



Feltétel

Med TopDoc

Csoportos betegségbiztosítás

2017. november 1-től érvényes

Ügyfélértékelő

Med TopDoc Csoportos betegségbiztosítás

Tisztelt Partnerünk!

Kérjük, hogy biztosítási ajánlatának megtevéle előtt figyelmesen olvassa el az Önnek ajánlott termékünkre vonatkozó jelen tájékoztatónkat és a szerződési feltételeket.

Biztosítónk az **UNIQA Biztosító Zrt.** (továbbiakban: a biztosító)
A társaság székhelye: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.

Felügyeleti szervünk a Magyar Nemzeti Bank
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
(1534 Budapest, BKKP Pf.: 777)
ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

A biztosítási szerződés jellemzőire vonatkozó tudnivalókat a Med TopDoc Csoportos betegségbiztosítás általános és különös feltételei tartalmazzák.

A szerződési feltételekben szereplő információk könnyebb feltehetőleg az alábbi összefoglalóval kívánjuk segíteni:

Fontos tudnivalók:

- A szerződés jellemzőire vonatkozó **általános ismeretek** – így többek között a biztosítási időszak és tartam meghatározása, a biztosító **kockázatviselésének** kezdetére és megszűnésére, valamint a **szerződés megszűnésére** vonatkozó tudnivalók az általános feltételek 5–19. pontjában és a különös feltételek 53. pontjában szerepelnek.
- Az általános feltételek 26–36. pontja és a különös feltételek I., II., III., IV. és V. fejezete a **biztosítási eseményeket és szolgáltatásokat** tartalmazza, a kapcsolódó fogalmak magyarázatával együtt.
- A **díjfizetésre, elszámolásra** vonatkozó feltételeket, az értékvetési lehetőséget az általános feltételek 39–45. pontja és a különös feltételek VIII. fejezete szabályozza.
- A szolgáltatás igénylésének feltételeit, a **szolgáltatások teljesítésének módját** az általános feltételek 47–58. pontja és a különös feltételek VII. fejezete foglalja össze.
- A biztosító **mentesüléséről** és a **nem vállalt** (kizárt) kockázatokról az általános feltételek 59–63. pontja és a különös feltételek VI. fejezete tájékoztat. A szolgáltatás ellehetetlenülésének esetéről a különös feltételek IX. fejezete tájékoztat.
- Az általános feltételek 64–70. pontja emeli ki a **törvények** által meghatározott, az Ügyfelek számára fontos egyéb információkat, úgymint
 - az **adatok kezelésére**, a biztosítási titokra, az adatok **továbbíthatóságára** a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben (a továbbiakban: Bit.) előírtakat,
 - a javaslatok, panaszok, észrevételek fogadására kijelölt helyeket, szervezeteket.
- A **biztosítási szerződés határozatlan tartamú.**

Külön felhívjuk a figyelmét az alábbi általános tudnivalókra:

Adatkezelési tájékoztató:

A jelen szerződéssel kapcsolatos adatokat a biztosító az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 5. § (1) bekezdés a) pont szerinti az

ügyfél önkéntes hozzájárulása és a Bit.135.§-a és 136.§-a alapján kezeli.

A biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggően tudomására jutott személyes, egészségügyi és üzleti adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – teljes körű kezelésére. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

A biztosító részéről adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Wien, Untere Donau Strasse 21.), a biztosító által felkért orvossal, továbbá a biztosító számára a biztosítási szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, megbízottak járhatnak el. Az adatokat e személyek ismerhetik meg a vonatkozó jogszabályi feltételek szerint.

Az ügyfél a biztosítónál – személyazonosságának igazolása után – tájékoztatást kérhet adatai kezeléséről, kérheti adatai helyesbítését, a kötelező adatkezelés kivételével adatai törlését, zárolását, törvényben meghatározott esetekben tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat. A per megindítható a lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszéken is. Az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatást a biztosító a kérelem közlésétől számított 25 napon belül teljesíti. A tájékoztatás iránti kérelmet az info@uniqa.hu e-mail címre vagy a biztosító, 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74. címére küldheti meg.

A **biztosítási titok** minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A biztosító az általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint – jogszabály eltérő rendelkezése hiányában – azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervekhez továbbíthatja:** a feladatkörében eljáró Felügyelethez, nyomozhatósághoz és ügyészséghez, bírósághoz, a bíróság által kirendelt szakértőhöz, bírósági végrehajtóhoz, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezőhöz, Családi Csődvédelmi Szolgálathoz, családi vagyonteljesítőhöz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi államigazgatási szervhez, titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz,

együttbiztosításban részt vállaló biztosítóhoz, állomány-átruházáskor az átvevő biztosítóhoz, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partnerhez, könyvvizsgálóhoz, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosítóhoz, biztosításközvetítőhöz, alapvető jogok biztosához, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, a pénzmosás és terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró pénzügyi információs egységként működő hatósághoz vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján eljáró magyar bűnüldöző szervhez. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége alól kivételt képez az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettség is. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása. A Bit. 147.§-ában meghatározott esetben és időtartamot követően az üzleti titkot tartalmazó irat levéltári kutatások céljára felhasználható. Üzleti- és biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettség alól kivételt képez továbbá a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség is.

A Nyilatkozat aláírásával a szerződő és a biztosítottak hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító harmadik országbeli (viszont)biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez továbbíthassa, valamint, hogy a jelen szerződéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelése szempontjából szóba jövő intézményeknek továbbítsa.

A szerződő és a biztosított hozzájárulnak ahhoz, hogy a megadott személyes adataikat – az egészségügyi adatokat is beleértve – a biztosító a szerződésben foglaltaknak megfelelően teljes körűen kezelje, harmadik országbeli(viszont)biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez továbbítsa. Az ügyfelek adatait a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül a biztosítási törvényben meghatározott szerveknek is továbbíthatja. A szerződő és a biztosított hozzájárulnak ahhoz, hogy a biztosítási szerződés adatai – a biztosított egészségi állapotára és a díjfizetésre vonatkozó adatokat is beleértve – továbbításra kerüljenek a biztosítási szolgáltatás nyújtásában mindenkor részt vevő, EGT-tagállambeli és nem EGT-tagállambeli kórházak és orvosok részére is, másrészt hozzájárulnak ahhoz, hogy a mindenkori ellátásszervező, az érintett kórházak és orvosok a részükre továbbított adatokat – így a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat is – teljes körűen kezeljék. A szerződő és a biztosított a titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel hozzájárulnak ahhoz, hogy a mindenkori ellátásszervező szolgáltató, a kórházak és orvosok a rendelkezésükre álló, a biztosítóttra vonatkozó adatokat – beleértve az egészségi állapotára vonatkozó adatokat is – a biztosító, valamint a mindenkori ellátásszervező szolgáltató számára továbbítsák teljes körű adatkezelés céljából. A szerződéssel kapcsolatban – az általános szerződési feltételekben rögzített szerveken túlmenően – adatfeldolgozóként jár el a viszontbiztosító Partner Reinsurance Europe SE (CH-8034 Zürich, Bellerivestrasse 36.) is.

Az ügyfél a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján,

postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

- a) **személyesen írásban vagy szóban** a biztosító Ügyfélszolgálatán (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) ügyfélfogadási időben,
- b) **elektronikus úton** (a panasziroda@uniqa.hu e-mail címen),
- c) **telefonon** (a biztosító Call Centerén keresztül az alábbi telefon számokon: +36-1/20/30/70/544-5555),
- d) **telefax útján** (az alábbi telefax számon: +36-1/238-6060),
- e) **levélben** (az alábbi címen: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.).

A panaszbeadványokon címzettként kérjük feltüntetni a Panaszkezelés megnevezést is. **A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a www.uniqa.hu honlapunkon nyújtunk tájékoztatást**, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.

A panasz biztosító általi elutasítása esetén, amennyiben a panasz a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásával, megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos, az ügyfél:

- a) a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (továbbiakban: PBT, székhely: MNB 1054 Budapest, Szabadság tér 9., levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172., telefon: +36-80-203-776, e-mail: ugyfelszolgalat@mnbn.hu, internetes elérhetőség: www.mnb.hu/bekeltetes) vagy
- b) a Polgári Perrendtartás szabályai szerint **bírósághoz** fordulhat.

Amennyiben a biztosító által elutasított panasz a Magyar Nemzeti Bankról (a továbbiakban: MNB) szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) fogyasztóvédelmi rendelkezése megsértésének kivizsgálására irányul, úgy az ügyfél az MNB [1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: +36-40-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbn.hu] fogyasztóvédelmi eljárását kezdeményezheti.

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy az ügyfél a(z) MNB tv. rendelkezései értelmében fogyasztónak minősüljön, továbbá a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését. Az MNB tv. alkalmazásában **fogyasztó** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy. A panaszkezelés szempontjából **nem minősül fogyasztónak** pl. a gazdasági társaság, a szövetkezet, a társasház, az ügyvédi iroda, vagy bármely más jogi személyiséggel rendelkező szervezet, továbbá a biztosításközvetítő, illetve a biztosító vagy biztosításközvetítő alkalmazásában álló/képviselőként eljáró személy.

Amennyiben az ügyfél az MNB tv. rendelkezései értelmében nem minősül fogyasztónak, a biztosító panaszt elutasító döntésével szemben a **Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál kezdeményezhet polgári peres eljárást**.

A biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 2 év elteltével a biztosítási szerződésből eredő igények elévülnek.

Med TopDoc Csoportos betegségbiztosítás

Általános Feltételek 001

Jelen feltételek ellenkező szerződéses kikötés hiányában az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) – továbbiakban: **biztosító** – azon betegségbiztosítási szerződéseire érvényesek, amelyeket jelen Általános és Különös feltételekre történő együttes hivatkozással kötöttek.

Az itt nem szabályozott kérdésekben a szerződéshez kapcsolódó Különös feltételek és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. Amennyiben jelen feltételektől a Különös feltételek eltérnek, úgy a különös feltételek a mérvadók.

