



Feltétel

MediQa Group

Betegségbiztosítás

2016. január 1-től érvényes

Ügyfélértékelő

MediQa Group betegségbiztosítás

Tisztelt Partnerünk!

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

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

A Biztosító Felügyeleti szerve: a Magyar Nemzeti Bank székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.; ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

A biztosítási szerződés jellemzőire vonatkozó tudnivalókat a MediQa Group betegségbiztosítás feltételei (továbbiakban: feltétel) 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 a feltétel 5–27. pontjaiban szerepelnek.
- A feltétel 34–91. pontja a **biztosítási eseményeket** és **szolgáltatásokat** tartalmazza, a kapcsolódó fogalmak magyarázatával együtt.
- A **díjfizetésre, elszámolásra** vonatkozó feltételeket, az értékkövetési lehetőséget a feltétel 94–110. pontja szabályozza.
- A szolgáltatás igénylésének feltételeit, a **szolgáltatások teljesítésének módját** a feltétel 112–124. pontja foglalja össze.
- A biztosító **mentesüléséről** és a **nem vállalható** (kizárt) kockázatokról a feltétel 125–130. pontja tájékoztat.
- A feltétel 131–137. pontja emeli ki a **törvények** által meghatározott, az Ügyfelek számára fontos egyéb információkat, úgymint
 - az **adatok kezelésére**, a biztosítási titokra, az adatok **to-vábbíthatóságára** a Biztosítási törvényben előírtakat,
 - a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó esetleges panasz előterjesztésével kapcsolatos rendelkezéseket.

- A **biztosítási szerződés köthető határozott vagy határozatlan tartamra. Határozatlan tartamú szerződésnél, 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.**

Külön felhívjuk a figyelmét az alábbi általános tudnivalókra:

- A **biztosítási titokkal, a biztosító adatkezelésével** kapcsolatos tudnivalókat az **ÁBeF 131–135. pontja tartalmazza.** Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a biztosítási tevékenységről szóló, 2014. évi LXXXVIII. törvényben foglaltaknak megfelelően – az **ÁBeF 133–135. pontjában meghatározott szervezeteknek továbbíthatja.**
- A biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó esetleges panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő a **Feltételek 137. pontjában foglaltak szerint.**
- Amennyiben ennek a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. tv.-ben rögzített feltételei fennállnak, panaszával a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (1525 Budapest, BKKP Pf.: 172) vagy a **Magyar Nemzeti Bankhoz** (1534 Budapest, BKKP Pf.: 777), vagy a Polgári Perrendtartás szabályai szerint **bírósághoz** fordulhat. A panaszkezeléssel kapcsolatos további tudnivalókat megismerheti a társaságunk székhelyén (1134 Budapest, Róbert K. krt. 70–74.) megtalálható Ügyfélszolgálaton, valamint a **www.uniqa.hu** honlapon közzétett Panaszkezelési Szabályzatból.

Köszönjük, hogy Társaságunkat tisztelte meg bizalmával!

MediQa Group Betegségbiztosítási feltételek 002

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

Az itt nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

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 valamilyeni biztosítottra együttesen vállalja.
 - 2.1. A **szerződő** 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 valamilyen 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 egy vagy több, biztosítottakból álló csoportra** vonatkozik.

A **CSOPORTOK** képzése a szerződő által, az ajánlatban meghatározott objektív szempont(ok) – többek között a foglalkozás, a beosztás, a munkavégzés helye, a munka veszélyessége – alapján, természetes személyekre vonatkozóan történhet.

 - 3.1. **BIZTOSÍTOTT** az a természetes személy, akit a szerződő – mint a szerződésben megjelölt valamelyik csoport tagját – biztosításra jelölt, és akire vonatkozóan a biztosító a kockázatviselést vállalta.
 - 3.2. **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, rehabilitációs ellátásban, rokkantsági ellátásban részesül, illetve munkaképesség csökkenés megállapítására irányuló kérelmet nyújtott be a mindenkor illetékes hatóságához;
 - GYES-en, illetve GYED-en van,
 - rendkívüli okból fizetés nélküli szabadságát tölti;
 - a szerződőnél megbízási, illetve vállalkozási szerződéssel foglalkoztatott személy, akinek a foglalkoztatása nem éri el a 30 órát hetente.
 - 3.3. A szerződő személyére vonatkozó megkötések miatt a biztosított nem léphet a szerződő helyébe.

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

- 4.1. A biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje a biztosított.

- 4.2. A biztosított halála esetére a szerződő fél a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Abban az esetben, ha bemutatóra szóló kötvényt állítottak ki, a kedvezményezett későbbi kijelölése akkor lép hatályba, ha a kötvényt megsemmisítetik és új kötvényt állítottak ki.

Ha a szerződő fél a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.

A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik.

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS MEGSZŰNÉSE

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

5. A szerződés a jelen **Feltételekből**, továbbá **ajánlatból**, **kötvényből** és a **Szerződő nyilatkozatából** áll, melyet a biztosítottakra vonatkozó **adatközlők** és egyéb **nyilatkozatok** egészíthetnek ki.
6. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli **ajánlattal** kezdeményezi.
7. Ajánlat tehető **alapbiztosításra** és **kiegészítő biztosításra**. **ALAPBIZTOSÍTÁSNAK** tekintendők azok a biztosítások, melyek önálló szerződésként is megkötethetők és fenntarthatók. A **KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK** csak valamely alapbiztosításhoz kapcsolódóan köthetők és tarthatók meg.
8. A biztosító a szerződéskötéshez **egészségi nyilatkozatot** és orvosi vizsgálatot is kérhet.
9. A szerződés úgy **jön létre**, hogy a biztosító az ajánlat és a hozzátartozó nyilatkozatok alapján **kockázatbírálást** végez, majd az ajánlatra elfogadó nyilatkozatot (**KÖTVÉNYT**) állít ki. A biztosítási fedezetet igazoló dokumentum a **KÖTVÉNY**.
10. A biztosítónak – kockázatkezelési szempontok miatt – jogában áll az ajánlaton szereplőnél magasabb díjat megállapítania, illetve az ajánlatot egyéb **módosításokkal elfogadnia**. Lényeges eltérések esetén a biztosító ezekre a szerződő figyelmét a kötvény kiadásakor írásban felhívja. Ha a kötvény tartalma az ajánlattól eltér, és az eltérést a szerződő tizenöt napon belül írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre.
11. 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.

