonatkozó igénybejelentést a Biztosító tudomásul vette illetve elfogadta, és megszűnik a Biztosító kockázatviselés a Biztosítottra vonatkozóan.

Kisműtét: azok az ambuláns műtétek, melyek helyi beavatkozásokat igényelnek, kis területre korlátozódnak, így különösen sebek bevarrása, különböző bőrelváltozások kimetszése, ganglionműtétek, arthroszkópiák.

Klinikai szakpszichológia: jogszabályban meghatározott egészségügyi tevékenység, amely a lelki egészség megőrzésére és helyreállítására, illetve a lelki zavarok megállapítására, vizsgálatára és okainak feltárására, továbbá az egyes betegségek diagnosztizálásához szükséges pszichodiagnosztikai vizsgálatok végzésére, valamint a lelki zavarok pszichológiai módszerekkel történő korrekciójára irányul.

Kockázatbírálás: a biztosítási szerződés megkötése illetve a biztosítási szerződés hatályának Biztosítottra vonatkozó kiterjesztése előtt a Biztosító által végzett olyan tevékenység, amellyel a Biztosító a Biztosított (biztosítandó személy) egészségi állapotát méri fel egészségi nyilatkozat, szűrővizsgálat és a Biztosító által elrendelt vagy elfogadott egyéb orvosi vizsgálat eredményének segítségével abból a célból, hogy a Biztosító ennek alapján hozzon döntést a Biztosítottra vonatkozó kockázat elvállalásáról.

Kórház: jogszabályban meghatározott fekvőbeteg-szakellátást nyújtó, a szakmai felügyelet által elismert és engedélyezett egészségügyi szolgáltató (intézmény), amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

Kötvény: a biztosítási szerződés létrejöttét megerősítően igazoló dokumentum.

Közele hozzátartozó: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbe fogadó, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, valamint a testvér házastársa.

Krónikus betegség: olyan diagnosztizált betegség vagy orvos által minősített állapot, amely állandó vagy időszakos járóbeteg- és/vagy fekvőbeteg-ellátást, kórházi tartózkodást igényel, és amelyet lassú kialakulás és/vagy hosszú távú lefolyás (legalább 3 hónap) - közben akár akut periódusok előfordulása, vagy a tünetek csökkenése illetve enyhülése - jellemez.

Krónikus ellátás: a páciens krónikus betegségéhez kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége, ideértve a hatályos jogszabályban megnevezett fekvőbeteg-szakellátást nem igénylő krónikus betegség esetében alkalmazott folyamatos szakorvos által teljesített egészségügyi szolgáltatást illetve ellátást is, mely a hatályos jogszabályban meghatározott járóbeteg-szakellátás körébe tartozik.

Látásjavító eszközök: szemüveg, kontaktlencse és kellékeik.

Limit: a biztosítási szerződésben a Biztosító Biztosítottal kapcsolatos, nem közvetlenül a Medicover Zrt. által teljesített szolgáltatásokra vonatkozó térítési kötelezettségének a maximuma - a limittel rendelkező szolgáltatásfajtákra vonatkozóan - a biztosítási időszakba eső biztosítási eseményekkel összefüggésben. A limit tehát biztosítási fedezethez, azon belüli szolgáltatásfajtákhoz tartozik, és biztosítási időszakonként, valamint Biztosítottanként alkalmazandó.

Magzat: a méhen belül fejlődő emberi lény a terhesség 12. hetétől.

Meddőség: nemző- illetve fogamzóképtelen állapot.

Medicover egészségügyi központok: a Medicover Zrt. saját egészségügyi szolgáltató helyei.

Medicover szolgáltatási pontok: a Medicover egészségügyi központok és más olyan egészségügyi szolgáltatók, akikkel a Medicover Zrt.-nek együttműködési megállapodása van.



Megelőző eljárás (ellátás): hatályos jogszabályban meghatározott, a betegségek, köztük a fertőző betegségek, megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi ellátás, ideértve a hatályos jogszabályban megnevezett megelőzési célú járóbeteg-szakellátást is.

Mentés: az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló páciensnek a feltalálási helyén, mentésre feljogosított szervezet által végzett, jogszabályban meghatározott sürgősségi ellátása, illetve, ehhez szükség szerint kapcsolódóan, a páciens egészségi állapotának megfelelő ellátására alkalmas legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása, és a szállítás közben végzett ellátása.

Műtét: az orvosszakma szabályainak megfelelő diagnosztikus illetve gyógyító/terápiás célú műszeres orvosi beavatkozás, melyet (többnyire) altatásban vagy helyi illetve vezetéssel végzik.

Nem-konvencionális eljárások: az egészség és betegség eltérő szemléletén, a konvencionális, természettudományosan megalapozott eljárásoktól eltérő megközelítésből eredő olyan módszereken alapuló gyógyító illetve életminőségjavító egészségügyi ellátások és szolgáltatások, amelyek - a külön jogszabályban foglaltak szerint - a konvencionális gyógyítási módszereket kiegészítő, orvosi ellenőrzés mellett akár helyettesítő, továbbá életmódjavító - külön jogszabályban megnevezett - eljárások, feltéve, hogy a céljuk az egészségi állapot kedvező befolyásolása, a betegségek megelőzése, valamint az egészséget veszélyeztető, illetve károsító tényezőkkel szembeni védekezés lehetővé tétele.

Operáció: lásd: műtét.

Orvosi szakma: orvosi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) minimumfeltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben.

Önrész: biztosítási eseményenként és Biztosított személyenként alkalmazott, a Biztosító által nem térített rész a Biztosítással egyébként fedezett szolgáltatás költségéből. Azoknak a szolgáltatásoknak a tekintetében tehát, amelyekre vonatkozik az önrész, biztosítási eseményenként az egészségügyi szolgáltatás költségéből az önrésszel megegyező mértékkel csökkentett összegre terjed ki a biztosítási fedezet.

Páciens: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy.

Preventív eljárás (ellátás): lásd: megelőző eljárás (ellátás).

Programozott egészségügyi illetve orvosi ellátás: lásd: tervezhető egészségügyi illetve orvosi ellátás.

Pszichiátria páciens: páciens, akinél a kezelőorvos a hatályos jogszabályokban foglaltak szerint mentális és viselkedészavar illetve a szándékos önártalom diagnózisát állítja fel.

Pszichiátriai intézet: minden olyan egészségügyi szolgáltatást vagy azt is nyújtó egészségügyi szolgáltató, amely pszichiátriai páciensek pszichiátriai betegsükből eredő ellátását, továbbá felügyeletét, gondozását napi 24 órán át biztosítja, függetlenül az intézmény által nyújtott egyéb szolgáltatásoktól, fenntartójától és elnevezésétől, ideértve a külön jogszabály szerinti közösségi pszichiátriai ellátást nyújtó intézetet is. Pszichiátriai intézetnek minősül a pszichiátriai páciensek járóbeteg-szakellátását végző pszichiátriai intézmény, a pszichiátriai páciensek otthona, valamint rehabilitációs intézete, ideértve az átmeneti intézményt is.

Pszichoterápia: jogszabályban meghatározott, többféle módszeren alapuló, tudományosan megalapozott, a pszichés és pszichoszomatikus zavarok esetén alkalmazott, egyéni vagy csoportos formában, több meghatározott időtartamú terápiás ülésben történő, orvosi, pszichológusi vagy pszichoterápiás eljárások végzésére jogosító szakirányú végzettséggel végezhető terápiás eljárás.



Rehabilitáció (orvosi, egészségügyi): orvosi illetve egészségügyi tevékenységek egyénre szabott, tervszerűen és a páciens aktív részvételével alkalmazott összessége, amelynek célja, hogy az egészségi állapotukban károsodott és/vagy fogyatékos pácienseket - az egészségtudomány eszközeivel - meglévő képességeik (ki)fejlesztésével, illetve pótlásával segítsék abban, hogy önállóságukat minél teljesebb mértékben visszanyerjék, és képessé váljanak a családba, munkahelyre (lehetőleg szakmai munkaképességük visszanyerésével), más közösségbe való beilleszkedésre. Rehabilitációnak (orvosi, egészségügyi) minősülnek különösen a jogszabályban meghatározott rehabilitációs célú járóbeteg- és fekvőbeteg-szakellátások, továbbá azok szerves részeként vagy kiegészítőjeként a fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia, valamint a gyógyászati segédeszköz-ellátás és ezek használatának betanítása is, ha azok az alapvető életműködések megtartását, illetve a kiesett funkciók pótlását szolgálják és ezáltal az önfenntartó képességet, az életminőséget és a munkaképességet javítják.

Sajátrész: biztosítási időszakonként és Biztosított személyenként alkalmazott, a Biztosító által nem térített rész a Biztosítással egyébként fedezett szolgáltatás költségéből. Azoknak a szolgáltatásoknak a tekintetében tehát, amelyekre vonatkozik a sajáttrész, biztosítási időszakonként az egészségügyi szolgáltatások költségéből a sajáttrésszel megegyező mértékű összeg feletti részre terjed ki a biztosítási fedezet.

Sérülés: olyan egészséget ért károsodás, amely a páciens valamely szervét, szervrendszerét vagy szövetét, szövetegyüttesét éri, és amely közvetlenül baleset következtében alakul ki, különösen, ha a baleset bekövetkezésétől számított 7 napon belül alakul ki.

Standard diagnosztika: a Feltételek elválaszthatatlan részét képező Szolgáltatások Listájában meghatározott, betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált olyan - az ellátásra vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelő - standard, szakorvos által végzett diagnosztika, amelyre a páciensnek balesete vagy betegsége okán szakorvos által elrendelten, egészségügyi dokumentációval igazolható módon van szüksége, elsősorban betegség, sérülés, egészségkárosodás korai felismerése, kimutatása, megállapítása, beazonosítása, eredetének megtalálása vagy az alkalmazandó gyógykezelés meghatározása, a terápia eredményességének követése, vagy a gyógykezelés monitorozása céljából, és nem tartozik a fejlett diagnosztika körébe.

Sürgősségi ellátás: sürgős szükség esetében illetve sürgősségi esetben nyújtott egészségügyi szolgáltatás illetve ellátás.

Sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali orvosi ellátás hiányában a páciens közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

Sürgősségi ügyelet: elsősorban a sürgős szükség eseteinek illetve a sürgősségi esetek befogadására, a hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően kialakított és működtetett egészségügyi szolgáltató, melyen ügyeleti ellátást nyújtanak.

Szakképesítés: az adott tevékenység folytatására jogosító, Magyarországon szerzett, valamint a külföldön szerzett és Magyarországon honosított, illetve elismert, alap-, közép- és felsőfokú szakképzésben, az egyetemi vagy főiskolai szintű alapképzésben, valamint az egyetemi és főiskolai végzettségű egészségügyi dolgozók felsőfokú szakirányú szakképzése során megszerzett szakképzettség.

Szakorvos: szakképesített, valamely orvosi szakterületen illetve szaktárgyból érvényes szakvizsgával rendelkező orvos.

Szemvizsgálat: egészségügyi, az orvosszakma szempontjából indokolt, nem esztétikai céllal igénybe vett, a látóképesség felmérését és látásjavító eszköz illetve kellékei elrendelését szolgáló vizsgálat.

Szerv: az emberi test olyan része, amely szövetek meghatározott szerkezetű egysége, és amelyet, egészben történő eltávolítása esetén, az egyén (emberi szervezet) nem képes regenerálni.

Szerv- és szövetátültetés: szerv és szövet eltávolítása emberi testből (donor), valamint annak más élő személy testébe (recipiens) történő beültetése.



Szolgáltatásfinanszírozás: egészségügyi szolgáltatás költségének - biztosítási szolgáltatásként részben vagy egészben való - megtérítése biztosítási szerződés keretében és az abban foglalt és meghatározott feltételek szerint.

Szolgáltatásszervezés: orvosszakmai szempontból szükséges egészségügyi szolgáltatások (különösen a tervezhető járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás) megszervezése a páciens részére. Szolgáltatásszervezés a Feltételek alkalmazásában: a Biztosított egészségügyi ellátásának menedzselése, az egészségügyi ellátások és az ellátások útjának figyelése, ellenőrzése, kapcsolattartás a Biztosított ellátását végző egészségügyi szolgáltatókkal, Biztosított által a Medicover Zt.-nél mint egészségügyi szolgáltatónál, vagy rajta keresztül, a szolgáltató szervezésében és tudtával illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások adminisztrálása. A Feltétel alapján szolgáltatásszervezés körébe tartoznak a Medicover Zrt.-nél mint egészségügyi szolgáltatónál, vagy rajta keresztül, a szolgáltató szervezésében, tudtával illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátás keretében gyógyszerek, kötszerek, gyógyászati segédeszközök elrendelése, felírása, az ezekről készült számlák befogadása, ellenőrzése, és a számlák ellenértékének megtérítése a szolgáltatási korlátok figyelembevételével.

Szolgáltatásszervező: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül olyan fél, amely a Biztosítóval kötött szerződés alapján jogosult és kötelezett a Biztosított által a Szerződése terhére igénybe vehető - főleg a tervezhető módon hozzáférhető - egészségügyi szolgáltatások megszervezésére, a Biztosítottnak teljesített egészségügyi szolgáltatások minőségi és szakmai ellenőrzésére. A Feltételek alkalmazásában a szolgáltatásszervező a Medicover Zrt., mint egészségügyi szolgáltató. A szolgáltatásszervező - ha csak lehetséges - maga vagy vele szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltató teljesíti azokat az egészségügyi szolgáltatásokat, amelyek a Szerződés fedezete alapján és annak terhére a Biztosított által igénybe vehetők.