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

A biztosítási szerződés alanyai

1. A **BIZTOSÍTÓ** a biztosítási díj ellenében a szerződésben és annak feltételeiben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.
2. A **SZERZŐDŐ** az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését valamennyi biztosítottra együttesen vállalja.
 - 2.1. A **szereződő** lehet bármely Magyarországon működő
 - a) jogi személyiséggel nem rendelkező munkáltató,
 - b) cégjegyzékbe, illetve más bírósági nyilvántartásba felvett jogi személy, illetve gazdasági társaság,
 - c) egyéb szervezet, közösség.
 - 2.2. A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtétele a szerződő joga és kötelessége.
 - 2.3. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat valamely szervezeti egységéhez **írásban** eljuttatták.
 - 2.4. A biztosító nyilatkozatait a szerződőnek juttatja el, melyek tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a szerződő kötelessége a biztosította(ka)t tájékoztatni.
3. A biztosítási szerződés **egyidejűleg több biztosítottra** vonatkozik.
 - 3.1. **BIZTOSÍTOTT** az a természetes személy, akit a szerződő biztosításra jelölt, a biztosítónak bejelentett és akire vonatkozóan a biztosító a kockázatviselést vállalta.
 - 3.2. A szerződő személyére vonatkozó megkötések miatt a biztosított nem léphet a szerződő helyébe.
 - 3.3. Biztosított személy **nem lehet** az, aki
 - a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetének évében betölti vagy korábban már betöltötte 65. életévét,
 - a biztosítás rá vonatkozó kezdete előtt
 - már nyugdíjas, rokkantsági nyugdíjas,
 - baleseti járadékos vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas,
 - munkaképesség csökkenés megállapítására irányuló kérelmet nyújtott be a mindenkor illetékes hatósághoz.
 - **Nem lehet biztosított az a munkavállaló, aki**
 - CSED-en, GYES-en, illetve GYED-en van.

4. A **KEDVEZMÉNYEZETT** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult, azaz a biztosított.

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS MEGSZŰNÉSE

A biztosítási szerződés létrejötte

5. A szerződés a jelen **Általános feltételekből, Különös feltételekből, továbbá ajánlatból, kötvényből** és a **Szerződővel kötött együttműködési megállapodásból** áll, melyet a biztosítottakra vonatkozó **adatközlők** és egyéb **nyilatkozatok** egészíthetnek ki.
 - 5.1. A biztosító a szerződéskötéshez egészségi nyilatkozatot, illetve orvosi vizsgálatot kérhet.
6. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli **ajánlattal** kezdeményezi.
7. A szerződés úgy jön létre, hogy a biztosító az ajánlat és a hozzá tartozó dokumentumok alapján kockázatbírálást végez, majd az ajánlatra elfogadó nyilatkozatot (**KÖTVÉNYT**) állít ki. A biztosítási fedezetet igazoló dokumentum a **KÖTVÉNY**. A biztosítónak jogában áll az ajánlatot módosításokkal elfogadni. Lényeges eltérések esetén a biztosító erre a tényre a szerződő figyelmét a kötvény kiadásakor írásban felhívja. Ha a kötvény tartalma az ajánlattól eltér, és az eltérést a szerződő tizenöt napon belül nem kifogásolja a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. A biztosítónak jogában áll az ajánlatot, annak – a kötvény kiállítására jogosult szervezeti egységéhez történő – beérkezését követő 15 napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, a beérkezést követő 60 napon belül indoklás nélkül elutasítani. A szerződés létrejön abban az esetben is, ha a biztosító az összes szükséges kellelkel (adatközlővel, nyilatkozattal) ellátott ajánlatra, annak beérkezését követő 15 napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, a beérkezést követő 60 napon belül nem nyilatkozik.
8. A biztosítási szerződés határozatlan tartamú.
9. A szerződés **kezdeté** a kötvényen ekként megjelölt nap.
10. A **biztosítási évforduló** a szerződés kezdetét követően minden évben a kötvényen ekként megjelölt hónap és nap. Az évfordulókhoz kapcsolódnak – többek között – a felmondási jog, a biztosítási díj elszámolása, a szerződés tartalmi módosítása.
11. Az **első biztosítási időszak** a szerződés kezdetétől az első biztosítási évfordulóig terjedő időtartam, amennyiben a szerződés kezdetének hónapja és napja megegyezik a biztosítási évfordulóként megjelölt hónappal és nappal. Ellenkező esetben az első biztosítási időszak a szerződés kezdetétől a második biztosítási évfordulóig terjedő időtartam.

A további **biztosítási időszakok** a biztosítási évfordulók közötti egy éves időtartamok.

12. Amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig sem a szerződő, sem a biztosító nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés az utolsó adatközlőben foglaltaknak és a szerződés tartalmának megfelelően **további egy biztosítási időszakra** folytatódik.

A szerződés hatályba lépése

13. A biztosítás az azt követő nap 0 órájától lép hatályba, amikor a szerződő az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárában befizeti, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.
14. Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni.

A biztosító kockázatviselése, „kezdeti” és „új” biztosítottak

15. A **KEZDETI** (a szerződésbe annak kezdetével bevont) **biztosítottakra** vonatkozóan a biztosító **KOCKÁZATVISELÉSE** a szerződés hatálybalépésével egyidejűleg kezdődik. Ha a felek díjhalasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés kezdete a szerződésben kerül rögzítésre.

ÚJ (meghatározott csoportba a szerződés kezdetét követően belépő) **biztosítottokra** a biztosító **KOCKÁZATVISELÉSE** az azt követő napon kezdődik, amikor a biztosítóhoz a szerződésben előírt módon a vonatkozó adatközlés beérkezik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatviselést az adatközlő beérkezését követő 15 napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, a beérkezést követő 60 napon belül nem utasította vissza.

16. Ha egy kezdeti biztosított a biztosítási szerződés kezdetekor betegszabadságon vagy táppénzes állományban van, a biztosító kockázatviselése csak személyre szabott kockázatelbírálást követően, de legkorábban a betegszabadság, illetve a (ezt követő) táppénzes időszak leteltével kezdődhet. Az ilyen esetekben a betegszabadság, illetve a (ezt követő) táppénzes időszak leteltét a biztosítóhoz be kell jelenteni, és a bejelentést követő 60 napon belül a biztosítónak lehetősége van a kockázat vállalását véglegesen elutasítani.

A szerződés és a kockázatviselés megszűnése

17. A biztosítási **szerződés** – ezzel a biztosító kockázatviselése valamennyi biztosítottra – **megszűnik** az alábbi esetek bármelyikében:

- 17.1. ha a szerződő vagy a biztosító a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal a felmondási szándékát a másik félnek írásban bejelenti, a biztosítási évfordulót megelőző nap leteltével;
- 17.2. díj nemfizetés esetén (44. pont);
- 17.3. a szerződő jogutód nélküli megszűnését elrendelő határozat jogerőre emelkedésének napján, vagy amennyiben

a díjfizetéssel rendezett időszak utolsó napja a korábbi, úgy azon a napon;

- 17.4. egyéb, a szerződéshez tartozó Különös feltételekben meghatározott esetekben.

18. A biztosítási szerződés a szerződő vagy a biztosító részéről a biztosítási évfordulóra – de legkorábban az első biztosítási időszak végével – mondható fel. A felmondást 30 nappal a biztosítási évforduló előtt írásban kell megtenni.

19. **Valamely biztosítottra vonatkozóan megszűnik a kockázatviselés** az alábbi esetek bármelyikében:

- 19.1. ha a biztosítottnak a biztosítási szerződésbe bevont csoporthoz való tartozása (3. pont) megszűnik, a csoporttagság utolsó napjának leteltével (így többek között kilépés, átszervezés, felfüggesztés, nyugdíjba vonulás miatt);
- 19.2. annak a naptári évnek a végével, amelyben a biztosított életkora eléri a 85. életévét;
- 19.3. a biztosított a Különös feltételekben meghatározott tartamlimitet elérte;
- 19.4. a biztosított halálának időpontjával.

KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

20. A szerződőt és a biztosítottat egyaránt közlési kötelezettség terheli, amelynek értelmében a szerződéskötéskor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő és a biztosított a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

21. A biztosító jogosult a közölt **adatok ellenőrzésére**, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, és orvosi vizsgálatot is előírhat.

22. A biztosítási szerződés létrejötte előtt keletkezett, a biztosítottat érintő egészségi panaszokat, betegségeket és baleseti következményeket a biztosító által rendelkezésre bocsátott nyilatkozat kitöltésével a szerződőnek, illetve a biztosítottnak közölnie kell a biztosítási szerződés megkötése előtt. A közlések alapján a biztosító jogosult az ajánlatot elutasítani.

23. A szerződő és a biztosított felhatalmazást adnak a biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére. A biztosított aláírásával hitelesítve felhatalmazza kezelőorvosait, az őt kezelő kórházakat és egészségügyi intézményeket, a Nemzeti Egészségbiztosítás Alapkezelőt és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, hogy az általuk nyilvántartott – a kockázat elvállalásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, a biztosított egészségi állapotára és egészségügyi ellátásaira vonatkozó – adatokat a biztosítónak, kérésére, átadják.

24. Ha a **biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást** a szerződés elfogadását érintő, a szerződés hatályba lépését megelőzően már fennállott lényeges körülményekről (így például a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos körülményről), továbbá ha a szerződésben meghatározott **lényeges körülmények változását** közli vele,

15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a feltételek értelmében nem vállalhatja – a szerződést, illetve annak adott biztosított(ak)ra vonatkozó részét, 30 napra írásban felmondhatja. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül írásban nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat kézhezvételétől számított 30. napon megszűnik.

25. A szerződő köteles a szerződésben rögzített adatainak, jogállásának megváltozásáról a biztosítót 5 munkanapon belül írásban értesíteni. Ennek elmulasztása esetén a jogkövetkezményeket a szerződő viseli.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYHEZ KAPCSOLÓDÓ FOGALMAK

26. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** a jelen szerződéshez tartozó Különös feltételekben ekként meghatározott esemény.

27. **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS** a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztekor fellépő kötelezettsége.

28. Jelen feltételek szempontjából **BALESETNEK** minősül a szerződés hatálybalépését követően, a szerződés fennállása alatt a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.

29. Jelen feltételek szempontjából **BETEGSÉGNEK** minősül az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.

30. Jelen feltételek szempontjából **ELŐZMÉNY NÉLKÜLI BETEGSÉGNEK** minősül az a betegség, amely nem áll okozati összefüggésben a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegséggel vagy balesettel vagy megállapított maradandó egészségkárosodással.