12. A szerződés létrejön abban az esetben is, ha a biztosító az összes szükséges kellelkel (adatközlővel, nyilatkozattal) el látott ajánlatra, annak beérkezését követő tizenöt napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség a beérkezést követő 60 napon belül nem nyilatkozik.
13. Biztosítási szerződés köthető **határozott vagy határozatlan tartamra**.
14. A szerződés **kezdete** és – határozott tartamú szerződés esetén – a **lejárat**a a kötvényen ekként megjelölt napok. Határozott tartamú szerződés esetén a biztosítás **tartama** a kezdet és lejárat közötti időszak.
15. A **biztosítási évforduló** a szerződés kezdetét követően minden évben a kötvényen ekként megjelölt hónap és nap. Az évfordulókhöz kapcsolódnak – többek között – a felmondási jog, a biztosítási díj elszámolása, a szerződés tartalmi módosítása és az esetleges értékkövetés.
16. 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.
17. **Határozatlan tartamú** szerződésnél, 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

18. A biztosítás az azt követő nap 0 órájától lép hatályba, amikor a szerződő az **első díjat** a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.
19. 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

20. 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 az adatközlő beérkezését követő 15 napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség a beérkezést követő 60 napon belül nem nyilatkozik.
21. 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 táppénzes időszak leteltével kezdődhet. Az ilyen esetekben a betegszabadság, illetve a táppénzes időszak leteltét a biztosítóhoz be kell jelenteni, és a beje-

lentését követő 60 napon belül a biztosítónak lehetősége van a kockázat vállalását véglegesen elutasítani.

22. Amennyiben valamely biztosított vonatkozásában a szerződés tartama alatt a biztosítási összeg megemelkedne, a biztosító a megnövekedő biztosítási összeg elfogadását (újabb) kockázatelbírálás eredményétől is függővé teheti.
23. A **betegségbiztosítások** esetében a biztosító kockázatviselése csak a **Magyarországon** bekövetkező biztosítási eseményekre terjed ki. Jelen biztosítási szerződés keretében a biztosító a **betegségbiztosítási szolgáltatásokat Magyarország területén nyújtja**. A balesetbiztosítási kockázatok esetén a kockázatviselés **területi hatálya a világ összes országa**.
24. A szerződés a fentiekől eltérő területi hatályt és kezdeti kockázatviselési időpontokat is rögzíthet.

A SZERZŐDÉS ÉS A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŪNÉSE

25. A biztosítási **szerződés** – ezzel a biztosító kockázatviselése valamennyi biztosítottra – **megszűnik** az alábbi esetek bármelyikében:
- 25.1. 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;
- 25.2. díj nemfizetés esetén (107. pont)
- 25.3. határozott tartamú szerződés esetén a szerződés lejáratára napjának végével;
- 25.4. ha a szerződő jogutód nélküli felszámolásáról rendelkező határozat született, a rendelkező határozat szerinti utolsó működési nap és a díjfizetéssel rendezett időszak utolsó napja közül a korábbi leteltével.
26. 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.
27. **Valamely biztosítottra vonatkozóan megszűnik a kockázatviselés** az alábbi esetek bármelyikében:
- 27.1. ha a biztosítottnak a biztosítási szerződésbe bevont valamelyik csoporthoz való tartozása (3. pont) megszűnik, a csoporttagság utolsó napjának leteltével (így többek között kilépés, átszervezés, felfüggesztés, nyugdíjba vonulás miatt);
- 27.2. ha a társadalombiztosítás erre kijelölt szerve legalább 50%-os egészségkárosodást állapított meg, a határozat kelte szerinti nap végével;
- 27.3. ha biztosítási eseményből eredően a biztosító legalább 50%-os maradandó egészségkárosodás miatt szolgáltatást teljesített, a teljesítés napjának leteltével;
- 27.4. annak a naptári évnek a végével, amelyben a biztosított életkora eléri a 65. életévet;
- 27.5. a biztosított halálának időpontjával.

KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

28. A szerződőt és biztosítottat egyetemleges **KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG** terheli, melynek értelmében a **szerződéskötéskor**, illetve a biztosítottnak a szerződésbe történő **belépésekor** kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan – így többek között a biztosított egészségi állapotával, a munkavégzés jellegével kapcsolatos – körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A közlések alapján a biztosító jogosult a biztosítási feltételektől eltérő szerződési feltéte-

leket szabni (többek között pótdíj, kockázatszűkítés vagy kockázatkizárás alkalmazása).

A közlési kötelezettség vonatkozik a biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló tényezők közlésére a **szersződés módosításakor** is, így különösen a biztosítási évfordulóhoz kapcsolódóan a szerződés átdolgozásakor.

29. 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.
30. 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, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, hogy az általuk nyilvántartott – a kockázat elvállalásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, a biztosított egészségi állapotára és egészségbiztosítási ellátásaira vonatkozó – adatokat a biztosítónak, kérésére, átadják.
31. A szerződő és a biztosított a szerződés tartama alatt **15 napon belül** köteles írásban **bejelenteni** a biztosított foglalkozásának, a vállalt kockázatra (például balesetveszélyre) ható **lényeges megváltozását**.
32. 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 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.
33. 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

34. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** a jelen szerződési feltételekben ekként meghatározott esemény.
35. **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS** a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztékor fellelő kötelezettsége.
36. A szolgáltatás pénzben vagy más módon (például az ellátások tartalmában) kifejezett kezdeti értékét, azaz a **BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGET**, illetve a **SZOLGÁLTATÁS ÖSSZETÉTELÉT** a szerződő határozza meg az ajánlattételkor a biztosító által felkínált lehetőségek közül, ha azt a feltételek másként nem szabályozzák. A szolgáltatás összege, összetétele a szerződés tartamán belül a feltételekben szabályozott esetekben és módon változhat.
37. **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.
38. **BETEGSÉGNEK** minősül az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.
39. **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

A biztosítottnak a nem előzmény nélküli betegségével okozati összefüggésben a kockázatviselés ideje alatt a biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatás kizárólag abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha az említett betegségről, a biztosító a szerződés létrejöttét megelőzően a kockázatbírálás során, vagy más – bizonyítható módon – tudomást szerzett, és a biztosító nem zárta ki kockázatviselési köréből az ezekkel összefüggő szolgáltatási igényeket, hanem vállalta a kockázatot