Szövet: az emberi test bármely része, ide nem értve a spermiumot, a petesejtet, az embriót, a magzatot, vért és a véralkotórészt.

Szülészeti ellátás és gyermekágy: a szülés, vajúdás alatti és szülés utáni egészségügyi ellátások, melyeket az anyának és a gyermekének nyújtanak a születéssel összefüggésben az ellátást teljesítő az egészségügyi szolgáltatónál.

Szűrővizsgálat: olyan orvosi vizsgálat illetve vizsgálati sor, amelynek célja egyrészt az egészség védelme, az egyén életminőségének és élettartamának növelése a rejtett, lappangó illetve tüneteket nem produkáló betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint az arra hajlamosító kockázati tényezők időben történő, korai - lehetőleg panaszmentes - szakaszban történő aktív felkutatásával, felismerésével, illetve beazonosításával és feltérképezésével.

Tarifa: a biztosítási csomagok, illetve megújult tartalmú biztosítási fedezetek biztosított kategóriák szerinti alaplíjai és a biztosítási díj képzésének kondíciói illetve paraméterei.

Tarifaváltás: a biztosítások költségfedező képességének megőrzése és a kockázatarányos díj elvének alkalmazása érdekében a biztosítótársaság által naptári évenként egyszer végre hajtható módosítás, melynek során a biztosítási csomagok tarifái változhatnak és a biztosítási fedezetek is megújulhatnak.

Tartam (kockázatviselési tartam): időszak, amelyre a biztosítási szerződés létrejön, (illetve amely alatt a Biztosító a kockázatot viseli).

Terápia: lásd: kezelés.

Terhesgondozás, terhességi ellátás: azon egészségügyi beavatkozások, vizsgálatok, szolgáltatások összessége, amelyek járóbeteg-ellátásnak minősülnek és közvetlenül kapcsolódnak terhesség egészségügyi ellátásához.

Területi hatály: az a földrajzi terület, amelyen bekövetkező biztosítási eseményekre vonatkozóan a Biztosító kockázatot visel a Szerződés, különösen a Feltételek alapján.



Tervezhető egészségügyi illetve orvosi ellátás: olyan egészségügyi (orvosi) ellátás, amely egészségügyi illetve orvosszakmai szempontból indokolt és nem minősül akut ellátási esetnek, és amely elvégzése nem igényel 24 órán belüli egészségügyi illetve orvosi ellátást, így elvégzésének időpontja tervezhetően előre egyeztethető, programozható.

Total limit: A total limit a Szerződésben a Biztosító Biztosítottal illetve Biztosítottakkal kapcsolatos, nem közvetlenül a Medicover Zrt. által teljesített szolgáltatásokra vonatkozó térítési kötelezettségének a maximuma a biztosítási időszakba eső összes biztosítási eseménnyel összefüggésben. A total limit tehát biztosítási csomaghoz tartozik, és biztosítási időszakonként, továbbá Biztosítottanként illetve a biztosítási szerződés egészére alkalmazandó.

Transzplantáció: lásd: szerv- és szövetátültetés.

Ügyeleti ellátás: a napi munkarenden kívül bekövetkező sürgősségi esetekben történő, jogszabály szerinti egészségügyi ellátás, amely bizonyos egészségügyi ellátások folyamatos igénybevételének lehetőségét biztosítja, és amelynek célja az egészségügyi szolgáltatók napi munkarend szerinti munkaidő befejezésének időpontjától a következő napi munkarend szerinti munkaidő kezdetéig az ellátást igénylő személy vizsgálata, egészségi állapotának észlelése, alkalomszerű és azonnali sürgősségi beavatkozások, ellátások elvégzése, illetőleg fekvőbeteg-(gyógy)intézetbe történő sürgősségi (ellátásra való) beutalása, valamint a külön jogszabályokban meghatározott eljárásokban való részvétel.

Ügyfél: a Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett, a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy, a szolgáltatási igény előterjesztője; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában Ügyfél az is, aki a Biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz.

Várakozási idő: a biztosítási szerződésben/kötvényen megadott, a Biztosított belépése napjától, mint kockázatviselési kezdettől, számított időszak, ami alatt a Biztosító Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése korlátozott.

Veszélyeztető állapot: olyan egészségi állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya az egyén vagy más személy életét, testi épségét illetve egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene.

Védőoltás: hatályos jogszabályok szerint engedélyezett vakcina (illetve annak beadása), mely olyan hatóanyagokat tartalmaz, amelyek fertőző betegség(ek)kel szembeni aktív, illetve passzív védetség kialakítására alkalmasak, s így védőoltás beadásával a fertőző betegségek terjedése megelőzhető, vagy megbetegedés esetén a gyógyulás elősegíthető illetve megelőzhető a krónikus szövődmények kialakulása.

Vizsgálat (orvosi): olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja a páciens egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása.

1. § Általános rendelkezések

1.1. A biztosítási szerződés alanyai, jogaik és kötelezettségeik

1.1.1. Biztosító, a Medicover Försäkrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe által képviselt Biztosító a biztosítási díj ellenében a Szerződésben meghatározott tartam alatt viseli a biztosítási kockázatot, és a biztosítási esemény bekövetkezte esetén biztosítási szolgáltatást teljesíti.

1.1.2. Szerződő az a fél, aki a biztosítási ajánlatot teszi, illetve akivel a Biztosító a biztosítási szerződést megkötí, és aki egyúttal a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.

1.1.3. Biztosított: az a természetes személy, akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön, és akit az ajánlaton Biztosítottként jelölnek meg. Szerződő csak akkor lehet Biztosított, ha a Feltételek 1.1.4. a) pontjában foglalt szabályoknak is megfelel.

**1.1.4. A Feltételek alkalmazásában Biztosított lehet**

- a) olyan nagykorú személy, aki a biztosítás hatályának rá való kiterjesztése (belépés) napján a 18. életévét már, a 60. életévét még nem töltötte be.
- b) olyan személy is, aki a Szerződés keretében, a Feltételek 1.1.4. a) pontjában foglalt szabályoknak megfelelő, biztosított személy - vele közös levelezési címmel rendelkező - közeli hozzátartozója, és a biztosítás hatályának rá való kiterjesztése (belépés) napján 60. életévét még nem töltötte be, de legalább 6 hónapos. 14. életévét be nem töltött illetve cselekvőképtelen személy csak úgy lehet Biztosított, ha törvényes képviselőjét gyakorló szülője, közeli hozzátartozója Biztosítottként szerepel a Szerződésben.
- c) olyan nem cselekvőképtelen személy, aki a biztosítás hatályának rá való kiterjesztése (belépés) napján a 14. életévét már, a 60. életévét még nem töltötte be.

1.1.5. A Feltételek alkalmazásában létrejött biztosítási szerződés keretében egy csoportba tartoznak azok a Biztosítottak, akik azonos kockázati körbe (azonos tarifát illetve tarifátáblát használva számítható ki rájuk a díj) tartoznak és azonos biztosítási fedezetben részesülnek. A Szerződésben a csoportok képzését a jelen pontban megadott szemponttól eltérő, vagy azt más szempontok alapján tovább finomító elvek alapján is megadhatják a szerződő felek a megállapodásukban, különösen lehetnek egy csoport tagjai az egy háztartásban élő illetve közös lakcímmel rendelkező család tagjai, tehát házastársak illetve gyermekeik, közeli hozzátartozóik.

1.1.6. A Szerződés alkalmazásában a Biztosító nem vállal kockázatot az alább felsorolt foglalkozású, illetve tevékenységet folytató magánszemély tekintetében: akrobata, artista, békefenntartó, fegyveres őr, hírszerző, idegenlégiós, kaszkadőr, kommandós, pénzszállító, testőr, hivatásos vagy szerződéses katona.

1.1.7. A Szerződés tekintetében a Biztosító nem vállal kockázatot versenyző sportoló magánszemélyekre vonatkozóan.

Versenyző sportoló a Feltételek alkalmazásában az a személy, aki az adott napot megelőző 5 évben - beleértve az adott napot is - magyar vagy külföldi sportszövetség vagy más sportszervezet feltételeinek megfelelő sportolói engedéllyel rendelkezett, vagy sporttevékenységét sportszervezettel munkaviszonyban állva, vagy sportszerződés, vagy más, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretében legalább 1 évig űzte.

1.1.8. A 1.1.4.-1.1.7. szabályoktól való eltérésben a szerződő felek közös megegyezéssel és írásban megállapodhatnak, amennyiben a megállapodás a biztosításjogi és fogyasztóvédelmi szabályokkal összeegyeztethető és azokat nem sérti.

1.1.9. A Biztosító a Szerződés keretében nem köteles kockázatot vállalni olyan biztosítandó személlyel kapcsolatban, akire vonatkozóan az ajánlaton illetve beléptetésére vonatkozó ajánlaton megadott belépés napján már hatályos a Biztosítónál kötött másik szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás.

1.1.10. Ha a Szerződő és a Biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, melyet a Biztosított nyilatkozat (továbbiakban: Biztosított Nyilatkozata) kitöltésével és aláírásával tesz meg. A Biztosított Nyilatkozata a Szerződés elválaszthatatlan részét képezi.

1.1.11. Ha a Szerződő és a Biztosított különböző személyek, a Szerződő köteles a biztosítási szerződés keretében Biztosítandó személytől a valóságnak megfelelően, hiánytalanul kitöltött és aláírt Biztosított Nyilatkozatát beszerezni, és azt a Biztosító részére az ajánlattal együtt eljuttatni legkésőbb - ellenkező megállapodás hiányában - a Biztosított igényelt belépésének a napját megelőző 3. munkanapon.

1.1.12. A Szerződő javaslatot tehet a Szerződés módosítására, a Szerződésben már biztosított személy mellett további Biztosított megjelölésére, beléptetésére, illetve kiléptetésére is.



1.1.13. A Biztosított a Szerződő írásbeli beleegyezésével a Szerződésbe Szerződőként bármikor beléphet, kivéve, ha a Biztosított erről a jogáról a Biztosított Nyilatkozatában lemondott. A Biztosított az erre vonatkozó és a Szerződés megkötéséhez adott hozzájáruló nyilatkozatát is a tartam alatt bármikor írásban visszavonhatja.

1.1.14. Kedvezményezett a Biztosító szolgáltatására jogosult személy. Ha a biztosítási szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a Kedvezményezett jelölése hatályát veszítette (különösen, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal), illetve érvénytelen (különösen, ha a Szerződést a Biztosított hozzájárulása nélkül kötötték), a Biztosított életében esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított, a Biztosított halála esetén teljesítendő szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított örököse.

1.2. A biztosítási szerződés létrejötte

1.2.1. A Szerződés illetve a Szerződés a Biztosított vonatkozásában a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával és a Szerződésben megadott napon jön létre, feltéve, hogy a biztosítási díjat a Szerződésben megadott szabályok szerint és határidőn belül megfizették.

1.2.2. A Szerződés illetve a Szerződés a Biztosított vonatkozásában úgy is létrejöhet a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával, hogy azt a Szerződő írásban kezdeményezi (ajánlatot illetve beléptetésre ajánlatot tesz). Ezekben az esetekben a Szerződés illetve a Szerződés a Biztosított vonatkozásában az ajánlatnak, beléptetésre vonatkozó ajánlatnak a Biztosító általi elfogadása időpontjában, illetve - ha a Szerződő a Biztosító módosító javaslatát nem kifogásolja, akkor - a módosító javaslat Szerződő általi kézhezvételekor jön létre.

1.2.3. A Biztosító az ajánlat, a beléptetésre vonatkozó ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végezhet, melynek részeként a Biztosítotthoz kérdéseket intézhet, továbbá a Biztosított egészségi nyilatkozatát, szűrő- illetve a kockázat felméréséhez szükséges más orvosi vizsgálatának elvégzését, illetve egyéb írásos nyilatkozatait is előírhatja.

A Biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni. A kérdésekre adott válaszokban, az egészségi nyilatkozatban illetve más írásos nyilatkozatban minden olyan körülményt a valóságnak megfelelően kell közölni a Biztosítóval, amelyre vonatkozóan a Biztosító kérdéseket tett fel, illetve nyilatkozattételi kötelezettséget írt elő, illetve amely körülményre nézve a Biztosított a Szerződés, különösen a Feltételek alapján nyilatkozni köteles.

1.2.4. Ha a Biztosított a kockázatbíráláshoz szükséges dokumentumokat nem nyújtja be, vagy a bejelentett adatok ellenőrzését nem teszi lehetővé, illetve a Biztosító által elrendelt szűrő-vagy orvosi vizsgálaton nem jelenik meg, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak, a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra nem kezdődik meg.

1.2.5. A Biztosított nyilatkozatai, továbbá a Biztosító által illetve a kockázatbírálás során feltett kérdésekre adott válaszai a Szerződés, az ajánlat illetve a beléptetésre vonatkozó ajánlat részét képezik.