31. Jelen feltételek szempontjából **KÓRHÁZNAK** minősül az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó orvosi jelenlétet biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik, és kórtörténetet vezet. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, a geriátriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.

32. **EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ** a jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet, aki, illetve amely az egészségügyi hatóság (magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet) által ekként elismert, és akinek, illetve amelynek a működése engedélyezett Magyarországon.

33. **(ORVOSI) VIZSGÁLATNAK** minősül minden olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja az egészségi állapot felmérése, az egészség megőrzése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.

34. **KÓRHÁZI FEKVŐBETEG GYÓGYKEZELÉS:** jelen biztosítási feltételek értelmében minden olyan, kórházban történő, az illetékes minisztérium és a mindenkor hatályos jogszabályokban meghatározott szakmai testületek által elismert, legalább 24 órás folyamatos kórházi benttartózkodást szükségessé tevő orvosi indokolt gyógykezelés, amely megbetegedés megállapítása, gyógyítása, a megbetegedés következtében kialakult állapotromlás szinten tartása vagy javítása céljából a biztosított közvetlen vizsgálatára, kezelésére, ápolására, orvosi rehabilitációjára irányul.

35. **SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás egészségügyi ellátása, amelynek hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

36. **DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK:** azok a vizsgálatok, amelyeknek célja a panaszok, a kórtörténet és a fizikális vizsgálat alapján diagnózis felállítása, meghatározása, illetve felmerült diagnózis alátámasztása.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A biztosítás díja

37. A biztosító a biztosítási szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a **biztosítási díj** ellenében vállalja.

38. A biztosítási díj meghatározása a szerződés tartalmának – így többek között a csoportra jellemző veszélyességnek, a biztosítottak létszámának, a biztosítási eseményeknek, a szolgáltatás időbeli jellegének, az egyes biztosítottak korának, foglalkozásának és egészségi állapotának, a biztosítási összegeknek, a díjfizetés gyakoriságának – megfelelően történik.

A biztosítási díj fizetése

39. A biztosítási szerződés kezdetére vonatkozóan a biztosító meghatározza az első biztosítási időszakra vonatkozó, a kezdeti biztosított létszámmal számított **KEZDETI** biztosítási díjat, mely mindaddig érvényes marad, amíg azt az elszámolás szabályai szerint (41–43. pont) módosítani nem kell.

40. A biztosítás **rendszeres** díjfizetésű.

A felek közötti elszámolás, adatközlés, változásjelentés

41. A felek közötti adatközlés és változásjelentés részletes szabályait, az írásbeliségre vonatkozó szabályokat és a felek közötti egyéb egyezségeket az **EGYÜTTMŰKÖDÉSI MEGÁLLAPODÁS** tartalmazza. A szerződő az adott időszak alatt bekövetkezett – a biztosítottakat érintő – változásokat a biztosító által rendelkezésére bocsátott **változásjelentő lapon** vagy egyéb,

az együttműködési megállapodásban rögzített (elektronikus) formában havonta, de a biztosítottak körében **törént bármely változást követő legfeljebb 5 munkanapon belül** közli. A bejelentett változást a biztosító a **bejelentést követő hónap első napjával veszi figyelembe.**

42. A biztosító a biztosítottakat érintő változából eredő díjmódosítást a választott fizetési gyakoriságtól függetlenül, a változás figyelembe vételétől érvényesíti, és az erről szóló díjbekérőt a szerződőnek megküldi, vagy a díjtöbbletet visszatulja.
43. A biztosítási időszakra vonatkozó elszámolás megküldését követő **15 napon belül** a szerződő felek az alábbiak szerint számolnak el egymással:
- ha a szerződőnek követelése van a biztosítóval szemben, és az nem haladja meg a következő díj(részlet) összegét, úgy a biztosító azt előre fizetett díjként kezeli;
 - ha a szerződő követelése meghaladja a következő díj(részlet) összegét, úgy a biztosító a különbözetet 15 napon belül a szerződőnek átutalja;
 - ha az elszámolás szerint a biztosítónak követelése van a szerződővel szemben, úgy a szerződő az elszámolás kézhez vételétől számított 15 napon belül a követelés összegét köteles a biztosítónak átutalni.
44. Amennyiben a szerződő a biztosítás folytatálagos díját az esedékességkor nem egyenlíti ki teljes mértékben, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harmincnapos póthatáridő kitűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti. Az első elmaradt díj esedékességétől számított 30 nap eltelte után a biztosított nem jogosult a *biztosítási szolgáltatások* igénybevételére mindaddig, amíg az elmaradt díjakat nem egyenlíti ki.
45. A díjfizetés elmulasztása miatt megszünt biztosítási szerződés nem reaktiválható, azaz nem helyezhető újra érvénybe.

MARADÉKJOGOK

46. A jelen biztosítási feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésben nincsenek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradó **maradékjogok** (visszavásárlás, díjmentesítés), biztosítási **kötvénykölcson** nem igényelhető, és **többlethozam**-megosztásra nem kerül sor.

A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

A biztosítási esemény bejelentése

47. A szerződőnek (2. pont) vagy a Kedvezményezettnek/Jogosultnak (4. pont) a **biztosítási eseményt** a bekövetkeztétől számított **8 napon belül írásban** be kell jelentenie a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adnia, és lehetővé kell tennie a bejelentés és felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

A szolgáltatás teljesítésének feltételei

48. A biztosító a szolgáltatásokat a jogalap fennállása esetén, a Különös feltételek VII. fejezetében leírt módon teljesíti.
49. A biztosító a szolgáltatási igénynek, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratoknak a késedelmes benyújtása miatt elhúzódozó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.
50. A biztosító a szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor érvényes szerződési feltételeknek megfelelően, a szolgáltatásra vonatkozóan rendelkezésre álló **legutolsó adatközlés tartalma** szerint nyújtja. Az érintett biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ellenőrzéséhez a biztosító bekéri a szerződőtől a szükséges adatokat, és kérheti a biztosított állomány adatainak visszamenőleges ellenőrzési lehetőségét is.
51. **A biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 2 év elteltével a biztosítási szerződésből eredő igények elévülnek.**
52. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben vis maior kizárja vagy korlátozza a teljesítést. Vis maior körülménynek kell tekinteni azokat az előre nem látható és emberi erővel elháríthatatlan körülményeket (pl. háború, földrengés, árvíz, tűzvész, terrorcselekmény, stb.), amelyek nem függenek a Felek akaratától, és közvetlenül akadályozzák az adott felet a szerződéses kötelezettségének teljesítésében.

A teljesítéshez szükséges dokumentumok

53. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak **az alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:
- 53.1. a szerződő igazolását a biztosított csoporttagságáról (többek között: munkaviszonyáról, foglalkoztatásáról, tagsági viszonyáról) és az érintett csoport létszámáról a biztosítási esemény bekövetkeztekor;
 - 53.2. az egészségügyi ellátás, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációját, a kórházi zárójelentést;
 - 53.3. baleseti eredet esetén a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi és egyéb igazolásokat, jegyzőkönyveket;
 - 53.4. hatósági eljárás esetén a nyomozást lezáró (vagy a nyomozás megtagadásáról szóló) határozatot;
 - 53.5. a biztosítási esemény, a biztosítási összeg és a jogosultság (kedvezményezetttség) megállapításához szükséges egyéb okiratokat.
54. Szükség esetén a biztosító egyéb igazolásokat is bekérhet, és jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése, beleértve a biztosított személyes vizsgálatának esetleges elrendelését is.
55. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén azon okiratok bemutatását kérheti, amelyek alkalmasak a biztosítási esemény bizonyítására. A biztosító a szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A biztosítási ese-

mény bekövetkezését a szerződő, biztosított, kedvezményezett kell, hogy bizonyítsa. A biztosítási esemény bekövetkezésének bizonyítására alkalmasak azon okiratok, hatósági, bírósági határozatok, jegyzőkönyvek, tárgyi bizonyítékok, amelyek a biztosítási esemény jogalapját, valamint annak összecszerűségét bizonyítják. A felsoroltakon kívül a szerződőnek, biztosítottak, kedvezményezettnek joga van a biztosítási esemény igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

56. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve a szolgáltatási igényt elutasíthatja.

A biztosító felülbírálati jogai

57. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához **saját orvosszakértőt** vehet igénybe. A biztosító orvosszakértőjének joga van a biztosítási események vonatkozásában – egyebek mellett –**felülbírálni** az orvosi beavatkozás, kezelés szükségességét.

58. A biztosító orvosszakértőjének **megállapításai függetlenek** minden más orvosi vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvosszakértők megállapításaitól, és az igény elbírálásánál a biztosító a saját orvosszakértőjének véleményét veszi alapul.

A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE, KIZÁRÁSOK

A biztosító mentesülése

59. A **közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése** esetén a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor, illetve a szerződés módosításakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

60. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a **biztosítási eseményt** a megadott **határidőn belül (47. pont) nem jelentik be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.

61. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése és egyéb esetleges szolgáltatás teljesítése nélkül szűnik meg, ha a betegséget, balesetet, illetve egészségkárosodást a biztosított vagy a szerződő **szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása** idézte elő.

SÚLYOSAN GONDATLANUL okozottnak minősül a biztosítási esemény különösen, ha az a fent felsorolt személyek

a) szándékosan elkövetett bűncselekményével

b) ittas állapotával

c) bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával, vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével

d) érvényes jogosítvány nélküli vagy alkoholos állapotban történő gépjárművezetésével

közvetlen összefüggésben következett be.

62. A biztosító **mentesülése esetén** a szerződőt a biztosítási díjból semmilyen **visszatérítés nem illeti meg**.

Kizárások

63. Azokat az eseményeket, amelyeket a biztosító kizár kockázatviselési köréből a Med TopDoc Csoportos betegségbiztosítás Különös biztosítási feltételei tartalmazzák.

VEGYES RENDELKEZÉSEK

Az adatok nyilvántartása

64. A jelen szerződéssel kapcsolatos adatokat a Biztosító az ügyfél hozzájárulása és a Bit. 135.§-a és 136.§-a alapján kezeli.

A biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggően tudomására jutott személyes, egészségi és üzleti adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – teljes körű kezelésére. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

A biztosítórészéről adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Wien, Untere Donau Strasse 21.), a biztosító által felkért orvosszakértő, továbbá a biztosító számára a biztosítási szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, megbízottak járhatnak el. Az adatokat e személyek ismerhetik meg a vonatkozó jogszabályi feltételek szerint.

Az ügyfél a biztosítótól – személyazonossága igazolása után – tájékoztatást kérhet adatai kezeléséről, kérheti adatai helyesbítését, a kötelező adatkezelés kivételével adatai törlését, zárolását, törvényben meghatározott esetekben tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat. A per megindítható a lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszéken vagy a Fővárosi Törvényszéken. Az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatást a biztosító a kérelem közlésétől számított 25 napon belül teljesíti. A tájékoztatás iránti kérelmet az info@uniqa.hu e-mail címre vagy a biztosító 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74. címére küldheti meg.

65. A **biztosítási titok** minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A biztosító az általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint – jogszabály eltérő rendelkezése hiányában – azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

66. Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – az

alábbi szervekhez továbbíthatja: a feladatkörében eljáró Felügyelethez, nyomozóhatósághoz és ügyészséghez, bírósághoz, a bíróság által kirendelt szakértőhöz, bírósági végrehajtóhoz, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezőhöz, Családi Csődvédelmi Szolgálatához, családi vagyonfelügyelőhöz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi államigazgatási szervhez, titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz, együttbiztosításban részt vállaló biztosítóhoz, állomány-átruházáskor az átvevő biztosítóhoz, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partnerhez, könyvvizsgálóhoz, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosítóhoz, biztosításközvetítőhöz, alapvető jogok biztosához, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, a pénzmosás és terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró pénzügyi információs egységként működő hatósághoz vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján eljáró magyar bűnüldöző szervhez. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége alól kivételt képez az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettség is. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása. A Bit. 147.§-ában meghatározott esetben és időtartamot követően az üzleti titkot tartalmazó irat levéltári kutatások céljára felhasználható. Üzleti- és biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettség alól kivételt képez továbbá a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség is.

67. A Nyilatkozat aláírásával a szerződő és a biztosítottak hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító harmadik országbeli (viszont)biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez továbbíthassa, valamint, hogy a jelen szerződéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelése szempontjából szóba jövő intézményeknek továbbítsa. A szerződő és a biztosított hozzájárulnak ahhoz, hogy a megadott személyes adataikat – az egészségügyi adatokat is beleértve – a biztosító a szerződésben foglaltaknak megfelelően teljes körűen kezelje, harmadik országbeli(viszont)biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez továbbítsa. Az ügyfelek adatait a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül a biztosítási törvényben meghatározott szerveknek is továbbíthatja. A szerződő és a biztosított hozzájárulnak ahhoz, hogy a biztosítási szerződés adatai – a biztosított egészségi állapotára és a díjfizetésre vonatkozó adatokat is beleértve – továbbításra kerüljenek a biztosítási szolgáltatás nyújtásában mindenkor részt vevő, EGT-tagállambeli és nem EGT-tagállambeli kórházak és orvosok részére is, másrészt hozzájárulnak ahhoz, hogy a mindenkori ellátásszervező, az érintett kórházak és orvosok a részükre továbbított adatokat – így a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat is – teljes körűen kezeljék. A szerződő és a biztosított a titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel

hozzájárulnak ahhoz, hogy a mindenkori ellátásszervező szolgáltató, a kórházak és orvosok a rendelkezésükre álló, a biztosítottra vonatkozó adatokat – beleértve az egészségi állapotára vonatkozó adatokat is – a biztosító, valamint a mindenkori ellátásszervező szolgáltató számára továbbítsák teljes körű adatkezelés céljából. A szerződéssel kapcsolatban – az általános szerződési feltételekben rögzített szerveken túlmenően – adatfeldolgozóként jár el a viszontbiztosító Partner Reinsurance Europe SE (CH-8034 Zürich, Bellerivestrasse 36.) is.

68. A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz, továbbá más biztosító jogszabályoknak megfelelő megkeresésére a kért adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkeresés illetve az adatátadás a Bit. 149.§-ban rögzített adatokra vonatkozhat. A biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a jogszabályban meghatározott időpontig kezelheti. A megkereső biztosító a megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011.évi CXII. törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

Panaszok bejelentése

69. Az ügyfél a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:
- személyesen írásban vagy szóban** a biztosító Ügyfél-szolgálatán (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) ügyfélfogadási időben,
 - elektronikus úton** (a panasziroda@uniqa.hu e-mail címen),
 - telefonon** (a biztosító Call Centerén keresztül az alábbi telefon számokon: +36-1/20/30/70/544-5555),
 - telefax útján** (az alábbi telefax számon: +36-1/238-6060),
 - levélben** (az alábbi címen: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.).

A panaszbeadványokon címzettként kérjük feltüntetni a Panaszkezelés megnevezést is. **A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a www.uniqa.hu honlapunkon nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.**

A panasz biztosító általi elutasítása esetén, amennyiben a panasz a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival, megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos, az ügyfél:

- a) a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (továbbiakban: PBT, székhely: MNB 1054 Budapest, Szabadság tér 9., levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172., telefon: +36-80-203-776, e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu, internetes elérhetőség: www.mnbb.hu/bekeltetes) vagy
- b) a Polgári Perrendtartás szabályai szerint **bírósághoz** fordulhat.

Amennyiben a biztosító által elutasított panasz a Magyar Nemzeti Bankról (a továbbiakban: MNB) szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) fogyasztóvédelmi rendelkezése megsértésének kivizsgálására irányul, úgy az ügyfél az **MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjának** (székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím: 1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu, internetes elérhetőség: www.mnbb.hu/fogyasztovedelem) **fogyasztóvédelmi eljárását** kezdeményezheti.

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy az ügyfél a(z) MNB tv. rendelkezései értelmében fogyasztónak minősüljön, továbbá a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését. Az MNB tv. alkalmazásában **fogyasztó** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy. A panaszkezelés szempontjából **nem minősül fogyasztónak** pl. a gazdasági társaság, a szövetkezet, a társasgház, az ügyvédi iroda, vagy bármely más jogi személyiséggel rendelkező szervezet, továbbá a biztosításközvetítő, illetve a biztosító vagy biztosításközvetítő alkalmazásában álló/képviselőben eljáró személy.

Amennyiben az ügyfél az MNB tv. rendelkezései értelmében nem minősül fogyasztónak, a biztosító panaszt elutasító döntésével szemben a **Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál** kezdeményezhet polgári peres eljárást.

70. A biztosító Felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank
Levél cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest
Internetes elérhetőség: www.mnbb.hu
E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu
Ügyfélszolgálati telefonszám: + 36-80-203-776

Med TopDoc Csoportos betegségbiztosítás

Különös biztosítási feltételek

Jelen biztosítási feltételek a biztosító (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) azon szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek. Jelen különös feltételek kizárólag a Med TopDoc Csoportos Betegségbiztosítási Általános Feltételek 001 dokumentummal együtt érvényesek. A jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdéseket és fogalmakat az általános feltételek tartalmazzák. Amennyiben a szerződéshez tartozó különös biztosítási feltételek eltérnek az általános feltételektől, úgy a különös feltételekben meghatározottak a mérvadók.

I. FEJEZET: BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEKHEZ KAPCSOLÓDÓ FOGALMAK

- ALTERNATÍV GYÓGYÁSZAT:** olyan gyógyászati és egészségügyi rendszerek, gyakorlatok és termékek, amelyeket az orvosi szakma nem tekint a hagyományos gyógyászat vagy a szokásos orvosi kezelések részének, ideértve, de nem kizárólagosan a következőket: akupunktúra, aromaterápia, kiropaktika, homeopátiás gyógyászat, természetgyógyászat és oszteopátia (csontkovácsolás).
- BDUI:** BDUI Underwriting International SLU ("BDUI", cím: C/ Hortaleza, 104. 28004. Madrid Spain), amely a következő orvosi szolgáltatásokat szervezi jelen biztosítási feltételek alapján: második orvosi vélemény szolgáltatás és orvosi asszisztencia szolgáltatás (*Medical Concierge service*).
- BEST DOCTORS:** az a vállalkozás (Best Doctors Services S.L.U., cím: C/ Almagro, 36, 28010 Madrid, Spain), mely a BDUI szervezésében a második orvosi vélemény elnevezésű egészségügyi szolgáltatást nyújtja.
- BETEGSÉG:** az egészségi állapotban bekövetkező negatív változás, melyet megfelelő szakképesítéssel rendelkező, a törvényi előírásoknak megfelelően regisztrált orvos diagnosztizál és erősít meg.
Jelen biztosítás vonatkozásában egy *betegségnek* kell tekinteni az egy diagnózisból következő, valamint az egy okból vagy egymással összefüggő okokból kialakult összes *sérülést* és egészségromlást. Ha valamely egészségromlás oka meg egyezik egy korábbi *betegség* okával, vagy azzal összefügg, akkor az új *betegség* a korábbi *betegség* folytatásának tekintendő, nem pedig önálló *betegségnek*.
- BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS:** a biztosítottat a jelen szerződés alapján megillető szolgáltatás, melynek meghatározását a IV. Fejezet tartalmazza.
- BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG:** a jelen különös feltételek III. fejezetében definiált, a biztosítási szerződés által *fedezett orvosi beavatkozások, kezelések* vonatkozásában az 1. számú Függelékben megjelölt maximálisan fizethető összeg.
- EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT:** a biztosítási szerződés megkötése előtt, az ajánlat megtételekor a biztosított által kitöltött és aláírt azon nyomtatvány, amely a biztosító által végzett kockázatbírálás alapját képezi. Kiskorúak esetén a nyomtatványt a biztosított törvényes képviselője tölti ki és írja alá.
- ELŐZETES FEDEZETIGAZOLÁS:** a *BDUI* által, a biztosított állandó lakhelyétől eltérő (Magyarországon kívüli) országban megjelölt *kórházban* végzendő – a jelen szerződés által fedezett – szolgáltatások nyújtását megelőzően kibocsátott írásos jóváhagyás, amely megerősíti a *szolgáltatási eseménnyel* összefüggő orvosi kezelésre, szolgáltatásokra, ellátásra vagy orvosi rendelőre alkalmazott gyógyszerre nyújtott fedezet tényét.
- GYÓGYSZER:** olyan anyag vagy anyagok kombinációja, amely a biztosított által használható vagy neki beadható, a fiziológiai funkcióinak – farmakológiai, immunológiai vagy anyagcsere-folyamatok beindítása révén történő – helyreállítása, javítása vagy módosítása céljából, vagy orvosi diagnózis felállítása érdekében, és amely kizárólag orvosi rendelőre szerezhető be és engedéllyel rendelkező gyógyszerész által adható ki.
 - Amennyiben az orvosi rendelőn a *gyógyszer* nevét is feltüntették, úgy a recept ezzel azonos aktív hatóanyagú, erősségű és dóziszú *generikus gyógyszerre* is érvényes.
- KIZÁRÁS:** olyan meghatározott helyzet vagy körülmény, amelyre a biztosítási szerződés fedezete nem terjed ki, és amely vonatkozásában *káresemény* bekövetkeztekor a biztosító nem köteles szolgáltatást teljesíteni. A *kizárások* felsorolását a jelen feltételek VI. fejezete tartalmazza.
- KÍSÉRLETI KEZELÉS:** orvosi és műtéti felhasználásra, használatra szánt kezelések, eljárások, folyamatok, sorozatos kezelések, eszközök, gyógyszerek és gyógyszerészeti termékek, melyeket a nemzetközi orvosszakma által elismert különböző tudományos szervezetek még nem fogadtak el általánosan biztonságos, hatékony és megfelelő kezelésnek a *betegségek* és *sérülések* gyógyítására. Azok a módszerek is ide tartoznak, melyek vizsgálati, kutatási, tesztelési szakaszban, vagy a klinikai kipróbálás bármelyik stádiumában vannak.
- KOGNITÍV RENDELLENESSÉGEK:** azok a rendellenességek, amelyek olyan jelentős mértékben károsítják az egyén kognitív funkcióját, ami a közösségben történő normál működést kezelés nélkül ellehetetleníti, amint azt az American Psychiatric Association szerkesztette Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, Mentális rendellenességek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve) legújabb verziója meghatározza.
- KONZULENS KARDIOLÓGUS:** szív- és kardiovaszkuláris megbetegedésekre szakosodott orvos.
- MÁSODIK ORVOSI VÉLEMÉNY SZOLGÁLTATÁS:** A fedezett betegségek és orvosi beavatkozásokkal összefüggésben egy tapasztalt szakértő orvos részletesen áttekinti a biztosított orvosi dokumentációját és az azt alátámasztó diagnosztikai infor-