40. **KÓRHÁZNAK** minősül az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai felügyelet – Magyarországon a magyar tisztiorvosi szolgálat – 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 elmebeteggyógy- és gondozóintézetek, a geriátriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.
41. **MAGYAR MAGÁNKÓRHÁZNAK** minősül az a magyar tisztiorvosi felügyelet által engedélyezett és kórházi besorolást kapott fekvőbetegek számára fenntartott egészségügyi intézmény, amely állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt áll, és az egészségügyi ellátások költségeit az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nem vagy csak részlegesen finanszírozza.
42. **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.
43. **ELLÁTÁSSZERVEZŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ (TOVÁBBIAKBAN EESZ)**: az a szervezet, amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy a jelen biztosítás keretében az ellátásszervezési tevékenységet (44. pont) a biztosítottak tekintetében elvégezze.
44. **ELLÁTÁSSZERVEZÉS**: orvosszakmai szempontból szükséges egészségügyi szolgáltatások (különösen a tervezhető járóbeteg-ellátás) megszervezése az ellátást igénybe vevők részére. Ellátásszervezésnek minősülnek a jelen szerződés vonatkozásában különösen az alábbiak: az egészségügyi ellátás, és a betegút menedzselése, kezelése, ellenőrzése, valamint az EESZ-nél, vagy rajta keresztül, szervezésében és tudtával, illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások adminisztrálása.
45. **(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.
46. **JÁRÓBETEG GYÓGYKEZELÉSNEK** minősül jelen biztosítási feltételek értelmében minden olyan, betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, az illetékes miniszté-

- rium és a mindenkor hatályos jogszabályokban meghatározott szakmai testületek által elismert, orvosilag indokolt, egészségügyi ellátás keretében igénybe vett kezelés, ami nem jár kórházi fekvőbeteg-gyógykezeléssel és nem minősül egynapos sebészetnek.
47. **KÓRHÁZI FEKVŐBETEG GYÓGYKEZELÉS:** 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 orvosilag indokolt gyógykezelés, amely megbetegedés megállapítása, gyógyítása, a megbetegedés következtében kialakult állapotromlás szinten tartása vagy javítása céljából a biztosított közvetlen vizsgálátára, kezelésére, ápolására, orvosi rehabilitációjára irányul.
48. **SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás egészségügyi ellátása, amelynek hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.
49. **PRIMER JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS:** vizsgálatok, kontrollvizsgálatok, kezelések, kisműtétek az alábbi szakterületeken: belgyógyászat, alap gyermekgyógyászat, fül-, orr-, gégegyógyászat, szemészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat, radiológia (az ide tartozó standard diagnosztika (54. pont) körébe tartozó eszközhasználatl az előbb felsorolt szakterületeken).
50. **KISZÉLESÍTETT JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS:** vizsgálatok, ellenőrző vizsgálatok, jogszabályban ekként definiált kisműtétek, kezelések az alábbi szakterületeken: allergológia, belgyógyászat, gyermekgyógyászat, gasztroenterológia, továbbá ezek társszakmái (különösen: endokrinológia, proktológia, diabetológia, infektológia, angiológia és dietetika), bőrgyógyászat, fül-, orr-, gégegyógyászat, kardiológia, neurológia, nőgyógyászat, ortopédia, urológia, pulmonológia (tüdőgyógyászat), reumatológia, szemészet, radiológia (az ide tartozó standard (54. pont), illetve fejlett diagnosztika (55. pont) körébe tartozó eszközhasználatl), onkológia.
51. **SZŰRŐVIZSGÁLAT** az a vizsgálat, amelynek célja betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleg fennálló betegségeinek vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségekre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése. A szűrővizsgálat igénybevétele nem kötelező, de ajánlott. A vizsgálatokat életkor-specifikusan végzik, és a szűrővizsgálat tartalma személyre szabottan, az eredmények és feltárt kockázatok, illetve az orvosi javaslatok alapján kiegészülhet vagy módosulhat. A szűrővizsgálatok a jelen biztosítási feltételek keretében a következő elemeket tartalmazhatják:
- 51.1. Alap szűrővizsgálat: belgyógyászati szakvizsgálat (többek között: vérnyomás, pulzus, testmagasság, testsúly mérése, testtömeg-index meghatározása), nyugalmi EKG, szemészeti vizsgálat, laborvizsgálat (teljes vércép, süllyedés, kreatinin, vércukor, koleszterin (LDL, HDL), triglicerid, GOT, GPT, GGT, teljes vizeletvizsgálat + üledék; legalább 50 éves korban széklet immun-vérteszt és legalább 40 éves korban férfiaknak PSA is).
- 51.2. Emelt szűrővizsgálat: belgyógyászati szakvizsgálat (többek között: vérnyomás, pulzus, testmagasság, testsúly mérése, testtömeg-index meghatározása), nyugalmi EKG, szemészeti szakvizsgálat, kétirányú mellkas-röntgen, nőgyógyászati vizsgálat (citológia, hüvelyi ultrahang, emlővizsgálat)/urológia, laborvizsgálat (teljes vércép, vörösvérsejt-süllyedés /We/, kreatinin, vércukor, összkoleszterin, HDL-koleszterin, LDL-koleszterin, triglicerid, májfunkció (GOT, GGT), teljes vizeletvizsgálat + üledék, legalább 50 éves korban széklet immun-vérteszt és legalább 40 éves korban férfiaknak PSA is).
52. **STANDARD LABORVIZSGÁLATOK:** vizeletvizsgálat (így különösen: vércép, vörösvérsejt-süllyedés (We), vércukor, koleszterin /összkoleszterin, HDL, LDL/, triglicerid, vialvadás-vizsgálat, TSH, FT3, FT4, PSA); teljes vizeletvizsgálat; székletvizsgálat: széklet bakteriológiai vizsgálata, széklet immun-vérteszt; fertőzésvizsgálat (kivéve STD-teszt, HIV-teszt), terhesség megállapítása. Nem tartoznak a standard laborvizsgálatok körébe a következők: az említettek túl hormonvizsgálatok, immunológiai és szerológiai vizsgálatok, tumormarker-meghatározások, hematológiai vizsgálatok, PCR, toxikológiai vizsgálatok, genetikai vizsgálatok.
53. **KISZÉLESÍTETT LABORVIZSGÁLATOK:** a standard laborvizsgálatokon túl hematológia, szerológia – immunológiai vizsgálat, PCR, hormonvizsgálat, tumor- és rákmarkerek, HIV-teszt, STD-teszt nemi úton terjedő betegségek kiszűrésére, toxikológiai és genetikai vizsgálatok.
54. **STANDARD DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK:** standard laborvizsgálatok, nőgyógyászati citológiai vizsgálat, EKG (nyugalmi, terheléses, 24 órás Holter), 24-órás vérnyomás monitor (ABPM), ultrahangos vizsgálatok, röntgen (enterográfia is), mammográfia, szűrő audiometria (hallásvizsgálat), arteriográfia, dermatoszkópia, Doppler, csontsűrűség-vizsgálat sarokcsont ultrahanggal, nyelésvizsgálat röntgennel, látótér-vizsgálat, allergiatesztek (Epicutan-teszt, életkortól függően: bőrpróbával /Prick-teszt/ vagy allergiateszt vérvétellel).
55. **FEJLETT (KÉPALKOTÓ ÉS MÁS JELLEGŰ) DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK:** aspirációs citológia, biopszia, allergének kimutatása vizeletvizsgálattal, anoszkópia-rectoszkópia, gasztroszkópia, colonoszkópia, alvásvizsgálat, cystoszkópia, MRI (mágneses rezonanciás képalkotás), CT (komputertomográfia), Cardio-CT (kardio-komputertomográfia), PET-CT (pozitron emissziós tomográfia és komputer tomográfia egyszerre és egymást kiegészítő alkalmazása), centrális csontsűrűség-vizsgálat, EEG, ENG, EMG, angiográfia, enterográfia, scintigráfia, ízületpunkció, spirometria.
56. **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 kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésnek, sem egynapos sebészeti beavatkozásnak.
57. **EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁS:** 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 az ellátást igénybe vevő választása és vizsgálati eredménye alapján, továbbá: amely elvégzését követően – függetlenül attól, hogy altatásban vagy anélkül végezték – az ellátott az intézménybe történő felvételét követő 24 órán belüli megfigyelés után, a saját lábán, kísérővel hagyja el az intézményt.
58. **KIEMELT FEKVŐBETEG ELLÁTÁS:** sürgősségi, akut és tervezhető kórházi ellátás (vizsgálatok, beavatkozások, műtétek és kezelések), továbbá az itt felsorolt szakterületekhez tartozó egészségügyi ellátások, amennyiben az előbb felsoroltakat nem esztétikai, nem megelőző, nem rehabilitációs céllal végzik, és nem tartoznak a krónikus ellátás körébe.
- 58.1. A kiemelt fekvőbeteg-ellátás tartalma:
- külön e célra kialakított, igényesen berendezett, légkondicionált, fürdőszobás, egyágyas vagy kétágyas szobában történő elhelyezés,