1.2.6. A Biztosító a kockázatbírálás eredményétől függően az ajánlatot illetve a beléptetésre vonatkozó ajánlatot - az ajánlat átvételétől számított 15 napon belül - elfogadhatja, módosító javaslattal élhet vagy elutasíthatja. Ha a Biztosító az ajánlatot illetve a beléptetésre vonatkozó ajánlatot elutasítja, vagy módosító javaslattal él, akkor a Biztosító az elutasítással illetve módosítással kapcsolatban döntését nem köteles indokolni.

1.2.7. Az ajánlat illetve a beléptetésre vonatkozó ajánlat elfogadása a Biztosítónak az ajánlat tartalmával megegyező elfogadó nyilatkozatával történhet. Az írásbeli megállapodást, illetőleg a Biztosító elfogadó nyilatkozatát biztosítási kötvény (igazolójegy, biztosítási bélyeg) kiállításával pótolja. A Szerződő biztosítási kötvény kiadását akkor is követelheti, ha a biztosítási szerződés más módon már létrejött.



1.2.8. Az ajánlattal illetve a beléptetésre vonatkozó ajánlattal összefüggésben a Biztosító az ajánlattól eltérő tartalmú kötvény kiállításával élhet módosító javaslattal. Ezt a rendelkezést lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a Biztosító az eltérésre írásban külön felhívja a Szerződő figyelmét a kötvény megküldésével egyidejűleg. Ha a felhívás elmarad, a biztosítási szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

1.2.9. Ha a Szerződő az ajánlattól illetve a beléptetésre vonatkozó ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben az eltérést - a módosító javaslat kézbesítésétől számított 15 napon belül - írásban nem kifogásolja, a biztosítási szerződés illetve a Szerződés a Biztosított vonatkozásában a kötvény tartalma szerint jön létre. Ha a Szerződő az eltérést a kötvény kézbesítésétől számított 15 napon belül írásban elutasítja, illetve kifogásolja, a biztosítási szerződés illetve a Szerződés a Biztosított vonatkozásában nem jön létre.

1.2.10. Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött biztosítási szerződés illetve a Szerződés Biztosítottra vonatkozó része eltér a jelen Feltételekben foglalt szabályozásoktól (továbbiakban: Szabályozások), a Biztosító 15 napon belül írásban javasolhatja, hogy a biztosítási szerződést illetve a Szerződés Biztosítottra vonatkozó részét a Szabályozásoknak megfelelően módosítsák. Ezt a határidőt attól a naptól kell számítani, amelyen az ajánlat illetve a beléptetésre vonatkozó ajánlat a Biztosítónak kötvénykiállításra jogosult szervéhez beérkezett. Ha a Szerződő a Biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, a Biztosító a Szerződést a módosító javaslat kézbesítésétől, illetve a módosító javaslatnak a Szerződő általi elutasításától számított 15 napon belül 30 napos felmondási idővel felmondhatja.

1.2.11. A biztosítási szerződés illetve a Szerződés a Biztosított vonatkozásában akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra illetve beléptetésre vonatkozó ajánlatra - az ajánlat átvételétől számított 15 napon belül - nem nyilatkozik. Ilyen esetben a biztosítási szerződés illetve a Szerződés a Biztosítottra vonatkozóan az ajánlatnak illetve beléptetésre vonatkozó ajánlatnak a Biztosító vagy a Biztosító függő biztosításközvetítője részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.

1.2.12. A Biztosító jogosult szerződéskötéskor, ajánlattételkor, beléptetéskor a Szerződés illetve a Szerződés Biztosítottra vonatkozó első vagy egyszeri díjának megfelelő díjelőleget beszedni, melyet kamatmentes előlegként (továbbiakban: díjelőleg) kezel. Ha a biztosítási szerződés illetve a Szerződés a Biztosítottra vonatkozóan létrejön, a Biztosító a díjelőleget a biztosítási díjba illetve a Biztosítottra vonatkozó díjba beszámítja.

1.2.13. Ha a biztosítási szerződés illetve a Szerződés a Biztosított vonatkozásában nem jön létre, a biztosító a díjelőleget, illetve annak a megengedett költségek levonása után megmaradó részét a Szerződőnek visszautalja. Megengedett költségnek a Biztosító által teljesített kockázatviselés idejével arányos díj, továbbá a kockázatbírálás részeként végzett szűrő- illetve egyéb orvosi vizsgálatok költsége tekinthető, és csak abban az esetben, ha a biztosítási szerződés illetve a Szerződés a Biztosítottra vonatkozóan azért nem jön létre, mert a Szerződő vagy nem fizette meg az első díjat, vagy a Biztosító módosító javaslattal élt, amit a Szerződő illetve a Biztosított nem fogadott el.

1.2.14. A szerződő felek kifejezett megállapodásukkal a jelen szakaszban foglalt rendelkezésektől eltérően is megegyezhetnek, amennyiben a megállapodás a biztosításra vonatkozó jogi, és fogyasztóvédelmi szabályokat nem sérti.

1.2.15. A biztosítási szerződés közvetítője, amennyiben ilyennel rendelkezik a Szerződés, vagy Független, vagy Függő Biztosításközvetítő. Független Biztosításközvetítő nem minősül a Biztosító képviselőjének. Független Biztosításközvetítő lehet az Alkusz, aki az Ügyfél megbízásából jár el, vagy a Többes Ügynök, aki több biztosítóval fennálló jogviszonya alapján a biztosítók egymással versengő termékeit egyidejűleg is közvetítheti. A Függő Biztosításközvetítő (Ügynök) a biztosítási szerződést a Biztosítóval fennálló munkaviszonya keretében vagy a Biztosító megbízása alapján közvetíti.



1.2.16. A Független Biztosításközvetítő a biztosításközvetítői tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályok megszegésével vagy elmulasztásával esetleg okozott károkért önállóan felel, és ez a felelőssége kiterjed a nevében eljáró személyek tevékenységére is.

1.2.17. A Függhő biztosításközvetítő biztosításközvetítői tevékenysége során okozott károkért a Biztosító felelős.

1.3. A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

1.3.1. Ellenkező megállapodás hiányában, a már létrejött biztosítási szerződés illetve a Szerződés a Biztosított vonatkozásában az azt követő napon lép hatályba, amikor a Szerződő a biztosítás illetve a biztosítás Biztosítottra vonatkozó első díját, a díjelőlegét, vagy egyszeri díját a Biztosító részére megfizeti.

1.3.2. A szerződő felek a díj fizetésére vonatkozóan halasztásban is megállapodhatnak. Ebben az esetben a biztosítás illetve a Szerződés a Biztosítottra vonatkozóan a Szerződésben/Kötvényen meghatározott napon, de legkorábban - ellenkező megállapodás hiányában - a beléptetésről szóló bejelentés Biztosító tudomására jutásától számított 3. munkanap 0 órakor lép hatályba, feltéve, hogy a Szerződő fél az első díjat a Biztosító számlájára a Szerződésben megadott határidőn belül befizeti.

1.3.3. Ha a Szerződő fél a biztosítási díjat a Biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a Biztosító számlájára beérkezettnek kell tekinteni; a Szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be. Az első díj, díjelőleg, egyszeri illetve a biztosítási díj megfizetettnek minősül, ha azt a Függhő Biztosításközvetítő nyugtával illetve számlával igazoltan átvette.

1.3.4. Ha az első díjat, díjelőlegét, egyszeri illetve a biztosítási díjat nem a Biztosító Függhő Biztosításközvetítőjének fizették, a díjat akkor kell megfizetettnek tekinteni, ha és amikor az a Biztosító számlájára beérkezett.

1.3.5. A Biztosított vonatkozásában a kockázatviselés - figyelemmel a Biztosítottra alkalmazott várakozási időre - a Szerződésben/Kötvényen, a Biztosított belépése napján kezdődik meg, feltéve, hogy a díjat a Szerződésben megadott határidőn belül megfizették.

1.3.6. Ellenkező megállapodás hiányában a Biztosító kockázatviselése illetve Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése - figyelemmel a Biztosítottra alkalmazott várakozási időre - a Szerződés illetve a Szerződés Biztosítottra vonatkozó hatálybalépésének időpontjában kezdődik meg.

1.4. Tartam, biztosítási évforduló, biztosítási időszak és várakozási idő

1.4.1. A biztosítási szerződés határozott vagy határozatlan tartamú. Ellenkező megállapodás hiányában a biztosítási szerződés határozatlan tartamú.

1.4.2. A biztosítási évforduló a tartamon belül minden naptári évben az a nap, amely az ajánlaton illetve a Szerződésben/Kötvényen a díjfizetés kezdő napjaként szereplő dátum hónapjának a napja.

1.4.3. A biztosítási időszak egy év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján, 0 órakor kezdődik, és ettől számítva egy évig, a következő biztosítási évfordulót megelőző nap 24 óráig tart.

1.4.4. A Biztosító jogosult várakozási idő kikötésére. A várakozási idő 6 hónapnál nem lehet hosszabb. Ellenkező megállapodás hiányában a várakozási idő 3 hónap a jelen Feltételek alkalmazásában. Egyéb esetekben a várakozási idő tartamát, illetve ha nem alkalmaz a Biztosító várakozási időt, akkor ezt a ténytet az ajánlaton illetve Szerződésben/Kötvényen rögzítik.

1.4.5. A Biztosító a várakozási időt Biztosított személyenként, a Biztosított belépésének a napjától kezdődően alkalmazza.

1.4.6. A Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra vonatkozó várakozási idő alatt részleges, - ellenkező szabályozás, megállapodás hiányában - kizárólag a balesetből eredő sürgősségi esetekre terjed ki, ide nem értve a járóbeteg-ellátást (primer illetve kiterjesztett) és a standard diagnosztikát, melyek esetén a várakozási idő alatt a kockázatviselés az akut ellátási esetekre (is) kiterjed.



1.4.7. A Biztosító a várakozási időre vonatkozóan a kockázatviselését az ajánlaton illetve Szerződésben/Kötvényen meghatározott más esetekre is korlátozhatja, különösen az alábbiakra:

- a) sürgős szükség, és/vagy
- b) balesetek és baleseti következmények.

1.5. Fedezetváltás/Csomagváltás

1.5.1. A Szerződésre (kötvényszámára) és a Biztosítottra vonatkozó hivatkozással a biztosítási csomag megváltoztatására vonatkozó szerződésmódosítási igényt kell írásban benyújtani a Biztosítónak, ha a Biztosítottra vonatkozó fedezet módosítását igényli a Szerződő.

1.5.2. Ellenkező megállapodás hiányában, a csomagváltás kizárólag biztosítási évfordulóval hatályba lépően igényelhető.

1.5.3. A fedezetváltás iránti igénybejelentés egyúttal ajánlatnak minősül, és legkésőbb a biztosítás évfordulót 15 nappal megelőzően kell írásban megküldeni a Biztosítónak.

1.5.4. A csomagváltásra vonatkozó igénybejelentésre a Feltételek ajánlatra vonatkozó rendelkezései (1.2. és 1.3. bekezdések) az irányadók azzal a kitételrel, hogy a fedezetváltás csak akkor lép hatályba, ha a Biztosító a biztosítási csomag megváltoztatására irányuló igénybejelentésre elfogadó nyilatkozatot (kötvényt) állít ki, vagy ha erre vonatkozóan a szerződő felek írásban megállapodnak.

1.5.5. A fedezetváltás hatályba lépésének napja a biztosítási évforduló napja, kivéve, ha a szerződő felek külön másképp nem rendelkeznek.

1.5.6. A fedezetváltás által nem keletkezik új biztosítási szerződés, a Szerződés módosul.

1.5.7. Ha a Szerződés keretében csomagváltást alkalmaznak a Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási évfordulóval kezdődően, akkor az új biztosítási időszakban - az egyebek szerint hatályában változatlanul fenntartott Feltételek és biztosítási fedezet esetén - a Biztosító a biztosítási évfordulótól kezdődően várakozási időt alkalmazhat a Biztosítottra vonatkozóan, a Feltételek várakozási időre vonatkozó szabályozásainak (1.4. bekezdés) betartásával.

A várakozási idő, ha ilyet kiköt a Biztosító, ez esetben csak azoknak a szolgáltatásoknak a tekintetében alkalmazandó, amelyek a fedezetváltás előtti biztosítási időszakban nem voltak az akkor hatályos biztosítási csomag által fedezve a Biztosított vonatkozásában, amelyeket tehát a Biztosítottra vonatkozó korábbi biztosítási fedezet nem tartalmazta.

Csomagváltás esetén a Biztosító a várakozási idő alatt a Biztosított csomagváltása előtti biztosítási időszakban hatályos biztosítási fedezete szerint viseli a kockázatot a Biztosítottra vonatkozóan.

1.6. A biztosítási szerződés megszűnése illetve a Szerződés Biztosítottra vonatkozó megszűnése

1.6.1. A biztosítási szerződés megszűnik a Szerződésben meghatározott időpontban, illetve a Szerződés lejáratá napján 24 órákor, ha a Szerződés határozott tartamú.

1.6.2. A biztosítási szerződés felmondás esetén megszűnik. Ha a szerződő felek másként nem állapodnak meg, a Szerződést bármelyik fél - indoklás nélkül - felmondhatja írásban a biztosítási időszak végére. A felmondási idő 30 nap. A Szerződés felmondása esetén a Szerződés a biztosítási évforduló napját megelőző nap 24 órákor megszűnik.