- mációkat, melyek alapján második orvosi vélemény készít. A szolgáltatást a Best Doctors nyújtja a BDUI kérésére.
15. **MEGLÉVŐ BETEGSÉG:** olyan *betegségek*, melyeket a biztosítás kockázatviselésének kezdete előtti 10 éves időszakban már diagnosztizáltak, kezeltek, vagy létezésük a biztosított előtt ismert volt.
16. **MŰTÉT:** minden olyan, diagnosztikai vagy terápiás céllal végzett sebészeti beavatkozás, amelyet a sebész bemetszés vagy más módon történő behatolás útján *kórházban* végez, és amely általában műtő használatához kötött.
17. **NEM INVAZÍV VAGY A KÖRNYEZETET EL NEM ÁRASZTÓ (IN SITU) RÁK:** rosszindulatú daganat, mely nem terjed tovább a hámszövet azon sejteiről, ahol kialakult, és nem támadja meg a kötőszöveti vázat (stróma) vagy a környező szöveteket.
18. **ORVOS:** olyan szakember, aki orvosi tevékenység végzésére törvényileg elismert szakképesítéssel rendelkezik.
19. **ORVOSI ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁS (Medical Concierge service):** Olyan szolgáltatás, amelynek révén a *BDUI* a jóváhagyott kérelem tekintetében minden egyes, a biztosított személy orvosi kezelésével kapcsolatos részletet rendez. Ez magában foglalja az egészségügyi beavatkozások és szolgáltatások felügyeletét és megszervezését, valamint a biztosított és hozzátartozója utazásának és szállásának megszervezését.
20. **ORVOSILAG INDOKOLT EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS:** olyan – az alábbi feltételek mindegyikének eleget tevő – egészségügyi szolgáltatások és ellátások:
- 20.1. melyek a biztosított alapvető egészségi szükségleteinek biztosításához szükségesek;
- 20.2. melyeket orvosszakmai szempontból leginkább megfelelőnek ítélt módon és körülmények között nyújtanak, figyelembe véve az egészségügyi szolgáltatás költségét és minőségét;
- 20.3. melyek az alkalmazott kezelések típusát, gyakoriságát és hosszát tekintve összhangban vannak a biztosító által elismert orvosi, kutatási vagy egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezetek vagy kormányzati szervek tudományosan megalapozott irányelveivel;
- 20.4. melyek a *betegség* vagy állapot diagnózisával összhangban vannak;
- 20.5. melyek nem a biztosított vagy a biztosított *orvosának* kényelmi szempontjai miatt válnak szükségessé;
- 20.6. melyek az általánosan elfogadott orvosi irodalom uralgó nézetei szerint:
- 20.6.1. biztonságosak és hatékonyak annak az állapotnak vagy *betegségnek* a kezelésére vagy diagnosztizálására, amelyre javasolták; vagy
- 20.6.2. biztonságosak abban az értelemben, hogy ígéretesen hatékonyak életveszélyes állapotok vagy *betegségek* kezelésére klinikailag kontrollált kutatási környezetben.
21. **PROTÉZIS:** olyan eszköz, amely egy szervet vagy annak egy részét, vagy egy működésképtelen vagy rosszul működő testrész funkcióját részben vagy egészben helyettesíti.
22. **SÉRÜLÉS:** a biztosított testét ért fizikai károsodás.
23. **SZOLGÁLTATÁSI ESEMÉNY:** olyan esemény, melynek következményeire részben vagy egészben fedezetet nyújt a biztosítási szerződés. Az ugyanazon okból eredeztethető következmények egyetlen *kárnak* tekintendők.
- ## II. FEJEZET: A BIZTOSÍTÁS TARTALMA
24. A jelen biztosítási szerződés a IV. fejezet szerinti fedezetet nyújtja a biztosított számára a szerződés által *fedezett orvosi beavatkozásokhoz, kezelésekhöz* kapcsolódó szolgáltatásokra és orvosi költségekre az alábbi feltételek mindegyikének maradéktalan teljesülése esetén:
- 24.1. a beavatkozás a kockázatviselés tartama alatt történik;
- 24.2. az orvosi beavatkozáshoz, *kezeléshez* vezető diagnózist az második orvosi vélemény szolgáltatás keretében megerősítették;
- 24.3. az érintett *betegséget* vagy állapotot nem diagnosztizálták, és annak nem jelentkeztek tünetei a biztosítottnál a kockázatviselés kezdete előtt, vagy a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül;
- 24.4. a kezelés *orvosilag indokolt*;
- 24.5. a költségek nem haladják meg az 1. számú Függelékben megjelölt *biztosítási összeget* és kereteket;
- 24.6. a kezelést a *BDUI* szervezi a VII. fejezetben meghatározott *szolgáltatási folyamattal* összhangban;
- 24.7. az orvosi költségek Magyarország területén kívül merülnek fel, kivéve a IV. fejezet 36. pontjában meghatározott gyógyszerköltség.
- ## III. FEJEZET: A SZERZŐDÉS ÁLTAL FEDEZETT BETEGSÉGEK ÉS ORVOSI BEAVATKOZÁSOK
- A szerződés a következő *orvosi beavatkozásokra, kezelésekre* nyújt fedezetet a IV. fejezetben foglaltak szerint:
25. **Rákos megbetegedés kezelése:**
- 25.1. olyan rosszindulatú tumorok, köztük a leukémia, a szarkóma és a limfóma kezelése, amelyeket a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése, szóródása és a szövetekbe való behatolása jellemez;
- 25.2. olyan környezetet el nem árasztó (in situ) rákok kezelése, amelyek nem terjednek tovább a hámszövetről, ahol kialakultak, és nem támadják meg a strómát vagy a környező szöveteket ;
- 25.3. olyan rákmegelőző, sejtszintű elváltozások kezelése, amelyek citológiai vagy hisztológiai besorolás szerint magas fokú dysplasia-nak vagy súlyos dysplasia-nak minősülnek.
26. **Szívkoszorúér áthidaló (bypass) műtét (a szívizom vér-ellátásának helyreállítására):** *műtét* végrehajtása *konzulens kardiológus* javaslatára egy vagy több szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának bypass graft segítségével történő korrigálása céljából.
27. **Szívbillentyű cseréje vagy korrekciója:** *műtét* végrehajtása *konzulens kardiológus* javaslatára egy vagy több szívbillentyű cseréje vagy korrekciója céljából.
28. **Idegsebészeti beavatkozás:** az agyat vagy a koponyáür más struktúráit, valamint a gerincoszlopban található jóindulatú tumorokat érintő *műteti* beavatkozás.

29. **Élő donoros szervátültetés:** a vizsgálatok során megfelelőnek bizonyult élő emberi donorból származó vese, májle-beny, tüdőle-beny, illetve hasnyálmirigy-rész *műtéti* úton tör-ténő átültetése.

30. **Csontvelő-átültetés:** csontvelő-sejtek transzplantációja csontvelő-átültetés vagy perifériás vér-össejt transzplantáció útján:

30.1. a biztosított saját szervezetéből (autológ csontvelő-transzplantáció) vagy;

30.2. megfelelőnek bizonyult élő emberi donorból (allogén csontvelő-transzplantáció).

IV. FEJEZET: A SZERZŐDÉS ÁLTAL FEDEZETT KÖLTSÉGEK (A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS)

31. A biztosítási szerződés (az 1. számú Függelékben meghatározott költségkeret erejéig) a – jelen különös feltételek III. fejezetében részletezett –*fedezett orvosi beavatkozások, kezelések* kapcsán felmerülő alábbi költségeket téríti meg:

32. Külföldi orvosi költségek:

32.1. *Kórházi* ellátás költségei, úgymint:

32.1.1. a biztosított *kórházi* szobában, kórteremben, *kórházi* részlegen, intenzív ápolási vagy megfigyelési osztályon történő elhelyezésének, étkeztetésének és általános ápolásának költsége a benttartózkodás ideje alatt;

32.1.2. egyéb *kórházi* szolgáltatások költsége, ideértve a *kórház* járóbeteg részlegei által nyújtott szolgáltatások költségét és a biztosított kísérője számára biztosított vendégágy költségét, feltéve, hogy a *kórház* ilyen szolgáltatással rendelkezik;

32.1.3. műtő és szolgáltatásainak használati költsége.