- 48 órán belüli kórházi elhelyezés a tervezhető esetekben,
- diszkrét, igényes gyógyítás és ápolás, kifogástalan higiénia,
- nővér, illetve orvos általi betegkíséret a felvételtől az elhelyezésig, valamint az időpontra egyeztetett kórházon belüli vizsgálatokra (labor, röntgen),
- korszerű nővérhívó rendszer,
- á la carte étkezés, igény esetén diétás is,
- hűtőszekrény, tv, telefon az ágy mellett (a beszélgetések díját az ügyfél fizeti).

58.2. A kiemelt fekvőbeteg ellátás bizonyos intézményekben, a következő szakterületeken vehető igénybe: aneszteziológiai és intenzív ellátás, képalkotó eljárásokkal vezérelt invazív terápiás intervenció, oxiológia és sürgősségi orvostan, patológia, sebészeti és társszakmák, toxikológia, transzfuziológia, traumatológia, speciális betegségek diagnosztikája, fiziológia, klinikai genetika.

59. **MŰTÉT:** minden olyan – orvos által – az orvosi szakma szabályai szerint orvosilag indokoltan végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy a betegség megállapítása céljából hajtottak végre.
60. **MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS:** a biztosított olyan egészségkárosodása, amely testi vagy szellemi teljesítőképességének végleges csökkenésével vagy végleges anatómiai elváltozással járó maradandó funkciókárosodásával jár.
61. **TERMÉSZETGYÓGYÁSZATI TANÁCSADÁS:** orvos-természetgyógyász által végzett holisztikus szemléletű életmód- és életviteli tanácsadás az úgynevezett komplementer medicina (természetgyógyászat) szakmai elveinek megfelelően a bizonyítékokon alapuló orvoslás (evidence based medicine) kiegészítőjeként.
62. **SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI KOCKÁZATBECSLÉS:** felmért rizikófaktorok (kockázati tényezők: vérnyomás, koleszterin, vércukorszint, testsúly és dohányzás) alapján annak a valószínűségnek a meghatározása, hogy a vizsgált személynél a kockázatbecsléstől számított 10 éven belül fatális szív- és érrendszeri esemény fog történni.
63. **DIÉTÁS SZAKTANÁCSADÁS:** a szív- és érrendszeri rizikófaktorok (kockázati tényezők) optimális célértékének dietetikus által történő meghatározása és szaktanácsadás a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatának csökkentéséhez.
64. **FOGÁSZATI ELLENŐRZÉS:** a fogazat állapotának felmérést szolgáló és szájiüregi rákszűrést is tartalmazó fog-szakorvosi (szűrő)vizsgálat.
65. **FOGTISZTÍTÁS:** lepedék- és fogkő eltávolítását szolgáló fogászati kezelés, melynek részeként az érdesen maradt fogfelszínt polírozzák, és ha szükséges a nyálkahártyát is kezelik.
66. **HÁZIVIZIT:** bizonyos 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. A szolgáltatás során a pácienshez háziorvosi szolgáltatással megegyező tartalmú ellátást nyújtó orvost küldenek orvosi vizsgálat elvégzése és orvosi indikáció (javaslat, illetve továbbküldés) céljából, hogy biztosítsák az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést. A szolgáltatás feltétele, hogy:
- a házivizit – az annak igénybevételére vonatkozó előterjesztés során jelzett panaszok és tünetek alapján – orvosszakmai szempontból indokolt, és
 - a páciensnek nehézséget okoz közvetlenül egészségügyi szolgáltatóhoz fordulni, valamint

- a 7/24 órás egészségügyi szolgáltatás vonalán erre a szolgáltatásra vonatkozó ellátási igényt terjesszenek elő.
67. **TERHESGONDOZÁS:** azon egészségügyi beavatkozások, vizsgálatok, szolgáltatások összessége, amelyek járóbeteg-ellátásnak minősülnek, és közvetlenül kapcsolódnak terhesség egészségügyi ellátásához.
68. **SZOLGÁLTATÁSI LIMITÖSSZEG:** a biztosító egyes szolgáltatások esetén eseti és/vagy éves összeghatárokat alkalmazhat, amelyek mértékét a biztosítási szerződés tartalmazza. Az éves limitösszegek az egyes biztosítási időszakokra (16. pont) vonatkoznak.

BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSAI

69. A Szerződő és a Biztosított a MediQa Group betegségbiztosítás **biztosítási ajánlatán jelöli meg, hogy mely szolgáltatások (továbbiakban együtt: szolgáltatási csomag) vonatkoznak a Biztosítottra.** A választható szolgáltatási csomagokat a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képező 1. számú Függelék tartalmazza.
70. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy:
- 70.1. az igényelt – 72–91. pontok szerinti – szolgáltatások a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete vagy a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegsége – mint biztosítási esemény – miatt váljanak szükségessé;
- 70.2. az EESZ a Biztosítottnak a **72–79., valamint a 85–91. pontok szerinti ellátásra vonatkozó igényét a jelen biztosítási feltételek alapján megalapozottnak minősítse, és a szolgáltatás igénybevétele rajta keresztül történjen.**
71. A biztosító szolgáltatásai nem foglalják magukba a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök árának térítését, ide nem értve a 80.3. pont szerinti rehabilitációs szolgáltatás keretében igénybe vett szolgáltatásokat.
72. **PRIMER JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS SZOLGÁLTATÁS:** a 70. pont alapján igénybe vett 49. pont szerinti szolgáltatás.
73. **KISZÉLESÍTETT JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS SZOLGÁLTATÁS:** a 70. pont alapján igénybe vett 50. pont szerinti szolgáltatás.
74. **STANDARD LABOR ÉS STANDARD DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK SZOLGÁLTATÁS:** a 70. pont szerint a primer (49. pont) vagy kiszélesített járóbeteg-ellátás (50. pont) keretében elvégzett orvosi vizsgálat alapján szakorvosi javaslatra igénybe vett, az 52. és 54. pontok szerinti szolgáltatás.
75. **KISZÉLESÍTETT LABORVIZSGÁLATOK SZOLGÁLTATÁS:** a 70. pont szerint a primer (49. pont) vagy kiszélesített járóbeteg-ellátás (50. pont) keretében elvégzett orvosi vizsgálat alapján szakorvosi javaslatra igénybe vett, az 53. pont szerinti szolgáltatás.
76. **FEJLETT (KÉPALKOTÓ ÉS MÁS JELLEGŰ) DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK SZOLGÁLTATÁS:** a biztosítotton a 70. pont szerint a primer (49. pont) vagy kiszélesített járóbeteg-ellátás (50. pont) keretében elvégzett orvosi vizsgálat alapján, a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, az 55. pont szerinti szolgáltatás.
77. **AMBULÁNS MŰTÉT SZOLGÁLTATÁS:** a biztosítotton a 70. pont szerint a primer (49. pont) vagy kiszélesített járóbeteg-ellátás (50. pont) keretében elvégzett orvosi vizsgálat alapján, a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, az 56. pont szerinti szolgáltatás.
78. **EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁS SZOLGÁLTATÁS:** a biztosítotton a 70. pont szerint a primer (49. pont) vagy kiszélesített járóbeteg-ellátás (50. pont) keretében elvégzett orvosi vizsgálat alapján, a kockázatviselés tartama alatt,

szakorvosi javaslatra igénybe vett, az 57. pont szerinti szolgáltatás.

A biztosító az egynapos sebészeti beavatkozás szolgáltatás keretében megtéríti az EESZ-en keresztül igénybe vett beavatkozás számlával igazolt költségeit a biztosítási ajánlaton meghatározott éves forint-limit erejéig.

79. **KIEMELT FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS SZOLGÁLTATÁS:** a 70. pont szerint a primer (49. pont) vagy kiszélesített járóbeteg-ellátás (50. pont) keretében elvégzett orvosi vizsgálat alapján, a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, 58. pont szerinti szolgáltatás.

A biztosító a biztosítási időszakban legfeljebb 60 kórházban töltött napot finanszíroz a biztosítás terhére a Biztosított vonatkozásában.

80. **BALESETI EREDETŰ, 50%-OS MÉRTÉKET ELÉRŐ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS ESETÉRE JÁRÓ SZOLGÁLTATÁS:**

80.1. A biztosítási esemény a biztosítottat ért, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (37. pont), amely a biztosítottnak a baleset napjától számított 2 éven belül megállapított, 50%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodását okozza.

a) A kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett baleset(ek)ből eredő, több szervet, testrészt érintő többszörös károsodások vagy funkciócsökkenések esetén a maradandó egészségkárosodások százalékos mértékei összeadódnak, de a biztosító a szerződés fennállása alatt a jelen szolgáltatás keretében legfeljebb egyszer térít.

b) A maradandó egészségkárosodás százalékos mértéke az összes körülményt figyelembe vevő orvosi vizsgálat során, az alábbi táblázat iránymutató értékei alapján kerül megállapításra:

Mindkét kar vagy kéz elvesztése	100%
Egyik kar vállzülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik kar könyökízület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökízület alatt való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik kéz teljes elvesztése	55%
Egyik hüvelykujj elvesztése	20%
Egyik mutatóujj elvesztése	10%
Más ujj elvesztése, egyenként	5%
Mindkét láb elvesztése combtól	100%
Mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan módon	100%
Mindkét lábszár elvesztése, megmaradó jó térdfunkcióval	80%
Egyik láb combközép fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik láb térdig elvesztése	50%
Egyik lábszár térd alatt történő elvesztése	45%
Egyik lábfej elvesztése	40%
Egyik nagyujj elvesztése	5%
Más lábujj elvesztése, egyenként	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Ízlelő képesség teljes elvesztése	5%

c) Testrészek vagy érzékszervek részleges elvesztése vagy funkciócsökkenése esetén a biztosító a fenti táblázat megfelelően csökkentett értékeit veszi figyelembe.

d) A táblázatban nem szereplő esetekben – a jelen biztosítás vonatkozásában – a biztosító orvos szakértője állapítja meg, hogy a biztosított normál testi vagy szellemi teljesítőképessége milyen mértékben károsodott. A biztosító orvos szakértőjének megállapítása független más orvosi vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más intézmények, orvos szakértők megállapításától.

e) Amennyiben a baleset során olyan funkciók, testrészek károsodnak, amelyek működőképessége már a baleset előtt csökkent volt, akkor a vonatkozó százalék megállapításánál az előzetes egészségkárosodás százalékos mértéke levonásra kerül.

f) A biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékét legkorábban a balesetet követő 15 nap elteltével, legkésőbb a balesetet követő 2 év elteltével állapítja meg.

g) Ha a baleset következtében a biztosított 30 napon belül meghal, a szolgáltatás nem igényelhető. Ha a biztosított 30 napon túl, de az előtt meghal, hogy a biztosító az egészségkárosodás mértékét véglegesen megállapította volna, a térítési összeget a biztosító az addigi orvosi vizsgálatok eredményeként született iratok alapján állapítja meg.

80.2. A biztosító a 80.1. pontban szereplő biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott – a baleset időpontjában érvényes – biztosítási összeget fizeti ki a Biztosítottnak.

80.3. A Biztosított – a biztosító szerződött szolgáltató partnerén keresztül – továbbá jogosult a biztosítási összeggel megegyező összegig terjedő **REHABILITÁCIÓS SZOLGÁLTATÁS** igénybevételére is. A rehabilitációs szolgáltatás a következőket tartalmazza:

- **Orvosi rehabilitáció költségeinek fedezése** többek között a következő esetekre: rehabilitáció fizikális és pszichológiai rehabilitációs kezelésekre szakosodott egészségügyi intézményekben, szükséges gyógyászati segédeszközök, betegápolás.
- **Szociális rehabilitáció költségeinek fedezése** többek között a következő esetekre: lakás-átalakítás, hivatali információ-szerzés és ügyintézés, háztartási segítség.