1.6.3. Ha a Szerződő meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik, és Biztosított nem lép a Szerződő helyébe, akkor a biztosítási szerződés is megszűnik a jogutód nélküli megszűnés időpontjában. Ebben az esetben a biztosítási időszakra vonatkozó és már befizetett díjakat a Biztosító nem köteles visszatéríteni.

1.6.4. A biztosítási szerződés megszűnik a díjfizetés elmulasztása esetén, az első elmaradt díj esedékességétől számított 2 hónap leteltével, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg és a Szerződő újabb halasztást sem kapott, illetve a Biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette, kivéve, ha a szerződő felek másként nem állapodtak meg.



1.6.5. Ha a Szerződő a Biztosított kiléptetését kezdeményezi - a Szerződésben meghatározott módon és határidő megtartásával - a Biztosítónak írásban benyújtott nyilatkozattal, a Szerződés a Biztosított vonatkozásában megszűnik a Szerződésben meghatározott napon, ellenkező megállapodás hiányában a kiléptetésről szóló bejelentésben meghatározott napon, de legkorábban a bejelentés Biztosító tudomására jutásától számított 3. munkanapon.

1.6.6. A Szerződés a Biztosított tekintetében a Biztosítottra vonatkozó felmondás esetén megszűnik. Ha a szerződő felek másként nem állapodnak meg, a Szerződést a Biztosított vonatkozásában bármelyik fél - indoklás nélkül - felmondhatja írásban a biztosítási időszak végére. A felmondási idő 30 nap. A Szerződés Biztosítottra vonatkozó felmondása esetén a Szerződés a Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási évforduló napját megelőző nap 24 órákor megszűnik.

1.6.7. A Szerződés megszűnik a Biztosított tekintetében a Biztosított halála esetén, a halál napjával. Ebben az esetben a biztosítási időszakra vonatkozó és már befizetett díjjal a Biztosító a Szerződő felé elszámol, és a díjnak a Biztosító tényleges kockázatviselési idejével arányos részének a levonása után megmaradó részt (meg nem szolgált díjrész) a Biztosító visszatéríti a Szerződőnek a megszűnés alapját adó ok Biztosító általi tudomásszerzéstől számított 30 napon belül.

1.6.8. A Szerződés a Biztosított tekintetében - ellenkező megállapodás hiányában - megszűnik annak a biztosítási időszakra a végén, amelyben a Biztosított a 65. életévét betölti.

1.6.9. Ha a Biztosító felmondja a Szerződést illetve a Szerződést a Biztosítottra vonatkozóan a közlési kötelezettség megsértése miatt (részletes szabályozás: Feltételek 2.3. bekezdés), a biztosítási szerződés illetve a Szerződés a Biztosítottra vonatkozóan megszűnik a felmondásban szereplő napon. Ebben az esetben a biztosítási időszakra vonatkozó és már befizetett díjjal a Biztosító a Szerződő felé elszámol, és a díjnak a Biztosító tényleges kockázatviselési idejével arányos részének a levonása után megmaradó részt (meg nem szolgált díjrész) a Biztosító visszatéríti a Szerződőnek a felmondás napjától számított 30 napon belül.

1.6.10. Ha Biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban visszavonja, a Szerződés a Biztosított vonatkozásában megszűnik a Biztosított hozzájárulása visszavonásáról szóló nyilatkozattételének a napján, feltéve, hogy nem a Biztosított volt a Szerződő és a Szerződésbe nem is lép be Szerződőként. Ebben az esetben a biztosítási időszakra vonatkozó és már befizetett díjjal a Biztosító a Szerződő felé elszámol, és a díjnak a Biztosító tényleges kockázatviselési idejével arányos részének a levonása után megmaradó részt (meg nem szolgált díjrész) a Biztosító visszatéríti a Szerződőnek a megszűnés alapját adó ok Biztosító általi tudomásszerzéstől számított 30 napon belül.

1.6.11. Ha a biztosítás tartama alatt a 14. életévét be nem töltött illetve cselekvőképtelen 14. életévét betöltött Biztosítottnak nem marad törvényes képviselőt gyakorló szülője vagy közeli hozzátartozója Biztosítottként a Szerződésben, akkor a Szerződés megszűnik a Biztosítottra vonatkozó megszűnés okáról a Biztosító általi tudomásszerzés napját követő 3. munkanapon. Ebben az esetben a biztosítási időszakra vonatkozó és már befizetett díjjal a Biztosító a Szerződő felé elszámol, és a díjnak a Biztosító tényleges kockázatviselési idejével arányos részének a levonása után megmaradó részt (meg nem szolgált díjrész) a Biztosító visszatéríti a Szerződőnek a megszűnés alapját adó ok Biztosító általi tudomásszerzéstől számított 30 napon belül.

1.6.12. Ha a biztosítási tartam közben nem marad a Szerződésben Biztosítottként olyan személy, aki a 14. életévét már betöltötte és nem cselekvőképtelen, akkor a Szerződés egésze megszűnik a megszűnés okáról a Biztosító általi tudomásszerzés napját követő 3. munkanapon. Ebben az esetben a biztosítási időszakra vonatkozó és már befizetett díjjal a Biztosító a Szerződő felé elszámol, és a díjnak a Biztosító tényleges kockázatviselési idejével arányos részének a levonása után megmaradó részt (meg nem szolgált díjrész) a Biztosító visszatéríti a Szerződőnek a megszűnés alapját adó ok Biztosító általi tudomásszerzéstől számított 30 napon belül.

1.7. A biztosítási szerződés területi hatálya

1.7.1. A Biztosító kockázatviselése a Magyar Köztársaság területére, a Magyarországon igénybe vett egészségügyi ellátásokra, szolgáltatásokra terjed ki.



2. § A Szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

2.1. A Biztosító a Szerződő és a Biztosított külön kötelezettségei

2.1.1. Biztosító köteles Szerződőt a biztosítási szerződés megkötése előtt a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény rendelkezései szerint a Biztosító főbb adatairól és a biztosítási szerződés lényeges jellemzőiről írásban tájékoztatni. Biztosító ennek megfelelően a Szerződés megkötése előtt köteles Szerződő rendelkezésére bocsátani a Biztosító főbb adatait tartalmazó Ügyféltájékoztatót, valamint a Szerződés jellemzőiről szóló, a Szerződés részét képező Feltételeket, és Terméktájékoztatót.

2.1.2. Szerződő köteles a Biztosítónak az Ügyféltájékoztatójában foglalt tájékoztatása alapján a Biztosítottat belépése előtt a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 166.§-ában és e törvény 10. számú mellékletében foglaltak szerint írásban tájékoztatni a Biztosító főbb adatairól, és a Feltételek, valamint a Terméktájékoztató alapján a Szerződés jellemzőiről.

2.1.3. Ellenkező megállapodás hiányában, Szerződő köteles Biztosítót a Biztosítottak személyében beállt változásról - a változás beállása előtt 3 munkanappal már tudható esetben - legkésőbb a változás beállása előtt 3 munkanappal és legkorábban 30 nappal a változás beállása előtt, egyéb esetekben legkésőbb a változástól számított 8 napon belül írásban értesíteni.

2.1.4. A Biztosított köteles beléptetésével kapcsolatban, továbbá a Szerződés teljesítése során - különösen a szolgáltatási igény elbírálása kapcsán - a Biztosítóval és Szerződővel együttműködni. A Biztosított együttműködési kötelezettsége alapján köteles mind a szolgáltatási igény elbírálásához, mind a kockázatelbíráláshoz szükséges adatközlést teljesíteni és a bejelentett adatok ellenőrzését lehetővé tenni, továbbá előre egyeztetett helyen és időben történő szűrő- illetve orvosi vizsgálaton megjelenni.

2.1.5. Biztosított a szolgáltatási igény elbírálásához vagy a kockázatelbíráláshoz szükséges dokumentumokat nem nyújtja be, vagy a bejelentett adatok ellenőrzését nem teszi lehetővé, illetve a Biztosító által elrendelt szűrő- illetve orvosi vizsgálaton nem jelenik meg, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, illetve a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan nem kezdődik meg.

2.2. A Szerződő és a Biztosított közlési és változás-bejelentési kötelezettsége

2.2.1. A Szerződő és a Biztosított kötelesek közlési és változás-bejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.

2.2.2. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított ajánlattételkor, szerződéskötéskor illetve beléptetéskor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval közölni, amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.

2.2.3. A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő és hiánytalan válaszokkal, továbbá a Biztosító - biztosítással kapcsolatos - formanyomtatványain szereplő nyilatkozatok hiánytalan és valóságnak megfelelő megtételével a felek közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása illetve a hiányos adatközlés egymagukban még nem jelentik a közlési kötelezettség megsértését.

2.2.4. A Biztosító a közölt válaszokat és adatokat ellenőrizheti, és e célból a Biztosított személyére, egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó pótlólagos kérdéseket tehet fel, a Biztosított további nyilatkozattételi kötelezettségét, illetve szűrő- és orvosi vizsgálatát írhatja elő. A szűrő- és orvosi vizsgálat elvégzése a feleket közlési kötelezettségük alól nem mentesíti.

2.2.5. A felek megállapodhatnak, hogy a Biztosított és a Szerződő a Szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását megfelelő határidőn belül kötelesek legyenek a Biztosítónak írásban bejelenteni (továbbiakban: változás-bejelentési kötelezettség). Ellenkező megállapodás hiányában a változás-bejelentési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított köteles a biztosítás tartama alatt 8 napon belül írásban bejelenteni a Szerződés keretében illetve nyilatkozataikban közölt lényeges körülmények megváltozását.



2.2.6. Lényeges körülménynek az minősül, amelyről a biztosítási szerződés rendelkezik, illetve amire a Biztosító írásban kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a Szerződő illetve a Biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta. Lényeges körülmény különösen a Szerződő és a Biztosított neve, bankszámla adatai, lakó- vagy tartózkodási helyének, illetve székhelyének címe, levelezési címe, állampolgársága, neme, elérhetőségei (telefonszám, faxszám, e-mail cím) és a Biztosított foglalkozása, sporttevékenysége illetve annak versenyző jellege, a Szerződő részéről megnevezett Kapcsolattartójának megváltozása esetén, a Kapcsolattartó neve, telefonszámai, fax száma, e-mail címe.

2.2.7. A Biztosított az egészségi állapotában történt változást nem köteles a Biztosítónak bejelenteni, kivéve, ha ezzel kapcsolatban egészségügyi szolgáltatást akar igénybe venni illetve biztosítási szolgáltatási igényt terjeszt elő, és az egészségi státuszban bekövetkezett változás lényeges ezek szempontjából.

2.3. A Biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége új, lényeges körülmények tartam közbeni felmerülése esetén

2.3.1. Ha a Biztosító csak a szerződéskötés illetve a Szerződés létrejötte után szerez tudomást a Szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a Szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, kockázatbírálást végezhet, illetve - ennek eredményeként is - a közléstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a Szerződés módosítására, illetve - ha a kockázatot a Feltételek értelmében nem vállalhatja - a Szerződést 30 nappal írásban felmondhatja. A Biztosító ezt a jogát a Szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja.

2.3.2. Ha a Szerződő illetve a Biztosított a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a Szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik. Erre a következményre a Szerződőt és rajta keresztül a Biztosítottat a módosító javaslat megtételekor figyelmeztetni kell.

Ha a Biztosító e jogaival nem él, a Szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.

3. § Biztosítási díj

3.1. A Biztosítási díj meghatározása és biztosított belépési illetve biztosítási időszakba lépési korának a megállapítása

3.1.1. A biztosítási díj a Biztosító által vállalt kötelezettségek, különösen a kockázatviselés ellenértéke.

3.1.2. A Biztosítottra vonatkozó biztosítási éves díj illetve egyszeri díj kiszámítása és meghatározása a biztosítás tarifái, továbbá a kockázatbírálás, ha ilyet végez a Biztosító, alapján a biztosítási illetve a Biztosítottra alkalmazott kedvezmények, pótdíjak, különösen a Biztosított belépési illetve biztosítási időszakba lépési korának, belépéskori egészségi állapotának, nemének, foglalkozásának, (sport)tevékenységének és jellégének, a biztosítás tartamának és a Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet tartalmának, biztosítási összegnek/összegeknek illetve a biztosítás limitjeinek, önrészeinek és sajátrészeinek a figyelembevételével történik.

3.1.3. A Biztosító a Biztosítottra és a biztosítási időszakra (vonatkozó biztosítási díjat (továbbiakban: biztosítási díj) - ellenkező megállapodás hiányában - a Biztosított belépésére illetve kilépésére való tekintettel, a Biztosítottra vonatkozó éves illetve egyszeri díjból, a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési idővel arányosan állapítja meg azzal a kitételrel, hogy a Szerződésbe legkorábban belépő Biztosított(ak) vonatkozásában a kockázatviselési idő kezdetének a díjfizetés kezdő napját tekinti.

3.1.4. A biztosítási éves illetve egyszeri díjat a Szerződés keretében Biztosítottakra vonatkozó biztosítási éves illetve egyszeri díjak alapján határozzák meg. Hasonlóan, a biztosítási díjat a Biztosítottakra vonatkozó biztosítási díjakkal megfelelően állapítják meg.