32.2. Egynapos sebészeti beavatkozásokat végző ambulanciákon vagy független egészségügyi központokban történő kezelés, *műtét*, orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszer költsége, de csak akkor, ha ezekre *kórházi* ellátás esetén a biztosítás fedezetet nyújtana.

32.3. Orvos által végzett vizsgálat, kezelés, egészségügyi ellátás vagy *műtét* költsége.

32.4. A *kórházi fekvőbeteg gyógykezelés* ideje alatti orvosi vizitek költsége.

32.5. A következő egészségügyi és műtéti szolgáltatások, kezelések vagy orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszerek költsége:

32.5.1. érzéstelenítés és altatás, valamint az ezekhez használt szerek beadásának költségei, feltéve, hogy az érzéstelenítést és altatást szakképzett aneszteziológus végzi;

32.5.2. laboratóriumi és patológiai vizsgálatok, diagnosztikai célú röntgen vizsgálatok, sugárterápia, radioaktív izotópos eljárások, kemoterápia, elektrokardiogram (EKG), szívultrahang, a gerincvelőről készült röntgenfelvétel (myelogram), elektroencefalogram (EEG), angiogram, komputer tomográfia (CT), valamint más hasonló tesztek és kezelések, illetve a *fedezett orvosi beavatkozásokhoz, kezelésekhez* szükségesek, feltéve, hogy ezeket orvos végzi vagy orvosi felügyelet mellett végzik;

32.5.3. vérátömlesztés, valamint vérplazma és vérsavó beadása;

32.5.4. oxigén használata, valamint intravénás oldatok és injekciók alkalmazása.

32.6. Orvosi rendelvényre alkalmazott *gyógyszerek* költsége a *fedezett orvosi beavatkozás, kezelés* miatt szükségessé vált *kórházi fekvőbeteg gyógykezelésnek* a tartama alatt. A gyógykezelés poszt-operatív szakaszára előírt *gyógyszerek* költsége a biztosított külföldi kezelésének végét követő 30 napra megtérítésre kerül, feltéve, hogy a *gyógyszereket a Magyarországra történő visszaérkezés előtt szerezték be.*

32.7. Mentőautóval vagy légmentővel történő szállítás költsége, ha azt orvos írja elő, és a *BDUI* előzőleg jóváhagyja.

32.8. Az élő szervdonor számára a beültetendő szerv eltávolításához kapcsolódóan nyújtott szolgáltatások költsége, úgymint:

32.8.1. a lehetséges donorok kereséséhez kapcsolódó egyes költségek, úgy mint:

32.8.1.1. donor adatbázisokban való keresésének költsége (ide nem értve többek között a lehetséges donorok hirdetéssel történő felkutatásának költségeit);

32.8.1.2. a donor jelöltek alkalmasságának megállapításához szükséges tesztek és elemzések költségei.

Nem tartozik a fedezett költségek közé a donorjelöltek utazási és szállásköltsége. A kiválasztott donor utazási és szállásköltsége a 33. és 34. pont alapján fedezett.

32.8.2. a donornak nyújtott *kórházi* szolgáltatások költsége, ideértve a donor *kórházi* szobában, kórteremben vagy részlegen történő elhelyezésének és étkeztetésének költségét, az általános ápolási költségeket, a *kórházi* személyzet szokásos szolgáltatásainak költségét, a laboratóriumi tesztek költségét és a *kórház* egyéb eszközei, berendezései használatának költségét (kivéve azoknak a személyes használatú eszközöknek a költségét, melyek nem szükségesek a szerv- vagy szöveteltávolítás lebonyolításához);

32.8.3. a transzplantáció érdekében a donoron végzett szerv- vagy szöveteltávolításhoz kapcsolódó *műtét* és egészségügyi szolgáltatások költsége.

32.9. A biztosítottba történő szövetátültetéshez kapcsolódóan a csontvelő kultúrákhoz szükséges anyagok és szolgáltatások költsége. Jelen költség típus biztosításból történő finanszírozása csak attól az időponttól lehetséges, amikor az első, szerződés által fedezett egészségügyi költség felmerült.

33. Utazási költségek:

33.1. A *BDUI* által jóváhagyott, kizárólag külföldi kezelés céljából történő utazás költségei a biztosított és egy kísérője (továbbá szervátültetés esetén az élő donor) számára. Az utazás teljes lebonyolítását kizárólag a *BDUI* végezheti, a biztosított vagy a nevében eljáró harmadik fél által szervezett utazás költségeit a biztosító nem téríti meg.

33.2. A *BDUI* felel az utazás időpontjának a jóváhagyott kezelési időtervhez igazodó megválasztásáért. Az utazás

- időpontjáról a biztosítottat legalább 10 nappal az indulás előtt tájékoztatják annak érdekében, hogy elegendő időt biztosítsanak személyes ügyei elintézésére.
- 33.3. Amennyiben a biztosított megváltoztatja a *BDUI* által megadott utazási időpontot, a biztosítottnak kárpótolnia kell a biztosítót és/vagy a *BDUI*-t minden, az új utazási időpont megszervezésével és biztosításával kapcsolatos költségért, kivéve, ha orvosi szempontból a *BDUI* is szükségesnek tartja az utazás átszervezését.
- 33.4. A szerződés által fedezett utazási költségek a következőket tartalmazzák:
- 33.4.1. A biztosított állandó lakhelyéről a biztosított és egy kísérője (továbbá szervátültetés esetén az élő donor) számára megszervezett utazás a kijelölt repülőtérre vagy nemzetközi vasútvonalra, másodosztályú vonat- vagy turista osztályú repülőjegy térítése a kezelés helye szerinti településre, illetve a kijelölt szállodába.
- 33.4.2. A biztosított kérésére a *BDUI* által kijelölt személyzet elkíséri a biztosítottat a biztosított állandó lakhelyéről a kijelölt repülőtérre vagy nemzetközi vasútvonalra, illetve az érkezési repülőtérrel vagy nemzetközi vasútvonalról a kijelölt szállodába.
- 33.5. Az utazási kérelmek számát nem korlátozzák, azonban a *BDUI*-nak a szerződés feltételei és tartalma szerint minden egyes utazást előre jóvá kell hagynia.
- 34. Szállásköltségek:**
- 34.1. A *BDUI* által jóváhagyott, kizárólag a külföldi kezelés céljából történő utazás során felmerülő szállásköltségek a biztosított és egy kísérője (továbbá szervátültetés esetén az élő donor) számára. A szállásfoglalás teljes lebonyolítását kizárólag a *BDUI* végezheti, a biztosított vagy a nevében eljáró harmadik fél által foglalt szállás költségeit a biztosító nem téríti meg.
- 34.2. A *BDUI* felel a jóváhagyott kezelési időtervhez igazodó szállásfoglalásért. A foglalás időpontjáról legalább 10 nappal az indulás előtt tájékoztatják a biztosítottat annak érdekében, hogy elegendő időt biztosítsanak személyes ügyei elintézésére.
- 34.3. A *BDUI* határozza meg a kezelés befejezéséhez igazodóan a visszautazás időpontját, feltéve, hogy a kezelőorvos a biztosítottat már utazásra alkalmasnak nyilvánította.
- 34.4. Amennyiben a biztosított megváltoztatja a *BDUI* által foglalt és közölt utazási időpontot, a biztosítottnak kárpótolnia kell a biztosítót és/vagy a *BDUI*-t minden, az új szállásfoglalási időpont átszervezésével és biztosításával kapcsolatos költségért, kivéve, ha orvosi szempontból a *BDUI* is szükségesnek tartja az utazás átszervezését.
- 34.5. A biztosítási szerződés által fedezett szállásköltségek a következőket tartalmazzák:
- 34.5.1. Kétágyas vagy franciaágyas szoba (reggelivel együtt) egy magas színvonalú (3/4 csillagos) szállodában, amely a biztosított érdekeinek megfelel. (A szálloda a szabad helyektől függően a kórház vagy a kezelőorvos 10 km-es körzetében kerül kiválasztásra).
- 34.6. Az étkezéseket és az egyéb szállodai költségeket a biztosítás nem fedezi. A biztosított nem kérhet magasabb színvonalú szállodai szolgáltatást saját költségére.
- 34.7. A térített szállodai éjszakák száma nem korlátozott; a foglalás hossza a kezelés időtartamához igazodik.
- 35. Hazaszállítási költségek:**
- 35.1. Amennyiben a biztosított (illetve szervátültetés esetén az élő donor) a szerződés alapján szervezett gyógykezelés során a lakóhelye szerinti országon kívül elhalálozik, a biztosító fedezi az elhunyt földi maradványainak Magyarországra történő hazaszállítását.
- 35.2. A fedezet kizárólag azon szolgáltatásokra és ellátásokra terjed ki, amelyek az elhunyt holttestének felkészítéséhez és Magyarországra történő szállításához szükségesek, ideértve:
- 35.2.1. a nemzetközi hazaszállítást szervező temetkezési vállalat által nyújtott szolgáltatásokat, köztük a balszamozási eljárást és az összes adminisztratív intézkedés költségeit;
- 35.2.2. a minimális követelményeknek megfelelő korporsót;
- 35.2.3. az elhunyt földi maradványainak a repülőtérrel a magyarországi temetkezési helyre történő szállítását.
- 36. GYÓGYSZEREK költségei:**
- 36.1. A *BDUI* által az *előzetes fedezetigazolásban* jóváhagyott, a fedezett orvosi beavatkozások, kezelések után szükségessé váló, **Magyarországon vásárolt** gyógyszerek költségei feltéve, hogy a gyógyszerek
- 36.1.1. *műtét* vagy
- 36.1.2. olyan kórházi fekvőbeteg gyógykezelés, amely legalább 4 éjszakás bennfekvés, vagy legalább 7 napig tartó járóbeteg-gyógykezelés miatt váltak szükségessé.
- 36.2. Az e szolgáltatás igénybevételére jogosító fedezet csak az alábbiakra terjed ki:
- 36.2.1. a *gyógyszert* a biztosítottat kezelő nemzetközi orvos/orvosok a *BDUI*-on keresztül javasolta/javasolták a folytatólagos kezelés szükséges részeként;
- 36.2.2. a *gyógyszert* Magyarországon az illetékes egészségügyi szakhatóság vagy szervezet engedélyezte és hagyta jóvá, és felírása valamint beadása szabályozott;
- 36.2.3. a *gyógyszer* Magyarországon csak orvosi rendelvényre kapható;
- 36.2.4. a *gyógyszer* Magyarországon megvásárolható;
- 36.2.5. a *gyógyszer* legfeljebb 2 hónapra elegendő dózisokban kerül felírásra.
- 36.3. A szolgáltatás nem fedezi:
- 36.3.1. a magyar társadalombiztosítás, illetve az egyéb biztosítás által fedezett *gyógyszerköltségeket*;
- 36.3.2. a *gyógyszer* beadásának költségeit;
- 36.3.3. a nem Magyarországon vásárolt *gyógyszerek* költségeit, kivéve a 30.6. pontban írottakat;
- 36.3.4. a *gyógyszer* vásárlásáról kiállított számlát, amennyiben 180 nappal a vásárlás után nyújtják be a biztosítónak.
- 37. Támogatás és pénzvisszatérítés:**
- 37.1. A 36. pontban rögzített vásárlást közvetlenül a biztosított bonyolítja le és fizeti meg. A biztosító a vonatkozó vény másolata, eredeti számla és fizetési igazolás