A rehabilitációs szolgáltatás esetenkénti tartalmát a biztosító szerződött partnerének rehabilitációs menedzsere egyezteteti a Biztosítottal.

81. **CSONTTÖRÉS SZOLGÁLTATÁS:**

81.1. A biztosítási esemény az a nem halálos kimenetelű baleset, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnál a) csonttörést, csontrepedést, vagy b) súlyos csonttörést okoz.

81.2. Jelen feltételek szempontjából súlyos csonttörésnek minősül a

- a) koponyacsont törése lágyrész sérüléssel együtt,
- b) gerinc törése gerincvelő sérüléssel együtt,
- c) medencecsont törése,
- d) lábszár- és/vagy combcsont nyílt törése,
- e) alkar- és/vagy felkarcsont nyílt törése.

81.3. A biztosító a 81.1 a) pontban rögzített esemény bekövetkezése esetén a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget,

- 81.4. A biztosító a *81.1 b) pontban* rögzített esemény bekövetkezése esetén a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg kétszeresét téríti.
- 81.5. Ha ugyanazon balesetből eredően egy biztosított vonatkozásában az *81.1 a)–b) pontokban* felsoroltak közül több esemény is bekövetkezik, úgy a biztosító csak egy – a legmagasabb szolgáltatási összeghez tartozó – eseményre térít.
- 82. FOLYAMATOS KÓRHÁZI FEKVŐBETEG-GYÓGYKEZELÉS SZOLGÁLTATÁS:**
- 82.1. A **biztosítási esemény** a biztosított baleseti vagy betegségi eredetű, folyamatos (megszakítás nélküli) kórházi fekvőbeteg gyógykezelése (*47. pont*), amely a kockázatviselés tartama alatt kezdődik, és amelynek időtartama **legalább 4 nap**.
- 82.2. A folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés **időtartamának** számításánál
- a) minden érintett nap egész napnak számít, így a felvétel, az elbocsátás, valamint az esetleges halálos eset napja is;
- b) a kockázatviselés tartamán esetlegesen túlnyúló napok nem kerülnek figyelembevételre.
- 82.3. **Folyamatos kórházi fekvőbeteg-gyógykezelés** esetén a szerződésben meghatározott **napi térítési összeg** annyiszorosa kerül kifizetésre, ahány napig a folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés tartott.
- 82.4. A biztosító egy biztosítási időszakon belül biztosítottként összesen **legfeljebb 60** kórházi ápolási **napra** térít.
- 82.5. Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén annak indokoltságát a biztosító **28 naponként felülvizsgálhatja**. A felülvizsgálatot követően a napi térítési összeg további folyósításáról a biztosító az indokoltságtól függően dönt.
- 83. MŰTÉTI TÉRÍTÉS SZOLGÁLTATÁS:**
- 83.1. A biztosítási esemény a biztosítotton a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott olyan **műtét** (*59. pont*), amely a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete vagy először a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegsége miatt vált szükségessé.
- 83.2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a műtét időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki, amennyiben a szolgáltatási igény bejelentésekor a biztosított életben van, feltéve, hogy a műtet a Magyar Biztosítók Szövetsége Orvosi Bizottságának 2005. január 1-jén érvényes 0-tól 4-ig terjedő osztályozása szerint a 3-tól 4-ig terjedő osztályokba tartozik.
- 83.3. Abban az esetben, ha egy műtét több szervet vagy testrészt érint, a műtéti beavatkozás egy biztosítási eseménynek minősül.
- 83.4. A jelen feltételekhez tartozó teljes körű műtéti lista a biztosító ügyfélszolgálati tevékenységet is folytató irodáiban, valamint a biztosító honlapján (www.uniq.hu) tekinthető meg, melyet kérésre a biztosító írásban is a szerződő rendelkezésére bocsát. Amennyiben az elvégzett beavatkozás a műtéti listán nem található meg, úgy a műtét besorolását a biztosító orvosa állapítja meg. Amennyiben a Magyar Biztosítók Szövetsége Orvosi Bizottsága a műtétek osztályozását megváltoztatja, a biztosítónak jogában áll az új osztályozást figyelembe venni.
- 84. KIEMELT KOCKÁZATÚ BETEGSÉGEK SZOLGÁLTATÁS:**
- 84.1. A **biztosítási esemény** az alábbiakban felsorolt és a *84.2–84.5. pontban* részletesen definiált, a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli súlyos és váratlan betegségek bekövetkezése:
- **szívizomelhalás** (szívinfarktus),
 - **rosszindulatú daganatos betegség**,
 - **agyi érkatasztrófa**,
 - **krónikus veseelégtelenség**.
- Jelen feltételek alkalmazásában a *86. pontban* felsorolt betegségek definíciói a következők:
- 84.2. A **SZÍVIZOMELHALÁS:** (szívinfarktus) a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége.
- Jelen feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizomelhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.
- 84.3. **ROSSZINDULATÚ DAGANATOS BETEGSÉG:** a szövettani atípiát jelelő mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió), és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis). Jelen feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.
- Jelen feltételek szempontjából **nem minősülnek biztosítási eseménynek:**
 - a) a rákelőző (precarcinóma) állapotok,
 - b) a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,
 - c) a bőrrákok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
 - d) a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.
- 84.4. **AGYI ÉRKATASZTRÓFA:** az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfal-szakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombozisz vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszernek az ér által ellátott területei elhalása, infarktusa és marandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett göctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók.
- Az érkatasztrófa tényét, a marandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti okozati összefüggés tényét a biztosító orvosa vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.
- 84.5. **KRÓNIKUS VESEELÉGTENLSÉG:** mindkét vese működésének visszafordíthatatlan csökkenése, amennyiben ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művese-kezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető, és a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialízis-kezelésre szorul.
- 84.6. A **biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja** a biztosítottnál fellépő egyes betegségek esetén a következő:
- a) **szívinfarktus** esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja,
 - b) **rosszindulatú daganatos betegség** esetén a betegség legkorábbi diagnosztizálásának időpontja,

c) **agyi érkatasztrófa** esetén az érkatasztrófa bekövetkezésének időpontja, feltéve, hogy a marandó szervi idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók,

d) **krónikus veseelégtelenség** esetén a dialízis-kezelés első napja, feltéve, hogy a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig ténylegesen dialízis-kezelésre szorult.

84.7. **Kiemelt kockázatú betegségek** bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre.

84.8. A szolgáltatás kifizetésének feltétele, hogy a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését követő bejelentésekor életben legyen.