3.1.5. A biztosítás kedvezményeit illetve pótdíjait a biztosítás díjszabásában és/vagy az ajánlaton illetve a Szerződésben/Kötvényen határozzák meg, különös tekintettel a Biztosítottak létszámára illetve a Biztosítottak be- és kilépésére, a fizetési módra és a díjfizetési gyakoriságra.



3.1.6. Rendszeres éves díjas Szerződésnél a Biztosító a díjfizetési gyakoriság szerinti Biztosítottra vonatkozó díjfizetési időszak díját, a Biztosítottra vonatkozó biztosítási díj, és a díjfizetési gyakoriság alapján a biztosítás díjszabásában illetve az ajánlaton és/vagy a Szerződésben/Kötvényen megadottak szerint, a Biztosítottra vonatkozó díjfizetési időszak alatti kockázatviselési idővel arányosan állapítja meg, különös tekintettel a Biztosított díjfizetési időszakban történő be- illetve kilépésére.

3.1.6. Rendszeres éves díjas Szerződésnél a Biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő, a díjfizetési időszak díját a Biztosítottakra vonatkozó díjfizetési időszak díjai szerint határozza meg.

3.1.7. A Biztosító a Szerződés megkötésekor a biztosított belépési életkorát illetve tartam közben a biztosítási időszakba lépési korát úgy állapítja meg, hogy a Biztosított belépése dátumának évszámából illetve a biztosítási időszak kezdetének számító biztosítási évforduló dátumának évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

3.2. A biztosítási díj fizetése, a díjfizetés gyakorisága, a díj esedékességének időpontja

3.2.1. A Feltételek alkalmazásával létrejött Szerződés rendszeres éves vagy egyszeri díjas. A határozatlan tartamú Szerződés rendszeres éves díjas. Rendszeres éves díjas Szerződés esetén az éves díj az ajánlaton illetve a Szerződésben/Kötvényen megadott gyakorisággal is fizethető, különösen féléves, illetve - erre vonatkozó megállapodás esetén - havi vagy negyedéves részletekben. Éves díjfizetéstől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótdíjat érvényesíthet az ajánlat megtételekor illetve a Szerződés megkötésekor hatályos díjszabásban meghatározottak szerint. Havi fizetési gyakoriság esetén a Biztosító jogosult első díjként az első féléves illetve negyedéves időszakra vonatkozóan a fizetési gyakoriság szerinti díjrészlet 6-szorosát illetve 3-szorosát beszedni, míg negyedéves fizetési gyakoriság esetén első díjként a Biztosító az első féléves időszakra vonatkozóan a negyedéves díj 2-szeresét jogosult beszedni.

3.2.2. A díjfizetés gyakoriságának a biztosítási évfordulóval kezdődő módosítását a Szerződő kezdeményezheti, ha a módosítási igényt legkésőbb a biztosítási évforduló előtt 60, de legfeljebb 90 nappal írásban jelzi a Biztosítónak. A díjfizetési gyakoriság megváltoztatási szándéka szerződésmódosítási igénybejelentésnek minősül, és a Biztosító nem köteles az igényt elfogadni.

3.2.3. A díjfizetés kezdő napját az ajánlaton illetve a Szerződésben/Kötvényen adják meg a szerződő felek. A díjfizetés kezdő napja - ellenkező megállapodás hiányában - annak a hónapnak az első napja, az ajánlaton illetve Szerződésben/Kötvényen rögzítettektől függően, amely hónapba, vagy amely hónapot közvetlenül megelőző hónapba a Szerződésbe legkorábban belépő Biztosított(ak) belépésének a napja esik. Az első illetve egyszeri díj a Szerződésbe legkorábban belépő Biztosított(ak) vonatkozásában a belépés napjától a díjfizetés kezdő napjáig terjedő időszakra is fedezetet ad, ha a belépés korábbi, mint a díjfizetés kezdő napja.

3.2.4. Ellenkező megállapodás hiányában, a biztosítás első illetve egyszeri díja a Szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Ellenkező megállapodás hiányában, új Biztosított belépésekor a Biztosítottra vonatkozó első illetve egyszeri díj a belépés napján esedékes. Ezekről a rendelkezésektől a felek megállapodással eltérhetnek, így a díj megfizetésére vonatkozóan a szerződő felek fizetési halasztásban is megállapodhatnak.

3.2.5. A biztosítási díj fizetésének tárgyában a biztosítási Szerződés/Kötvény az irányadó, a díjfizetés az abban megjelölt módon, mértékben és időben kell, hogy történjen.

3.2.6. A Szerződő a Szerződés keretében Biztosítottakra vonatkozó egyszeri díjat illetve díjfizetési időszak díját - a tartamnak illetve a díjfizetési gyakoriságnak, a díj esedékességének illetve a Szerződésben megadott határidőnek, fizetési halasztásnak megfelelően - egy összegben köteles megfizetni a díjfizetési időszak tekintetében.

3.2.7. Ha a Szerződésbe új Biztosított lép be a díjfizetési időszakban, a Szerződő a Biztosítottra vonatkozó díjfizetési időszak díját köteles egyösszegben megfizetni a Biztosított tekintetében első díjként.



3.2.8. Ha a Biztosított biztosított jogviszonya a díjfizetési időszak alatt nem a díjfizetés elmulasztása miatt szűnik meg, különösen a Biztosított kilépésénél, a Biztosítottra vonatkozó díjfizetési időszak díjából a Biztosító a Biztosítottra vonatkozó díjfizetési időszakba eső tényleges kockázatviselési idővel arányos díjrész feletti díjat a következő díjfizetési időszak díjában a díjesedékességekor jóváírja, és az esedékes díj feletti részét illetve a teljes díjrészt - ha már nincs következő díjfizetési időszak - a Szerződőnek a megszűnéstől számított 30 napon belül visszatéríti.

3.2.9. A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díj a Biztosítóhoz beérkezik.

3.2.10. Tekintet nélkül arra, hogy milyen módon fizetik meg a biztosítási díjat, a díj megfizetésekor mindig meg kell adni (pl. közleményként) a Szerződő nevét és születési dátumát vagy annak a biztosítási szerződésnek az azonosítására alkalmas adatot, ilyen lehet különösen az ajánlatszám/kötvényszám, amelyre vonatkozóan a díjat megfizetik.

3.3. A biztosítási díjfizetés elmulasztásának következményei

3.3.1. A biztosítási díj esedékességétől számított 2 hónap elteltével a Szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, és a Szerződő újabb halasztást sem kapott, illetve a Biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette, kivéve, ha a szerződő felek másként nem állapodtak meg. Díjfizetés elmulasztása miatt a Szerződés nem szűnhet meg hamarabb, mint az első elmaradt díj esedékességétől számított 30. nap letelte.

3.3.2. Ha a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be vagy a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége áll be vagy szolgáltatást teljesít, akkor az esedékessé vált, de a biztosítási esemény bekövetkezéséig illetve a szolgáltatási kötelezettsége beállásáig, a szolgáltatás teljesítéséig meg nem fizetett díjat a Biztosítónak jogában áll az általa teljesítendő szolgáltatás(ok) összegéből levonni.

3.4. Tarifaváltás, díjigazítás - a biztosítási díj módosításának a szabályai

3.4.1. A biztosítások költségfedező képességének megőrzése és a kockázatarányos díj elvének alkalmazása érdekében a biztosító naptári évenként egyszer a biztosítási csomagok, illetve megújult tartalmú biztosítási fedezetek biztosított kategóriák szerinti alapdíjait és a biztosítási díj képzésének kondícióit illetve paramétereit (együttesen: tarifáit) módosíthatja, és ezzel tarifaváltást hajthat végre. Tarifaváltás esetén a Biztosító az erről szóló tájékoztatást legkésőbb a tarifaváltás hatályba lépését megelőző 60. napon teszi közzé. A Feltételek alkalmazásában közzétételnek minősül különösen a Biztosító honlapján történő és a Biztosító ügyfélfogadásra rendelkezésre álló helyiségekben hozzáférhetővé tett írásos dokumentumban foglalt tájékoztatás.

3.4.2. A Szerződést mindig a hatályos termékváltozat és tarifák alapján lehet megkötni, illetve a Szerződésre minden biztosítási időszakban a hatályos biztosítási csomag- és tarifaváltozata vonatkozik. A hatályosság tekintetében a biztosítási időszak kezdetének minősülő biztosítási évforduló napja az irányadó, így szerződéskötéskor a díjfizetés kezdő napja.

3.4.3. Tarifaváltáskor a Biztosító a biztosítás tarifáit, ha azok változnak, biztosított kategóriánként biztosításmatematikai elvek és módszerek szerint számolja ki és állapítja meg a költségek módosulása, a szolgáltatások veszélyközösség szintű igénybevétele statisztikai gyakoriságának változására tekintettel.

3.4.4. A költségek változásának megállapításához a Biztosító a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) által megadott egészségügyi és fogyasztói árindexek alakulását veszi figyelembe, a tarifaváltás hatályba lépése előtti 2 hónapot megelőző 12 hónap havi egészségügyi árindexeinek a szorzatát (továbbiakban: indexszám(ok)) használva. Az így kiszámított indexszám(ok) érvényességi ideje 12 hónap.

3.4.5. A biztosítással fedezett egészségügyi ellátások igénybevétele gyakoriságának megváltozásában a KSH statisztikai adatai és a Biztosító saját veszélyközösségének az adatai együttesen irányadóak.



3.4.6. A Biztosító a biztosítási évfordulóval hatályba lépően jogosult a biztosítási szerződésre vonatkozóan a tarifaváltás és a Biztosítottakra vonatkozó biztosítási fedezetek alapján a díjat módosítani (továbbiakban: díjigazítás).

3.4.7. Ha díjigazítás vagy a biztosítási időszakba lépési kor változása miatt a biztosítási évfordulóval hatályba lépően díjmódosítás történik, akkor a Biztosító köteles a díj változásáról írásban értesíteni a Szerződőt legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 30. napon.

3.4.8. Ha a Szerződő a díj módosítását, az erről szóló értesítés kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban nem utasítja el, a Szerződés a biztosítási évforduló napján a díjmódosításnak megfelelő tartalommal marad hatályban.

3.4.9. Ha a Szerződő a díjmódosítást a határidőn belül írásban elutasítja, illetve elutasítja a Biztosított vonatkozásában a biztosítóhoz írásban intézett nyilatkozatával, akkor a Szerződés illetve a Szerződés a biztosítottra vonatkozóan a biztosítási évfordulót megelőző nap 24 órákor megszűnik.

4. § Biztosítási esemény

4.1. Biztosítási esemény az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele, melyet a várakozási időre is tekintettel a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, de a Biztosítottnak - ennek a tartamnak a kezdetéhez képest előzmény nélküli - betegsége vagy balesete miatt, az egészségügyi, orvosszakmai dokumentációra vonatkozó hatályos jogszabályok alapján, azoknak megfelelően vett igénybe a Biztosított a Szerződésben meghatározott és a Szerződés szabályainak eleget tevő egészségügyi szolgáltatónál.

4.2. A Biztosítottnak a kockázatviselés kezdetét megelőzően diagnosztizált betegsége, kialakult sérülése, egészségkárosodása vagy bekövetkezett balesete, mint előzmény, következményeként a kockázatviselés ideje alatt a Biztosított által igénybe vett, orvosszakmai szempontból indokolt, szükséges egészségügyi szolgáltatás kizárólag abban az esetben minősül biztosítási eseménynak, ha a Biztosító azt a Szerződésben nem zárta ki a kockázatviselése köréből, és

a) ha az említett sérülésről, betegségről, egészségi problémáról, balesetről, egészségkárosodásról a Biztosító a Szerződés létrejöttét megelőzően a kockázatelbírálás során, vagy más - bizonyítható módon - tudomást szerzett,

b) vagy erről a körülményről a Biztosított a kockázatelbíráláshoz szükséges nyilatkozataiban a közlési kötelezettségének megfelelően tájékoztatta a Biztosítót, és a Biztosító nem zárta ki, hanem vállalta a kockázatot.

4.3. Biztosítási eseménynak csak az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele minősül, amelyet a Medicover Zrt.-nél, mint egészségügyi szolgáltatónál, vagy rajta keresztül, a szolgáltató szervezésében, tudtával illetve jóváhagyásával vett igénybe a Biztosított.

4.4. A biztosítási esemény időpontja az egészségügyi ellátás igénybevételének első napja. A Feltételek alkalmazásában egy biztosítási eseménynak az azonos sérülési, egészségkárosodási, megbetegedési okra, okokra illetve egészségi problémára visszavezethető egészségügyi szolgáltatások minősülnek, ha egy napon vagy egy egészségügyi ellátás keretében történtek, és ugyanahhoz a szolgáltatásfajtaához tartoznak.

4.5. A terhsgondozás, szülés, illetve a terhességgel, szüléssel összefüggő egészségügyi szolgáltatások, különösen a gyermekágy, kórházi ellátás, a Feltételek alkalmazásában csak akkor minősülnek biztosítási eseménynak, ha a Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet ezt külön megemlíti tartalmazza, vagy ha az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében volt feltétlen szükség.