biztosítóhoz való beküldése után téríti meg a biztosított e körben felmerülő költségeit.

- 37.2. Amennyiben a gyógyszer költségeit a társadalombiztosítás vagy a biztosított más biztosítása részben fedezi, a visszatérítésre irányuló kérelemben egyértelműen el kell különíteni a teljes mértékben, illetve részben a biztosított által fedezett költségeket.

V. FEJEZET: KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS

38. **Kórházi napi térítés:** az 1. számú Függelékben rögzített kereteken belül, a BDUI által az *előzetes fedezetigazolásban* – a szerződés által *fedezett betegségek* kezelése és a *fedezett orvosi beavatkozások, kezelések* céljából – jóváhagyott kórházi bentartózkodás minden teljes 24 órájára járó napi költségtérítés.

VI. FEJEZET: KIZÁRÁSOK

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban meghatározott költségekre és eseményekre.

39. Általános kizárások:

- 39.1. minden olyan költség, amely a III. fejezetben nem kifejezetten körülírt *fedezett orvosi beavatkozások, kezelések* kapcsán merül fel;
- 39.2. minden olyan költség, amely *fedezett orvosi beavatkozások, kezelések* kapcsán merül fel olyan biztosított esetében, aki a diagnózis felállításakor nem rendelkezett állandó tartózkodási hellyel Magyarországon;
- 39.3. minden olyan *betegség* vagy *sérülés* kapcsán felmerülő költség, mely háború, terrorcselekmény, szeizmikus földrengés, lázadás, felkelés, árvíz, vulkánkitörés, valamint a nukleáris reakció és egyéb rendkívüli vagy katasztrófának minősülő jelenség közvetlen vagy közvetett hatásaként jelentkezik, ideértve a hivatalosan bejelentett járványokat is;
- 39.4. minden olyan egészségügyi kiadás, amely alkoholizmussal, kábítószer-függőséggel és/vagy bódító hatású anyagok használatával kapcsolatban vált szükségessé túlzott alkoholfogyasztás és/vagy pszichoaktív, narkotikus vagy hallucinogén szerek használata miatt. Szintén kizárásra kerülnek a biztosításból a biztosított öngyilkossági kísérletének, valamint a saját magának szándékosan okozott sérüléseinek következményei, illetve az ebből eredő *betegségek*;
- 39.5. minden költség, amely a biztosított olyan *betegségeivel* vagy állapotaival kapcsolatban merül fel, amelyeket szándékosan vagy csalárd módon idézett elő, vagy amelyek a biztosított súlyosan gondatlan magatartásának, illetve az általa elkövetett bűncselekménynek a következményei.

40. Orvosi, egészségügyi kizárások:

- 40.1. minden *meglévő betegség*;
- 40.2. *kísérleti kezelés*, valamint minden olyan diagnosztikai, terápiás és/vagy műtéti beavatkozás, melyek biztonságosságát és megbízhatóságát a megfelelő módon tudományosan nem igazolták;
- 40.3. minden olyan orvosi beavatkozás, kezelés mely összefüggésben áll a biztosított AIDS (szerzett immunhiányos szindróma) vagy HIV (emberi immunhiány-előí-

déző vírus) fertőzöttségével vagy ezek kezelésével, vagy az ezekből következő bármilyen állapottal (ideértve a Kaposi szarkómát);

- 40.4. minden olyan szolgáltatás, amely a III. fejezetben definiált *fedezett orvosi beavatkozások, kezelések* elvégzéséhez *orvosilag nem indokolt*;
- 40.5. minden olyan nem szervátültetéshez kapcsolódó kezelés, szolgáltatás, ellátás vagy orvosi rendelőnyre alkalmazott gyógyszer költsége, amely olyan *betegség* kapcsán merül fel, melyre a legmegfelelőbb gyógy mód a szervátültetés;
- 40.6. minden olyan megbetegedés, melyet szervátültetés okozott, kivéve, ha az adott megbetegedés a szerződés által *fedezett orvosi beavatkozást, kezelést* igényel.
- 40.6.1. A biztosítási szerződés által fedezett szerv- és csontvelő-átültetéssel közvetlenül összefüggő komplikációk, amelyek a műtét során vagy a műtét utáni lábadozás alatt merülnek fel Magyarország területén kívül, a transzplantáció következményének minősülnek, így azokra a biztosítási fedezet kiterjed.

41. Nem fedezett költségek, kiadások:

- 41.1. minden olyan, diagnosztikai eljárással, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy orvosi rendelőnyre alkalmazott gyógyszerrel kapcsolatos vagy abból következő költség, amely Magyarországon merül fel, kivéve a IV. 36. pontban szereplő *gyógyszerek* költségeit;
- 41.2. minden olyan költség, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés első 180 napja alatt diagnosztizált *betegséggel* vagy olyan *betegséggel* kapcsolatban merül fel, amelynek első tünetei ezen időszak alatt jelentek meg, kivéve a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetek következményeit;
- 41.3. minden olyan költség, amely az *előzetes fedezetigazolás* kibocsátása előtt merül fel;
- 41.4. minden olyan költség, amely az *előzetes fedezetigazolásban* engedélyezett és megjelölt *kórháztól* eltérő *kórházban* merül fel;
- 41.5. minden olyan költség, amely a VII. fejezetben ismertetett *szolgáltatási folyamat* be nem tartása esetén merül fel;
- 41.6. minden olyan költség, mely a biztosított felügyeletéhez, illetve őrzéséhez kapcsolódó szolgáltatások, otthoni ápolási szolgáltatások, szanatóriumi központ vagy ápolási intézmény (elfekvő osztály) által nyújtott szolgáltatások, haldokló páciensek gondozása (hospice) vagy idősek otthonában nyújtott szolgáltatások kapcsán merül fel, még akkor is, ha ezek a szolgáltatások a szerződés által *fedezett orvosi beavatkozások, kezelések* folytán válnak szükségessé;
- 41.7. mindenfajta *protézis* vagy egyéb ortopédiai eszköz, fűzők, kötszerek, mankók, művégtagok és szervek, parókák (még abban az esetben is, ha használatuk kemoterápiás kezelés következtében válik szükségessé), ortopéd cipők, sérvkötők és egyéb hasonló felszerelések vagy eszközök megvásárlásának vagy bérlésének költsége, kivéve a jelen biztosítási szerződés keretében rendezett és fizetett műtét eredményeként az emlőeltávolító *műtét* esetében használt mellprotézisek, valamint a szívbillentyű protézisek költségét;

- 41.8. minden olyan költség, amely kerekesszékek, speciális ágyak, légkondicionáló vagy légtisztító berendezések, vagy az ezekhez hasonló felszerelések megvásárlása vagy bérlete kapcsán merül fel;
- 41.9. minden olyan gyógyszerészeti termék vagy gyógyszer költsége, melyet nem engedéllyel rendelkező gyógyszerésztől vásároltak, vagy amely orvosi rendelvény nélkül beszerezhető;
- 41.10. minden, az *alternatív gyógyászat* igénybevételéhez kapcsolódó költség, ideértve a kifejezetten orvos által előírt kezelést is;
- 41.11. minden olyan költség, amely *kognitív rendellenesség*, szenilitás vagy agykárosodás miatt szükségessé vált orvosi felügyelet vagy zárt osztályra helyezés kapcsán merül fel, függetlenül ezek előrehaladottságának fokától;
- 41.12. az olyan tolmácsolási, telefonhasználati és egyéb költségek, melyek személyes célú használattal jellemezhető vagy nem egészségügyi természetű tételek vonatkozásában merülnek fel, illetve amelyek rokonok, látogatók vagy kísérők részére nyújtott szolgáltatások kapcsán merülnek fel;
- 41.13. minden olyan költség, amely a biztosított, a biztosított rokonai, látogatói és kísérői kapcsán merül fel, kivéve azokat, amelyeket a szerződés kifejezetten megenged;
- 41.14. minden olyan egészségügyi költség, amely nem szokványos vagy nem indokolt mértékű;
- 41.15. minden olyan költség, amely a kijelölt szálloda és a kórház vagy a kezelőorvos közötti rendszeres utazással kapcsolatban merül fel.
- 42. Kizárt orvosi beavatkozások, kezelések:**
- 42.1. A *rákos megbetegedések kezelése* vonatkozásában:
- 42.1.1. minden tumor, a szerzett immunhiányos szindróma (AIDS) jelenlétében;
- 42.1.2. a bőrrák, amely nem terjed túl az epidermiszen (a bőr külső rétege), kivéve a rosszindulatú (malignus) melanómákat.
- 42.2. A *szívkoszorúér áthidaló (by-pass) műtét* vonatkozásában:
- 42.2.1. minden olyan szívkoszorúér megbetegedés, melynek kezelése során a by-pass műtéttől eltérő technikát alkalmaztak, ide értve az angioplasztikai műtét bármely típusát;
- 42.3. Az *elő donoros szerv- és szövetátültetés* vonatkozásában:
- 42.3.1. az olyan transzplantáció, amely alkoholizmus következtében kialakuló májbetegség miatt válik szükségessé;
- 42.3.2. az olyan transzplantáció, amelyet saját szerv felhasználásával hajtanak végre, kivéve a csontvelő-átültetést;
- 42.3.3. az olyan transzplantáció, melyben a biztosított egy harmadik fél donorjaként szerepel;
- 42.3.4. szervátültetés halott donorból;
- 42.3.5. bármely transzplantáció, amely összejt átültetést tartalmaz;
- 42.3.6. az olyan transzplantáció, mely a donor szerv megvásárlása miatt válik lehetségessé.