84.9. A biztosító a 84.2–84.5. pontok alatt meghatározott négy betegcsoport valamelyikébe tartozó kiemelt kockázatú betegség esetében csak akkor nyújt szolgáltatást, ha ugyanabba a csoportba tartozó kiemelt kockázatú betegségre az adott biztosított esetében még nem történt kifizetés.

EGYÉB SZOLGÁLTATÁSOK

85. **SZŰRŐVIZSGÁLAT SZOLGÁLTATÁS:** a Biztosított a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt az EESZ-en keresztül **évente egyszer** jogosult igénybe venni a rá vonatkozó szolgáltatási csomagban szereplő, 51.1., illetve 51.2. pont szerinti szolgáltatást.

Amennyiben a biztosított az adott biztosítási időszakban a szűrővizsgálatot nem veszi igénybe, a jogosultság nem vihető át a következő biztosítási időszakra.

86. **FOGÁSZATI SZŰRÉS ÉS FOGTISZTÍTÁS SZOLGÁLTATÁS:** a Biztosított a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt az EESZ-en keresztül **évente egyszer** jogosult igénybe venni a rá vonatkozó szolgáltatási csomagban szereplő, 64., illetve 65. pont szerinti szolgáltatást.

87. **TERMÉSZETGYÓGYÁSZATI TANÁCSADÁS SZOLGÁLTATÁS:** a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt, orvosi vizsgálat után, a **szakorvos javaslatára az EESZ-en keresztül** korlátlanul igénybe veheti a 61. pont szerinti szolgáltatást, melyet az EESZ e-mail-en keresztül nyújt.

88. **SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI KOCKÁZATBECSLÉS SZOLGÁLTATÁS:** a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt az **EESZ-en keresztül** korlátlanul igénybe veheti a 62. pont szerinti szolgáltatást.

89. **DIÉTÁS SZAKTANÁCSADÁS SZOLGÁLTATÁS:** a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt az **EESZ-en keresztül** korlátlanul igénybe veheti a 63. pont szerinti szolgáltatást.

90. **HÁZIVIZIT SZOLGÁLTATÁS:** a 70. pont alapján igénybe vett 66. pont szerinti szolgáltatás, amennyiben azt a biztosítási kötvény záradéka tartalmazza.

91. **TERHESGONDOZÁS SZOLGÁLTATÁS:** a 70. pont alapján igénybe vett 67. pont szerinti szolgáltatás, amennyiben azt a biztosítási kötvény záradéka tartalmazza.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A BIZTOSÍTÁS DÍJA

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

93. 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 korá-

nak, foglalkozásának és egészségi állapotának, a biztosítási összegeknek, a díjfizetés gyakoriságának – megfelelően történik.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ FIZETÉSE

94. A biztosítási szerződés kezdetére vonatkozóan a biztosító meghatározza a kezdeti biztosított létszámra számított **KEZDETI**, az első biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási díjat, mely mindaddig érvényes marad, amíg azt az elszámolás szabályai szerint (101–106. pont) módosítani nem kell.

95. A biztosítás **FOLYAMATOS (rendszeres)** díjfizetésű.

96. A **folyamatos** díjfizetésű szerződés első biztosítási időszakra vonatkozó díját, az ajánlattételkor kell megfizetni. A biztosító az első díjat, illetve az egyszeri díjat kamatmentes díjelőlegként kezeli. Amennyiben a szerződés létrejön, a biztosító a díjelőleget – a biztosítás kötvény szerinti kezdeti naptól érvényesen – a biztosítási díjba beszámítja, az ajánlat elutasítása esetén pedig visszautalja a szerződőnek.

97. A **folyamatos díjfizetésű** biztosítás **folytatólagos díjai** éves díjak, amelyek a biztosítási időszakok első napján **előre esedékesek**.

98. A biztosító – pótdíj ellenében – hozzájárulhat **az éves díj részletekben történő fizetéséhez**. A pótdíj mértéke – többek között – a díjfizetés gyakoriságától és módjától függ, és a tartamon belül változhat. Részletfizetés esetén a díjak a megfelelő részletfizetési időszak első napján, előre esedékesek.

99. A **díjfizetés gyakoriságát** a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja, amennyiben erre irányuló kérését a biztosítási évforduló előtti 45. napig írásban jelzi a biztosítónak, és a biztosító ahhoz hozzájárul.

100. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a következő biztosítási évfordulóig járó díj megfizetését követelheti.

A FELEK KÖZÖTTI ELSZÁMOLÁS, ADATKÖZLÉS, VÁLTOZÁSJELENTÉS

101. A felek közötti elszámolás, adatközlés és változás jelentés részletes szabályait, az írásbeliségre vonatkozó szabályokat, és a felek közötti egyéb egyezségeket a **SZERZŐDŐ NYILATKOZATA** tartalmazza.

102. 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 legalább a biztosítottak körében történt bármely változást követő 5 munkanappal belül** közli.

103. Ha a biztosított létszám megváltozása miatt valamely biztosítási időszakra vonatkozóan a megállapított díj legalább 10%-os mértékben módosul, úgy a szerződő vagy a biztosító kérheti az eltérésből fakadó díjkülönbözet soron kívüli elszámolását.

A felek az eltérés más százalékos mértékében is megállapodhatnak.

104. Valamely biztosítási időszakra vonatkozó díj végleges elszámolása:

104.1. A szerződő köteles a biztosítási időszak végét követő 30 napon belül havi részletességű **adatközlőt** küldeni a biztosítónak. Az **ADATKÖZLŐ** tartalmát a szerződő felek a kockázatvállalás függvényében – az együttműködési megállapodás részeként – rögzítik.

104.2. A biztosító köteles az adatközlő beérkezésétől számított 30 napon belül a megelőző időszakra készített **végleges elszámolást** a szerződőnek megküldeni.

105. Határozatlan tartamú biztosítás esetén a **következő biztosítási időszakra** vonatkozó **díj előzetes megállapítása:**

- 105.1. A biztosító a következő biztosítási időszak kezdetét legalább 30 nappal megelőzően a szerződő által addig közölt adatok, információk alapján megállapítja a következő biztosítási időszakra vonatkozó **előzetes biztosítási díjat**, és erről tájékoztatja a szerződőt.
- 105.2. A szerződő és a biztosító a lezáruló biztosítási időszak vége előtt véglegesítik a következő biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási **kockázatokat, szolgáltatásokat és a biztosított csoportokat**.
- 105.3. A biztosító az éppen lezárult biztosítási időszakról készített végleges elszámolás megküldésével (104.2. pont) egyidejűleg – az addigi információk alapján – megküldi a szerződő részére a következő biztosítási időszakra vonatkozó, **pontosított előzetes biztosítási díjat**.
106. A biztosítási időszakra vonatkozó végleges elszámolás megküldését (104.2. pont) követő **15 napon belül** – figyelemmel az esetleges következő biztosítási időszakra vonatkozó pontosított előzetes biztosítási díjra is – 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.
107. Amennyiben a szerződő a biztosítás folytatólagos díját az esedékességkor **nem egyenlíti ki**, és a díjfizetési halasztásban írásban sem állapodott meg a biztosítóval, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