4.6. A szülés, a terhsgondozás illetve terhességgel, szüléssel összefüggő egészségügyi szolgáltatás, ha azt külön megemlíti tartalmazza a Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet, a Biztosított általi igénybevétele - ellenkező megállapodás, záradék hiányában - csak abban az esetben minősül biztosítási eseménynak, ha a fogamzás a Biztosított belépését követően történt, illetve - feltéve, hogy várakozási időt is alkalmaz a Biztosító -, akkor a Biztosítottra vonatkozó várakozási idő letelte után történt.



4.7. A Feltételek alkalmazásában a fogamzás időpontjának a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kiskönyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített dátumot 285 nappal megelőző napot kell tekinteni.

4.8. A biztosítási eseménnyel összefüggésben a szerződő felek a 4.1.-4.7. pontban foglaltaktól eltérően is megállapodhatnak.

5. § A Biztosító szolgáltatása és teljesítésének feltételei illetve esedékessége

5.1. A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai

5.1.1. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Szerződésben/Kötvényen, valamint a Feltételekben és különösen annak elválaszthatatlan részét képező Szolgáltatások Listájában meghatározott orvosi, egészségügyi és egyéb szolgáltatásokra illetve azok költségtérítésére terjed ki a Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet tartalma és szolgáltatási korlátai szerint, továbbá a Feltételekben foglalt szabályozások figyelembevételével.

5.1.2. A Biztosító szolgáltatásait, a Szerződés szolgáltatási és más korlátait, valamint a szolgáltatások egyéb részletes szabályait a Szerződés/Kötvény, a Feltételek és annak elválaszthatatlan részét képező Szolgáltatások Listája együttesen tartalmazzák.

5.1.3. A szolgáltatási korlátok alkalmazása a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos Szerződés szerint történik.

5.1.4. A Biztosító szolgáltatásszervezője a Medicover Zrt., akinek a Biztosítóval együtt kizárólagos mérlegelési joga van a szolgáltatások szervezésével és az egészségügyi szolgáltatások biztosítás terhére való igénybevételével kapcsolatban.

5.1.5. A szolgáltatásszervező és a Biztosító nem visel felelősséget sem a más egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi szolgáltatások szakmai minőségéért, sem a mások által a Biztosítottnak esetleg okozott károkért.

5.1.6. A Medicover Zrt. - mint szolgáltatásszervező - megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amikor a szerződésben, különösen a Feltételekben és annak a Szolgáltatások Listája című részében szereplő feltételek bármelyike nem teljesül.

5.1.7. Ha a Biztosított egy napon egyszerre több hatályos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítással is rendelkezik a Biztosítónál, akkor a Biztosító kizárólag a biztosítási esemény időpontjában a legszélesebb körű illetve legnagyobb totál limittel fedezetet nyújtó Szerződés alapján köteles szolgáltatni.

5.2. Egészségügyi szolgáltatás igénybevétele és engedményezés

5.2.1. A Feltételek alapján kötött biztosítási szerződés esetén a Biztosított, mint a Szerződés Kedvezményezettje, a szerződéskötéshez megadott írásbeli hozzájárulásával egyidejűleg - kifejezett írásbeli nyilatkozatával - a biztosítási szolgáltatás összegét engedményezi az általa igénybe vett és a biztosítási szolgáltatás alapját képező egészségügyi szolgáltatásról számlát kibocsátó félre, különösen a Medicover Zrt.-re, mint egészségügyi szolgáltatóra, abban az esetben, ha a biztosítási szolgáltatás alapjául szolgáló és a Biztosítottnak nyújtott egészségügyi szolgáltatást a Medicover Zrt. teljesítette, vagy annak költségét már megtérítette közvetlenül az egészségügyi szolgáltatást ténylegesen nyújtó félnek.

5.2.2. A szolgáltatásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét a Biztosított köteles megtéríteni a szolgáltató félnek, kivéve, ha ettől a szolgáltatást nyújtó fél és a Biztosító együttesen eltekintenek, mert egyrészt a költség a biztosítás által és a szerződés alapján fedezett, másrészt a szolgáltatást nyújtó fél a költséget közvetlenül vagy a szolgáltatásszervezőn keresztül rendezi a Biztosítóval - számla és a Biztosító szolgáltatásához szükséges dokumentumok ellenében (továbbiakban: közvetlen számlázás). Ha nem alkalmaznak közvetlen számlázást, a Biztosító a költséget utólag megtéríti, ha a költségek elszámolása céljából szolgáltatási igényt terjesztenek elő a Biztosítónak, és a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítási szerződés alapján beáll. Ehhez szükséges, hogy az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele a szolgáltatásszervező szervezésében vagy tudtával és jóváhagyásával történjen.



5.2.3. Abban az esetben, ha a biztosítási szolgáltatás jogalapja a biztosítási szerződés alapján nem áll fenn, és emiatt a Biztosító részben vagy egészben nem kötelezett a biztosítási szolgáltatás teljesítésére, akkor a Biztosított az általa igénybe vett egészségügyi ellátás költségének a biztosítással nem fedezett ellenértékét köteles megtéríteni az egészségügyi szolgáltatást nyújtó, illetve arról számlát kiállító félnek.

5.3. A biztosítási esemény illetve szolgáltatási igény bejelentésének szabályai és határideje

5.3.1. Annak az egészségügyi szolgáltatásnak az igénybevételét, amely biztosítási eseménynek minősül és a Medicover Zrt.-nél vette igénybe a Biztosított, nem kell külön bejelenteni a Biztosítónak.

5.3.2. Az igénybe vett egészségügyi szolgáltatást, mely a mentőszolgálat hívását és esetleg kórházba történő felvételt vagy sürgősségi ügyelet szolgáltatását követeli meg, külön be kell jelenteni a Biztosítónak biztosítási eseményként, ha költségét a Biztosított vagy nevében más, a Biztosítótól és a Medicover Zrt.-től eltérő személy már megtérítette az egészségügyi szolgáltatást nyújtó félnek. Ebben az esetben az egészségügyi szolgáltatás költségétérítésére vonatkozó szolgáltatási igényt a Biztosított, vagy a szolgáltatási igény előterjesztője a Biztosított írásbeli hozzájárulásával, az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről kiállított számla keltét követően, de legkésőbb az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének utolsó napját követő 15 napon belül köteles írásban bejelenteni a Biztosítónak.

Ha a Biztosított kórházi vagy sürgősségi ügyeleti ellátást vesz igénybe, a Biztosított vagy nevében más személy köteles jelezni a szolgáltatást teljesítőnek, hogy az vegye fel a kapcsolatot a Medicover Zrt. 24-órás telefonos egészségügyi tanácsadó vonalával még az egészségügyi ellátás Biztosított általi igénybevétele előtt - ha a Biztosított állapota illetve a körülmények ezt lehetővé teszik -, de mindenképp a kórházba való felvételt követő 48 órán belül, ha több napra szóló kórházi ellátásban részesítik a Biztosítottat, mert az ellátás költségét, ha a Szerződés alapján a szolgáltatás jogalapja fennáll, az egészségügyi szolgáltatás teljesítőjének a Medicover Zrt.-vel előre engedélyeztetni kell. Ha a Medicover Zrt. 24-órás telefonos egészségügyi tanácsadó vonalán való bejelentés, a Biztosított kórházba kerülése esetén a kórházba történő felvételt követő 48 órán belüli bejelentés elmarad, akkor ez mentesítheti a Biztosítót a szolgáltatási kötelezettség alól.

5.3.3. A biztosítási esemény bekövetkezését, ha a Biztosított vagy nevében más - nem a Biztosító és nem is a szolgáltatásszervező - a költségeket megtérítette és így a biztosítási esemény bekövetkezése a Biztosító irányában költségterítési igénnyel jár, továbbá a Biztosító illetve a kijelölt szolgáltatásszervező közvetlenül nem téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak a költségeket, az egészségügyi ellátás illetve szolgáltatás igénybevételének utolsó napját követő 15 napon belül a Biztosító részére be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés, és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését.

5.3.4. Az egészségügyi szolgáltatás költségterítéséhez be kell nyújtani az alábbiakat:

- a) az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről kiállított eredeti számlát, melyet legkésőbb az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének utolsó napján kell igényelni a szolgáltatást teljesítőtől a Medicover Zrt., vagy a Biztosító, ezeknek a lehetőségeknek a hiányában, a Biztosított nevére.
- b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi szolgáltatástól függő összes egészségügyi dokumentumot (pl.: ambulánslap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény(másolat), beutaló(másolat), stb.).
- c) Az a)-b) pontokban foglaltakon túl a Biztosító egyéb olyan egészségügyi dokumentumokat is követelhet a szolgáltatási igény elbírálásához, amelyek nélkül a szolgáltatási igény nem bírálható el, különösen baleseti jegyzőkönyvet, ha balesettel összefüggő a szolgáltatási igény és készült ilyen dokumentum.



d) Amennyiben a rendelkezésre álló iratok alapján a szolgáltatási igény nem bírálható el, a Biztosító elrendelheti a Biztosított személyes orvosi vizsgálatát (továbbiakban: szolgáltatás elbírálásához szükséges orvosi vizsgálat) is a Biztosító költségére.

5.3.5. Ha a Biztosító által követelt dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy ismételten hiányosan nyújtják be, illetve a Biztosított nem jelenik meg a szolgáltatás elbírálásához szükséges orvosi vizsgálaton, a Biztosító a szolgáltatási igényről a rendelkezésre álló dokumentumok alapján dönt, így a szolgáltatási igényt indokolás mellett el is utasíthatja.

5.3.6. A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Biztosított illetve a szolgáltatási igény előterjesztője a Feltételekben foglalt kötelezettségeiknek nem tesznek eleget, különösen, ha a bejelentésre nyitva álló határidőt nem tartják be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

5.3.7. A Biztosító teljesítésével kapcsolatos egyéb rendelkezéseket a Feltételek elválaszthatatlan részét képező Szolgáltatások Listája tartalmazza.

5.4. A biztosítási szolgáltatás teljesítésének szabályai

5.4.1. A Medicover Zrt.-vel szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatónál (Medicover szolgáltatási pontok, lásd www.medicover.hu) igénybe vett és a biztosítás által, a Szerződés alapján fedezett egészségügyi szolgáltatás költségét a Biztosító közvetlenül, illetve a szolgáltatásszervező közreműködésével téríti meg a szolgáltatást nyújtó félnek, ha az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele a Medicover Zrt. szervezésében, tudtával és jóváhagyásával zajlott le, továbbá a szolgáltató számlát állít ki Medicover Zrt. részére az ellátásról.

5.4.2. A Biztosító a költségtérítéssel járó biztosítási szolgáltatását - a jogalap fennállása esetén az összes dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül, pénzügyintézetnél vezetett bankszámlára való átutalással és törvényes belföldi fizetőeszközben, a számla és a szolgáltatások, szolgáltatási korlátok figyelembevételével teljesíti. Az esetleg felmerülő konverziós költségek az Ügyfelet terhelik.

6. § Kizárások

6.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, kivéve, ha és amennyiben a Szerződésben másként nem rendelkeznek, azaz a biztosítási fedezet azt külön megjelölve nem tartalmazza, amelyek oka részben vagy egészben:

a) a művi terhesség-megszakítás, (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség-megszakítások eseteit illetve a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását),

b) jogszabályban meghatározott, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások, az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatások, a művi meddővé tétel, továbbá a kizárólag a meddőség megszüntetésével kapcsolatos műtetek illetve a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos vizsgálatok, kezelések és beavatkozások,

c) nemi jelleg megváltoztatására irányuló egészségügyi szolgáltatások,

d) jogszabályban meghatározott szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások, vagy protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése, vagy művesekezelés,

e) az egészségügyi szakértői tevékenység,

f) a HIV-fertőzéssel okozati összefüggésben álló események, továbbá a szexuális úton átvihető betegségek miatti események (STD),

g) a fogászati ellátások és kezelések, ide nem értve a baleseti állapotstabilizáló fogászati ellátást,

h) esztétikai céllal végzett kezelés és sebészeti beavatkozás,



- i)** a fekvőbeteg-ellátás illetve egynapos sebészet, kivéve, ha a biztosítási fedezet külön megjelölve nem tartalmazza azt; ha tartalmazza, akkor az olyan fekvőbeteg-ellátás illetve egynapos sebészet, amelyeknek célja nem a páciens betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen egyénnek más egyén egészségügyi ellátásához felügyeletet biztosító, különösen szülőnek gyermeke miatti kórházi tartózkodása.
- j)** ápolás és haldokló páciensek gondozása (hospice), életfenntartó beavatkozások, a geriátriai ellátás, jogszabályban meghatározott krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása, kivéve a krónikus betegségek kórismézését, a kezelésük első beállítását, az akut szakaszainak akut ellátását,
- k)** állapotfenntartó infúziós kezelések, (pl. akut tünetek nélküli keringésjavító kezelések, vitaminkúrák stb.), jogszabályban meghatározott emberen végzett orvostudományi kutatások,
- l)** reumatológiai kezelések, kivéve, ha az akut állapotrosszabbodás megszüntetésére irányulnak,
- m)** házivizit, betegszállítás, hazaszállítás illetve a halottakkal kapcsolatos - jogszabályban meghatározott - egészségügyi szolgáltatások,
- n)** orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés,
- o)** az emelt szintű egészségügyi (kórházi és hotel jellegű) szolgáltatás,
- p)** jogszabályban meghatározott, a katasztrófa- és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ide értve a kötelező illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, a jogszabályokban és orvosi javaslatokban rögzített védőoltási kötelezettség elmulasztása,
- q)** alkohol, drog vagy kábítószer illetve szenvedélybetegség miatti elvonókúrák, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás,
- r)** jogszabályban meghatározott, a pszichiátriai páciensek illetve betegségek gyógykezelése és gondozása, bennalvásos alvászvizsgálat (somnia, polysomnia), továbbá pszichoterápia, klinikai szakpszichológia (különösen: pszichoanalízis, mentális, depressziós vagy pszichológiai vizsgálatok és kezelések), a lelki működészavarok és betegségek,
- s)** jogszabályban meghatározott, a nem-konvencionális eljárások, természetgyógyászati kezelés, akupunktúra, alternatív gyógyászat, wellness szolgáltatások, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, fürdőkúra, fogyókúra, természetes gyógytényezők, fürdő- és klímagyógyintézetek, gyógyhelyek által teljesített szolgáltatások,
- t)** az alábbi fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények: TBC, tetanusz, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek, mint malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz, SARS,
- u)** radiális keratotómia, látásjavító eszközök és szemvizsgálat, hallókészülék és kellékeik, illetve védőoltás vakcinájának beszerzése, költségtérítése,
- v)** gyógyszerek, kötszerek és gyógyászati segédeszközök, kivéve, amennyiben azok a biztosítási csomag által fedezett egészségügyi ellátás, gyógykezelés, beavatkozás elválaszthatatlan és közvetlen részei.
- w)** jogszabályban meghatározott megelőzés, és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, orvosi vizsgálatok, ez alól kivételt képeznek a Biztosító által elrendelt egészségfelmérés részét képező szűrővizsgálatok.