VII. FEJEZET: SZOLGÁLTATÁSI FOLYAMAT

43. Ha a biztosítottnál a III. fejezetben definiált *fedezett orvosi beavatkozások*, *kezelések* valamelyikét javasolták, a biztosított vagy a biztosított nevében jogszerűen eljáró személy az alábbi folyamat szerint kell, hogy eljárjon.
44. A jelen pontban szabályozott *szolgáltatási folyamatnak* való megfelelés előfeltétele annak, hogy a biztosított jogosult legyen a szerződés által *fedezett orvosi beavatkozásokra, kezelésekre, ezekkel kapcsolatos bármilyen szolgáltatásra, ellátásra* vagy orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszerre.
- 45. Igénybejelentés:**
- 45.1. A biztosított vagy a biztosított nevében jogszerűen eljáró személy köteles a lehető leghamarabb felvenni a kapcsolatot a Biztosítóval, hogy bejelentsen a (potenciális) *szolgáltatási igényt*, és igényelje a második orvosi szakvélemény szolgáltatást.
- 45.2. A Biztosító tájékoztatja a *BDUI*-t a szolgáltatási igényről, és szükség szerint közreműködik a további ügyintézésben.
- 45.3. A szolgáltatási folyamat során minden kommunikáció magyar nyelven történik.
- 45.4. Ezt követően, a biztosított tájékoztatást kap minden olyan lépésről, mely a második orvosi szakvélemény elkészítéséhez szükséges, ideértve a biztosított által aláírt meghatalmazást, amely alapján a *BDUI* a bejelentéshez kapcsolódó diagnosztikai vizsgálatokat és orvosi dokumentációt kérhet.
- 45.5. A második orvosi szakvélemény célja, hogy megerősítse a diagnózist és a szerződésben foglalt fedezetet.
- 46. A szolgáltatási igény elbírálása és a külföldi kórház kiválasztása:**
- 46.1. A második orvosi szakvélemény elkészülte után megerősítésre kerül, hogy a szolgáltatási igényre kiterjed-e a biztosítási fedezet. Amennyiben a biztosított úgy dönt, hogy igénybe veszi a Magyarországon kívüli gyógykezelést, a *BDUI* 10 munkanapon belül eljuttatja a biztosított részére az általa javasolt külföldi *kórházak* listáját.
- 47. Külföldi gyógykezelés: előzetes fedezetigazolás:**
- 47.1. Amikor a *BDUI*-hoz megérkezik, hogy a biztosított a javasolt *kórházak* közül melyikben kívánja a kezelést igénybe venni, a *BDUI* 10 munkanapon belül mind logisztikailag, mind orvosilag teljes körűen megszervezi a választott *kórházba* történő felvételt, továbbá egy *előzetes fedezetigazolás* bocsát ki, mely kizárólag a kiválasztott *kórházra* érvényes.
- 47.2. Az *előzetes fedezetigazolásban* megjelöltől eltérő *kórházban* felmerült költségekre a szerződés nem nyújt fedezetet.
- 47.3. Az *előzetes fedezetigazolás* kibocsátása előtt felmerült költségekre a szerződés nem nyújt fedezetet.
- 47.4. A javasolt *kórházak* listáját és az *előzetes fedezetigazolást* a *BDUI* a biztosított kibocsátásakor egészségi állapota alapján állítja ki. Tekintettel arra, hogy a biztosított egészségi állapota változhat, ezek a dokumentumok a kibocsátásuktól számított három hónapig érvényesek.

47.5. Amennyiben a biztosított ez idő alatt nem választotta ki a *kórházat* vagy nem kezdte meg a kezelést az *előzetes fedezetigazolásban* jóváhagyott *kórházban*, a *BDUI* a biztosított aktuális egészségi állapota alapján újra kiállítja ezeket a dokumentumokat.

48. A külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó költségek megtérítése:

48.1. Mindaddig, amíg az *előzetes fedezetigazolásban* foglalt feltételek fennállnak, a biztosító a szerződésben foglalt szolgáltatások szerint közvetlenül átvállalja és megfizeti a biztosított vonatkozásában felmerülő költségeket a biztosítási szerződésben meghatározott korlátozásokkal, *kizárásokkal* és feltételekkel.

49. A biztosított, valamint a biztosított hozzátartozói kötelesek hozzájárulni, hogy a *BDUI*-t vagy a biztosítót képviselő orvosok bármikor felkeressék a biztosítottat, és a biztosító által a *szolgáltatási folyamat* szempontjából lényegesnek ítélt minden információt, felvilágosítást beszerezzenek, mely célból a biztosított ugyancsak felmenti az őt korábban és aktuálisan kezelő orvosokat az orvosi titoktartás alól.

49.1. Ezen kötelezettségek megsértése esetén a biztosított azonnali hatállyal elveszti a jogát a biztosítási szerződésből eredő, adott *szolgáltatási eseményhez* kapcsolódó *biztosítási szolgáltatásra*.

50. Abban az esetben, ha a fedezet akkor szűnik meg a biztosítottra vonatkozóan amikor:

50.1. a biztosított Magyarországon kívül a jelen biztosítás által fedezett kezelés alatt áll vagy

50.2. a *BDUI* már kiadott egy *előzetes fedezetigazolást* a biztosított részére

a biztosító garantálja a kötvény szerint a biztosítottra vonatkozó fedezet rendelkezésre állását az *előzetes fedezetigazolásban* részletezett mértékig és korlátokig, a fedezet megszűnésétől számított legfeljebb 6 hónapig.

VIII. FEJEZET: DÍJMÓDOSÍTÁS

51. A biztosító a biztosítási időszak kezdetével jogosult a biztosítás díjának a nyújtott szolgáltatások forintban mért piaci árainak változása, továbbá a biztosítási események biztosított kockázatközösségen mért gyakorisága miatti felülvizsgálatára, és biztosításmatematikai alapon új díjtétel megállapítására.

51.1. A devizaárfolyam jelentős változás esetén a biztosító jogosult a biztosítási díj biztosítási időszakon belüli módosítására.

52. A módosított díjról a biztosító annak érvénybe lépése előtt 60 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt.

53. A szerződőnek jogában áll az emelést a módosított díj érvénybe lépését megelőző 30. napig írásban visszautasítania. Amennyiben a szerződő visszautasítja a díjmódosítást, úgy a biztosítási szerződés a módosított biztosítási díj érvénybe lépését megelőző napon megszűnik.

54. Az *51. pontban* meghatározott díjmódosításon túlmenően értékkövetésre nincs lehetőség.

IX. FEJEZET: A SZOLGÁLTATÁS ELLEHETETLENÜLÉSE

55. Abban az esetben, ha a biztosító és a *BDUI* között a biztosítás szolgáltatásainak nyújtására létrejött szolgáltatási szerződés bármilyen okból megszűnik, a biztosító a biztosítási szerződést a szolgáltatás ellehetetlenülésének napjára felmondhatja, azzal, hogy ebben az esetben a biztosító köteles a kockázatviseléssel nem fedezett időszakokra vonatkozó biztosítási díjat a Szerződőnek visszafizetni. A szerződés megszűnéséről a biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.

56. A biztosító és a *BDUI* között a biztosítás szolgáltatásainak nyújtására létrejött szolgáltatási szerződés megszűnése esetén a folyamatban lévő kárügyekre vonatkozóan a szolgáltatás – lehetőség szerint – a megszűnéstől számított 24 hónapon keresztül marad fenn.

X. FEJEZET: EGYÉB RENDELKEZÉSEK

57. Az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből adódó károkért az egészségügyi szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni. A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetlegesen elkövetett orvosi szakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, és közreműködik abban, hogy az egészségügyi szolgáltató a panaszt vizsgálja, és a kivizsgálás eredményéről a panaszost tájékoztassa.

58. A szerződő és a biztosított tudomásul veszik, hogy jelen ajánlat megtételekor a szerződési feltételekben meghatározott ellátásszervező szolgáltató a *BDUI*, amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy a jelen biztosítás keretében az ellátás-szervezési tevékenységet a biztosítottak tekintetében elvégezze. A biztosítónak jogában áll az ellátásszervező egészségügyi szolgáltató személyét – a szerződő tájékoztatása mellett – szerződés tartamán belül bármikor megváltoztatni.

A Med TopDoc Csoportos betegségbiztosítás különös feltételeihez

(Az egyes szolgáltatásokról további információk a Med TopDoc Csoportos betegségbiztosítás Különös feltételeiben található.)

A Med TopDoc Csoportos betegségbiztosítás különös feltételeiben meghatározott egészségügyi szolgáltatásokhoz rendelt térítési összeghatárok (az összeghatárok biztosítottanként értendők):

Szolgáltatások	Biztosítási összegek és biztosítottankénti összeghatárok
Második orvosi vélemény [Med TopDoc Csoportos betegségbiztosítás – Különös feltételeinek 14. pontja]	korlátlan
Orvosi, utazási és szállásköltségek térítése [Med TopDoc Csoportos betegségbiztosítás – Különös feltételeinek 32–34. pontjai]	1 millió Euro/év 2 millió Euro/biztosítási tartam
Külföldi kórházi kezelés esetén költségtérítés [Med TopDoc Csoportos betegségbiztosítás – Különös feltételeinek 38. pontja]	100 Euro/nap (maximum 60 nap/eset)
[Med TopDoc Csoportos betegségbiztosítás – Különös feltételeinek 36. pontja]	50 ezer Euro/biztosítási tartam

Érvényes 2017. október 1-től visszavonásig.