6.2. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben: ionizáló sugárzás, nukleáris energia, háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határvillongások, felkelés vagy tüntetés, felvonulás, sztrájk, kivéve a hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított tüntetésen, felvonuláson, sztrájkon való jogszerű részvételt, ha a Biztosított a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségének eleget tett.

A Feltétel alkalmazásában terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes



cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglalt állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

6.3. A Biztosító a kockázatviselés köréből kizárja azokat az eseményeket, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosított belépését megelőző balesete, vagy olyan betegsége, amely a Biztosító kockázatviselésének kezdete előtti 3 évben bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőzően diagnosztizáltak, a kockázatviselési kezdetet megelőző 3 évben kórisméztek vagy ez idő alatt egészségügyi ellátást igényelt, egészségügyi szolgáltatás igénybevételét tette szükségessé. Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosítottnak öröklődő (genetikai) vagy veleszületett betegsége, vagy a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.

6.4. A Feltételek alkalmazásában a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan eseményre sem, amelynek bekövetkezése a Biztosított olyan sporttevékenységének üzésével áll összefüggésben, amelyek a következők: autó-motor sportok (pl. auto-crash vagy roncsautó sport, go-kart, moto-cross), barlangászat, barlangi expedíció, bázisugrás, BMX-cross, BMX és skate, bungee jumping (mélybe ugrás), búvárkodás légzőkészülékkel 40m alá, egykezes és nyílttengeri vitorlázás, ejtőernyőzés, falmászás, gépkocsiverseny bármely fajtája, gyorsasági kerékpár, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, hőlégballonozás, jet-ski, léghajózás, magashegyi expedíció, motorcsónak sport, motorkerékpár-verseny bármely formája, műrepülés, paplanernyőzés, quad, rally, sárkány és ultrakönnyű repülés, siklóernyőzés, sportrepülés, vadvízi evezés, vízisí, vitorlázó és motoros repülés, canyoning, mountainboard, síakrobatika, síugrás, snowboard, pankráció.

7. § Mentésülés

7.1. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy

a) a biztosítási esemény a Biztosított öngyilkossági kísérletével áll okozati összefüggésben. (A mentésülés még akkor is bekövetkezik, ha a Biztosított az öngyilkossági kísérletet bármely okból bekövetkező zavart tudatállapotban követte el.)

b) a biztosítási esemény a Biztosított jogellenes magatartásának következménye, vagy azzal közvetlen összefüggésben következett be,

c) illetve a Biztosított szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

7.2. A Szerződő illetve a Biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha

a) a biztosítási esemény idején bizonyíthatóan alkoholos, vagy kábítószer, kábító hatású anyag, illetve az előírásoknak nem megfelelően vagy orvosszakmai szempontból teljesen indokolatlanul szedett gyógyszer által befolyásolt állapotban volt, és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott.

Ha történt véralkohol-vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a(z) 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰ feletti mértékű véralkohol-koncentráció.

b) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkezésében közrehatott.

c) a biztosított a biztosítási esemény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti vagy munkavédelmi szabályt megszegett, és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkezésével okozati összefüggésben áll.

d) a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztásával, vagy kábítószer, kábító hatású anyag fogyasztásával, illetve gyógyszer előírásoknak nem megfelelő vagy orvosszakmai szempontból teljesen indokolatlan szedésével összefüggésben történt.



- 7.3.** A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény, tény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében, vagy azt a Biztosító már szerződéskötéskor illetve a biztosítási esemény bekövetkezése előtt ismerte és a Biztosító nem élt a 15 napon belüli módosítás illetve felmondás lehetőségével. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha a Biztosított bejelentési kötelezettségeinek nem tesz eleget, különösen, ha a bejelentésre, szolgáltatási igény bejelentésére nyitva álló határidőt nem tartja be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
- 7.4.** A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége, ha a Szerződés hatálybalépésétől a biztosítási esemény bekövetkezéséig legalább öt év eltelt.
- 7.5.** A Biztosított - biztosítása által fedezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor, biztosítási esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni. Így késedelem nélkül orvosi illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie, és az eljáró orvos illetve egészségügyi személyzet előírásainak az ellátás befejezéséig folyamatosan eleget kell tennie. Amennyiben a Biztosított ennek a kötelezettségének nem tesz, tett eleget, annyiban mentesül a Biztosító a szolgáltatási kötelezettsége alól. A Biztosított ugyanakkor nem korlátozható a szabad orvosválasztási és egészségügyi szolgáltató-választási jogában.
- 7.6.** A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól akkor is, ha a Biztosított rendelkezik másik olyan biztosítással, amely a bekövetkezett biztosítási eseményre vonatkozóan biztosítási szolgáltatást nyújtott, kivéve azokat a - biztosítási esemény bekövetkezéséből fakadó - szolgáltatási igényeket, amelyekre és amennyiben más biztosítási szerződés nem nyújtott fedezetet.
- 7.7.** A mentesüléssel kapcsolatos körülmény, tény valóságnak megfelelő voltát annak kell bizonyítania, aki arra hivatkozik.

8. § Panaszkezelés, véleménykülönbség, közvetítői eljárás, elévülési idő

- 8.1.** A Szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban kell a Biztosítónál bejelenteni a következő címen: Medicover Försäkrings Biztosító AB (publ) Magyarországi Fióktelepe, Ügyfélszolgálat, 1037 Budapest, Montevideo u. 5.
- 8.2.** A Biztosító az írásban bejelentett panaszokat köteles kivizsgálni és a vizsgálata eredményéről a panaszosnak a bejelentés kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban tájékoztatást adni.
- 8.3.** Ha az Ügyfél a Biztosító álláspontját vitatja a szolgáltatási igénnyel vagy a Szerződéssel kapcsolatos más ügyben, írásban a döntés felülbírálását kérheti.
- 8.4.** A felülvizsgálati kérelmet a Biztosító a kézhezvételtől számított 8 munkanapon belül köteles elbírálni.
- 8.5.** Ha az Ügyfél a Biztosítónak a biztosítási szolgáltatási igény elbírálása eredményeként hozott döntését részben vagy egészben vitatja, esetleg nem fogadja el, közvetítői eljárást is kérhet illetve kezdeményezhet. A közvetítői eljárást a hatályos jogszabályok szerint kell lebonyolítani, és célja, hogy a felek peren kívüli megegyezésre jussanak. A közvetítő eljárás eredményeként a felek így egyezsége juthatnak, amelyben meg is állapodhatnak a hatályos törvényeknek megfelelően.
- 8.6.** A Szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje a biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 2 év.

9. § A Biztosító felügyeleti szervei

- 9.1.** A Biztosító felett szakmai felügyeletet a kompetens svéd pénzügyi felügyelet gyakorolja: Swedish Financial Supervisory Authority, Finansinspektionen (cím: Finansinspektionen, Box 7821, SE-103 97 Stockholm, Sweden, személyesen felkereshető cím: Brunngatan 3, downtown Stockholm, nyitva tartás hétköznapokon: 8 - 16:30).



9.2. A biztosítással kapcsolatos panasa esetén az Ügyfél fordulhat a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez, címe: 1013 Budapest, Krisztina körút 39. levelezési cím: 1535 Budapest 114 Pf. 777., a Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatósághoz 1088 Budapest, József krt. 6., és a Kereskedelmi és Ipar Kamara mellett működő békéltető testülethez, valamint jogait és igényeit bírósági úton is érvényesítheti.

9.3. A Feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésre a magyar jog az irányadó, s a biztosítási szerződésből eredő jogvita esetén a Magyar Köztársaság bírósága, a Magyar Köztársaság jogszabályai alapján jár el.

9.4. A Biztosító kijelenti, hogy a jelen Feltételek alkalmazásával létrejött Szerződésekből eredő vagy azzal kapcsolatos minden vitás kérdést lehetőleg békés úton kíván - Ügyfeleivel együtt - megoldani. Abban az esetben, ha a vitás kérdésben nem sikerül írásban megegyezni, akkor az összes vitás kérdésben az illetékességgel és hatáskörrel rendelkező bírósághoz lehet fordulni jogorvoslatért.

9.5. A Feltételekben hivatkozott részekben és nem szabályozott kérdésekben a magyar jog, a hatályos magyar jogszabályok, így különösen a Polgári Törvénykönyv és az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény az irányadók.

10. § Vegyes rendelkezések

10.1. Ha a biztosítási kötvény elveszett vagy megsemmisült, akkor a Biztosító a Szerződő illetve Biztosított kérésére a hatályos eredetivel megegyező tartalmú új kötvényt állít ki és küld meg a Szerződőnek illetve Biztosítottnak, melynek költségeit a kérelmet benyújtó Szerződő illetve Biztosított köteles viselni.

10.2. A jognyilatkozatok csak írásban érvényesek.

10.3. A biztosítási szerződés nyelve a magyar.

10.4. A Szerződéssel kapcsolatos vita esetén a szerződési iratok magyar nyelvű szövegezése, ha van ilyen része a Szerződésnek, az irányadó.

10.5. A Szerződő (Biztosított) Nyilatkozata akkor hatályos, ha az a Biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.

10.6. Ha a Biztosító a jognyilatkozatot a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy a szolgáltatási igény előterjesztőjének az általa ismert utolsó címére ajánlott vagy tértivevényes levélben küldi, az abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzés helyén átvették.

10.7. Ha a Szerződő vagy Biztosított több mint egy hónapra külföldre utazik, és a Biztosítónak írásban nem jelent be magyarországi kézbesítési meghatalmazottat erre az időszakra vonatkozóan, akkor a Biztosító a Szerződő illetve a Biztosított érvényes címére joghatályosan küldhet nyilatkozatot és levelet.

11. § Adatkezelési és egyéb rendelkezések

11.1. Az Ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

11.1.1. Személyes adat bármely meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható adat, amelyből levonható az érintettre vonatkozó következtetés. A személyes adat az adatkezelés során mindaddig megőrzi e minőségét, amíg kapcsolata az érintettel helyreállítható. A személy különösen akkor tekinthető azonosíthatónak, ha őt - közvetlenül vagy közvetve - név, azonosító jel, illetőleg egy vagy több, fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző tényező alapján azonosítani lehet.

11.1.2. Adatkezelő: az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely a személyes adatok kezelésének célját meghatározza, az adatkezelésre (beleértve a felhasznált eszközt) vonatkozó döntéseket meghozza és végrehajtja, vagy az általa megbízott adatfeldolgozóval végrehajtatja.



11.1.3. Adatkezelés: az alkalmazott eljárástól függetlenül a személyes adatokon végzett bármely művelet vagy a műveletek összessége, így például gyűjtése, felvétele, rögzítése, rendszerezése, tárolása, megváltoztatása, felhasználása, továbbítása, nyilvánosságra hozatala, összehangolása vagy összekapcsolása, zárolása, törlése és megsemmisítése, valamint az adatok további felhasználásának megakadályozása. Adatkezelésnek számít a fénykép-, hang- vagy képfelvétel készítése, valamint a személy azonosítására alkalmas fizikai jellemzők (pl. ujj- vagy tenyérnyomat, DNS-minta, íriszkép) rögzítése is;

11.1.4. Adattovábbítás: ha az adatot meghatározott harmadik személy számára hozzáférhetővé teszik.

11.1.5. Adatfeldolgozás: az adatkezelési műveletekhez kapcsolódó technikai feladatok elvégzése, függetlenül a műveletek végrehajtásához alkalmazott módszertől és eszköztől, valamint az alkalmazás helyétől.

11.1.6. Adatfeldolgozó: az személy, aki a személyes adatok feldolgozását végzi;

11.1.7. Biztosítási titok: minden olyan - államtitoknak nem minősülő - a Biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

11.1.8. Egészségügyi adat az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben foglalt meghatározás szerinti fogalom; a Biztosított egészségügyi állapotával összefüggő, az egészségügyi szolgáltatás igénybevételével kapcsolatos adat.

11.1.9. Külföldi: a devizakorlátozások megszüntetéséről, valamint egyes kapcsolódó törvények módosításáról szóló 2001. évi XCIII. törvény 2.5-ának 2. pontjában meghatározott fogalom.

11.1.10. Ügyfél: a Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett, a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy, a szolgáltatási igény előterjesztője; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában Ügyfél az is, aki a Biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz.

11.2. Az adatkezelés célja

11.2.1. A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) 155.§ (1) bekezdése alapján a Biztosító adatkezelésének célja a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit.-ben meghatározott egyéb cél.

11.2.2. A Biztosító az Ügyfél előzetes hozzájárulásával az alábbi célokból is végez adatkezelést:

a) Ügyfelek tájékoztatása és marketingtevékenység (pl. biztosítási, illetve ideértve egyéb célból történő üzleti kapcsolatfelvételt, az ügyfélakciók szervezését is);

b) ügyfélnyilvántartás vezetése;

c) jogi eljárások, panaszügyintézés folytatása;

d) biztosítási szerződésből eredő igények teljesítése.

11.2.3. Az Ügyfél a biztosítási ajánlat, biztosítási szerződés, illetve a titoktartás alóli felmentésről szóló nyilatkozat aláírásával írásban adja meg hozzájárulását az adatainak a kezeléséhez.

11.2.4. A Biztosító azonban az Ügyfeleknek csak azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, és a szolgáltatással összefüggnek.

11.2.5. A biztosítási titokkörbe tartozó adatok a következők:

a) az Ügyfél személyi adatai, a nem természetes személyek adatai;

b) alkalmazott szolgáltatási korlátok (és/vagy a biztosítási összeg) mértéke;

c) a kockázatelbírálás adatai;

d) az egészségi állapottal összefüggő adatok;

e) a kifizetett biztosítási szolgáltatás összege és a kifizetés ideje;



f) a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, módosításával, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő, valamint a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges összes lényeges tény és körülmény.

11.2.6. Az Ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító a Bit. 155. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

11.3. A biztosítási titoknak minősülő személyes adatok kezelésére vonatkozó szabályok

11.3.1. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

11.3.2. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosító Ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy ha a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

11.3.3. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- f) 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,
- g) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- h) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- i) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- j) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- k) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,
- l) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- m) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, kárrendezési megbízottal és a kárképviseelővel, 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,
- n) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- o) 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,
- p) a feladatkörében eljáró adatvédelmi biztossal.



11.3.4. Az adóhatósággal szemben a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha 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.

11.3.5. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fenti szervek alkalmazottaira is kiterjed.

11.3.6. 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 Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti

- a) kábítószerrel visszaéléssel,
- b) terrorcselekménnyel,
- c) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel,
- d) lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel,
- e) pénzmosással,
- f) bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

11.3.7. A Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

11.3.8. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

11.3.9. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-főkapitányság - a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2003. évi XV. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

11.3.10. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a Biztosító Ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

11.3.11. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

11.3.12. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes Ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.



11.3.13. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az Ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatokat, továbbítás esetén, 20 év elteltével törölni kell.

11.3.14. A Biztosító, a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

11.3.15. A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

11.3.16. A Biztosító, köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

11.3.17. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

11.3.18. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

11.3.19. Az ügyfelek adatait a Biztosító a saját informatikai rendszerében, számítógépes úton is kezeli.

11.3.20. A Biztosító az adatkezelés során betartja a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény, a Bit., valamint az egyéb hatályos jogszabályok rendelkezéseit.

11.3.21. A Biztosító az Ügyfél azonosítására szolgáló okmányairól fénymásolatot készíthet a személyazonosság megállapítása, valamint a biztosítási esemény bekövetkeztekor, a szolgáltatás teljesítésekor az adatok ellenőrzése céljából, feltéve, hogy ehhez az Ügyfél írásban, előzetesen és önkéntesen hozzájárul.

11.3.22. A Biztosító az Ügyfél kérésére a Biztosító által vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól, annak kezeléséről tájékoztatást ad, valamint az Ügyfél által kezdeményezett adathelyesbítéseket nyilvántartásaiban köteles átvezetni.

11.3.23. Az Ügyfelet megilleti a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvényben biztosított egyéb joga (pl. tiltakozási jog, bírósági igényérvényesítés) is.

11.3.24. A Biztosító gondoskodik az adatok biztonságáról, és megteszi azokat a technikai és szervezési intézkedéseket, kialakítja azokat az eljárási szabályokat, amelyek az adat- és titokvédelmi szabályok érvényre juttatásához szükségesek, s mindent megtesz annak érdekében, hogy a fenti adatokhoz jogosulatlanul senki ne tudjon hozzáférni, ne tudja azt jogosulatlanul nyilvánosságra hozni, megváltoztatni, megsemmisíteni.

Záradékok

DG0 (kód): díjgaranciára vonatkozó záradék

Ha a Szerződés a jelen záradékra, záradék kódjára hivatkozással jön létre, akkor a Biztosító a Szerződő részére díjgaranciát ad, ami azt jelenti, hogy a Szerződés keretében az első két biztosítási időszakra vonatkozóan esedékessé váló biztosítási díjakat a Biztosító a díjfizetés kezdőnapjaként megadott napon hatályos tarifái alapján számolja úgy, hogy az első két biztosítási időszak letelte előtt belépő Biztosítottra vonatkozóan a Biztosított biztosítási időszakba lépési koraként a belépési korát tekinti az első két biztosítási időszakban.

Szabály a DG0 záradékhoz: jelen záradék - ellenkező megállapodás hiányában - kizárólag rendszeres éves díjas biztosítási szerződésre vonatkozik, amely határozatlan tartamú vagy több mint egy éves tartamra jön létre. A díjgaranciát a Biztosító nem alkalmazza, ha a Szerződő a Biztosítónak írásban benyújtott nyilatkozattal a díjgarancia lemondását kéri a biztosítási évfordulót megelőzően legalább 30 nappal.

**HV0 (kód): házivizitre vonatkozó záradék**

Ha a Szerződés a jelen záradékra, záradék kódjára hivatkozással jön létre, akkor a házivizit abban az esetben is biztosítási eseménynek minősül a Biztosított vonatkozásában, ha a Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet azt külön megemlítve ugyan nem tartalmazza, de a házivizit a Biztosított belépését követően történt.

Szabály a HV0 záradékhoz: Ellenkező megállapodás hiányában a jelen záradék minden olyan Biztosítottra alkalmazandó, akivel együtt legalább 3 olyan Biztosítottra vonatkozóan hatályos a Szerződés a biztosítási esemény időpontjában, akik a Biztosítottal azonos levelezési címmel rendelkeznek, és biztosítási fedezetük tartalmazza a fejlett diagnosztika finanszírozását is. A házivizit csak a Biztosító által megadott helységeken vehető igénybe. A Biztosító a 24-órás egészségügyi tanácsadó vonalon keresztül ad információt arról, hogy a biztosítás terhére aktuálisan mely helységeken vehető igénybe a házivizit.

FK0: Biztosító általi felmondás korlátozása

Ha a Szerződés a jelen záradékra, záradék kódjára hivatkozással jön létre, akkor a Biztosító vállalja, hogy a Szerződést az első 3 biztosítási időszakban rendes felmondással nem mondja fel. Jelen záradék minden Esszencia termékre kötött szerződésre hatályos.

VS1 (kód): Versenyző sportolókra vonatkozó záradék

Ha a Biztosító olyan egyén, mint Biztosított, beléptetését fogadja el, aki a Szerződésbe való belépése napján az alábbi sporttevékenységek bármelyikének üzése szempontjából versenyző sportolónak minősül, akkor a létrejött Szerződés a jelen záradékkal együtt hatályos, amelynek értelmében a Biztosított mindkét térde, bokája, válla, és gerince a biztosítási védelemből kizárt az azokat érintő (ambuláns) műtétek (pre- és postoperatív ellátásokkal együtt) és fejlett diagnosztikai eljárások tekintetében, kivéve, ha a szolgáltatási igény alapja a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt, a várakozási idő - ha ilyet alkalmaz a Biztosító a Biztosított vonatkozásában - letelte után bekövetkező csonttörés, csontrepedés, vagy ha a Biztosító a Biztosított személy tekintetében végzett kockázatelbírálása során ezt a záradékot feloldja.

Sporttevékenységek:

Labdajátékok: így különösen amerikai futball, asztalitenisz, baseball, fallabda, futsal, gyepabda, kézilabda, korfball, kosárlabda, labdarúgás, lovaspóló, rögbi, röplabda, softball, strandröplabda, tenisz, teremfutball, tollaslabda.

Küzdő sportok és harcművészetek: így különösen birkózás, ökölvívás, aikido, capoeira, eskrima, hapkido, iaido, judo, ju-jitsu, karate, kempo, kenjutsu, kendo, kick-box, kungfu, kyudo, K-1, nanbudo, ninjutsu, pankráció, sumo, taekwon-do, thai box.

Téli sportok: így különösen alpesi sélés, biatlon, bob, gyorsasági korcsolyázás, gyorskorcsolya, jégheki, jégtánc, műkorcsolya, műlesiklás, óriás műlesiklás, rövidpályás gyorskorcsolya, síakrobatika, sélés, sífutás, sílesiklás, sítugrás, snowboard, szánkó, szkeleton.

Atlétikai számok: így különösen akadályfutás, diszkoszvetés, futás, gátfutás, gerelyhajítás, gyaloglás, hármasugrás, hétpróba, hosszútáv futás, kalapácsvetés, magasugrás, maraton, rúdugrás, síkfutás, súlylökés, tájfutás, távolugrás, terepfutás, tízpróba, triatlon, súlyemelés.

Kerékpársportok: így különösen BMX, BMX-cross, gyorsasági kerékpározás, magashegyi kerékpározás, mountain bike, pályakerékpározás, utcai kerékpározás.

Egyéb: aerobik, akrobatikus rock & roll, barlangászat, barlangi expedíció, bázisugrás, bowling, bungee jumping, canyoning, falmászás, fitnessz, gördeszkázás, görkorcsolyázás, hegymászás, lovaglás, magashegyi expedíció, mountainboard, művészi torna, öttusa, ritmikus sportgimnasztika, skate, sziklamászás az V. foktól, versenytánc.

TG0 (kód): terhesgondozásra vonatkozó záradék

Ha a Szerződés a jelen záradékra, záradék kódjára hivatkozással jön létre, akkor a terhesgondozás abban az esetben is biztosítási eseménynek minősül a női Biztosított vonatkozásában, ha a Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet azt külön megemlítve ugyan nem tartalmazza.

**TG1 (kód): terhesgondozásra vonatkozó záradék**

Ha a Szerződés a jelen záradékra, záradék kódjára hivatkozással jön létre, akkor a terhesgondozás abban az esetben is biztosítási eseménynek minősül a női Biztosított vonatkozásában, ha a Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet azt külön megemlítve ugyan nem tartalmazza, de a fogamzás a Biztosított belépését követően történt.

Szabály a TG0 és TG1 záradékokhoz: Ellenkező megállapodás hiányában a jelen záradékok közül hatályosan legfeljebb az egyik alkalmazható (külön megemlítés nélkül a TG0 alkalmazandó) az olyan női Biztosítottra vonatkozóan, akivel együtt a Szerződés keretében legalább még egy, a Biztosított személlyel azonos levelezési címmel rendelkező, nagykorú közeli hozzátartozójára is - mint Biztosított - hatályos a Szerződés a biztosítási esemény időpontjában, és a hivatkozott Biztosítottakra vonatkozó fedezet tartalmazza a fejlett diagnosztika finanszírozását is.

VI0, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6 (kód): 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 hónapos várakozási idő

Ha a Szerződés illetve a Szerződés a Biztosított vonatkozásában külön megemlítve a jelen záradékra, záradék kódjára hivatkozással jön létre, akkor a Biztosító a Szerződés keretében illetve a Szerződés keretében a Biztosított vonatkozásában - a záradék kódjában szereplő számmal megegyező - 0, 1, 2, 3, 4, 5 illetve 6 hónapos várakozási időt alkalmaz.

VIF1 (kód): sürgősségi esetekre kiterjedő kockázatvállalás a várakozási idő alatt

Ha a Szerződés külön megemlítve a jelen záradékra, záradék kódjára hivatkozással jön létre, akkor a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra vonatkozó várakozási idő alatt részleges, kizárólag a sürgősségi esetekre terjed ki.

VIF2 (kód): akut ellátási esetekre kiterjedő kockázatvállalás a várakozási idő alatt

Ha a Szerződés külön megemlítve a jelen záradékra, záradék kódjára hivatkozással jön létre, akkor a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra vonatkozó várakozási idő alatt részleges, kizárólag az akut ellátási esetekre, a balesetektől eredő sürgősségi és a sürgősségi esetekre terjed ki.