DÍJMÓDOSÍTÁS, ÉRTÉKKÖVETÉS

108. A biztosító a biztosítási időszak kezdetével jogosult a biztosítás díját a nyújtott szolgáltatások piaci árainak változása, továbbá a biztosítási események kockázatközösségen mért gyakorisága miatti felülvizsgálatára, és biztosításmatematikai alapon új díjtétel megállapítására.
109. Amennyiben a biztosítás kockázati viszonyai megváltoznak – így többek között az átlagosan várható élettartam, a szolgáltatások igénybevételi gyakorisága vagy értéke –, akkor az egyes biztosítási időszakok kezdetével a biztosítónak jogában áll a biztosítási díjat megfelelően módosítani. A díj módosításáról a biztosító a biztosítási időszakot megelőző 45. napig értesítést küld a szerződőnek. Amennyiben a szerződő 30 napon belül írásban elutasítja a díjnak a kockázati viszonyok megváltozásából fakadó módosítását, illetve nem az ennek megfelelően emelt díjat fizeti meg, a biztosító jogosult a szolgáltatásokat megfelelően csökkenteni, illetve módosítani vagy a szerződést felmondani
110. 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.

MARADÉKJOGOK

111. 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 **kötvénykölcsön** nem igényelhető, és **többlethozam-megosztásra** nem kerül sor.

A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

112. A szerződőnek (2. pont) vagy a 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

113. A biztosító a szolgáltatásokat a jogalap fennállása esetén, az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezésétől számított **15 napon belül** teljesíti.
114. A biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.
115. A biztosító a szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor érvényes szerződési feltételeknek megfelelően, a szolgáltatásra vonatkozóan rendelkezésére álló **legutolsó adatközlés tartalma** szerint nyújtja. Az érintett biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ellenőrzéséhez a biztosító bekéri a szerződő féltől a szükséges adatokat, és kérheti a biztosított állomány adatainak visszamenőleges ellenőrzési lehetőségét is.
116. **A biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 1 év elteltével a biztosításból eredő igények elévülnek.**
117. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben vis maior kizárja vagy korlátozza a teljesítést.

A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

118. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:
- 118.1. a szerződő igazolását a biztosított csoporttagságáról (többek között: munkaviszonyáról, foglalkoztatásáról, tagsági viszonyáról) és az érintett csoport létszámáról a biztosítási esemény bekövetkeztekor;
 - 118.2. az egészségügyi ellátás, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációját, a kórházi zárójelentést;
 - 118.3. baleseti eredet esetén a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi és egyéb igazolásokat, jegyzőkönyveket;
 - 118.4. elhalálozás esetén halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítványt;
 - 118.5. hatósági eljárás esetén a nyomozást lezáró (vagy a nyomozás megtagadásáról szóló) határozatot;
 - 118.6. a biztosítási esemény, a biztosítási összeg és a jogosultság (kedvezményezettség) megállapításához szükséges egyéb okiratokat;
 - 118.7. a biztosító kérésére a díjfizetés igazolását.
119. Szükség esetén a biztosító egyéb igazolásokat is bekérhet, és jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmá-

nak ellenőrzése, beleértve a biztosított személyes vizsgálatának esetleges elrendelését is.

120. A biztosítási esemény igazolásával és érvényesítésével (például külföldre történő átutalás, dokumentumok fordítása) kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.
121. 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 esemény bekövetkezését a szerződőnek, biztosítottnak, kedvezményezettnek bizonyítani szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén annak bizonyítására alkalmasak azon okiratok, hatósági, bírósági határozatok, jegyzőkönyvek, tárgyi bizonyítékok, amelyek a biztosítási esemény jogalapját, valamint annak összecszerűségét bizonyítják. A felsoroltakon kívül a szerződőnek, biztosítottnak, kedvezményezettnek joga van a biztosítási esemény igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint – annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.
122. 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

123. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához **saját orvosszakértőt** vehet igénybe. A biztosító orvos-szakértőjének joga van a biztosítási események vonatkozásában – **egyebek mellett – felülbírálni:**
- 123.1. a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés (47. pont) szükségességét és indokolt időtartamát,
- 123.2. a maradandó egészségkárosodás (60. pont) tényét és mértékét.
124. A biztosító orvos-szakértőjének **megállapításai függetlenek** minden más orvosi, vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvos-szakértők megállapításaitól, és az igény elbírálásánál a biztosító a saját orvos-szakértőjének véleményét veszi alapul.

A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE, KIZÁRÁSOK

A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

125. **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 nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetőleg – életbiztosítási és betegségbiztosítási szolgáltatás esetében – ha a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől 5 év már eltelt. Ha a szerződés több vagyontárgyra vagy személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi vagyontárgy vagy személy esetén nem hivatkozhat. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

126. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a **biztosítási eseményt** a megadott **határidőn belül (112. pont) nem jelentik be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
127. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése és egyéb esetleges szolgáltatás teljesítése nélkül szűnik meg, ha a betegséget, balesetet, illetve egészségkárosodást a biztosított, a szerződő vagy a kedvezményezett, **szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.**
- 127.1. **SÚLYOSAN GONDATLANUL okozottnak minősül a biztosítási esemény**, különösen, ha az a fent felsorolt személyek
- a) szándékosan elkövetett bűncselekményével
- b) súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) 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.
128. A biztosító **mentesülése esetén** a szerződőt a biztosítási díjból semmilyen **visszatérítés nem illeti meg.**

KIZÁRÁSOK

129. A biztosító **kizárja kockázatviselési köréből** azon eseményeket, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak:
- 129.1. HIV fertőzéssel, továbbá a szexuális úton átvihető betegségekkel (STD);
- 129.2. radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
- 129.3. öröklött és veleszületett rendellenességgel;
- 129.4. geriátriai, hospice, pszichológiai, pszichoterápiás és pszichiátriai kezelésekkkel;
- 129.5. bennalvásos alvásvizsgálattal (somnia, polysomnia);
- 129.6. művesekezeléssel, krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozásával (különösen: gyógytorna, fizioterápia, fürdőkéúra), kezelésével (ide értve a daganatos betegek rendszeres onkológiai kezelését), kivéve a krónikus betegségek kórismézését, a kezelésük első beállítását, az akut szakaszainak akut ellátását, a betegség kezelése részeként elrendelt gyógyszerek felírását.;
- 129.7. nem baleseti vagy nem betegségi ok miatti plasztikai műtéttel vagy esztétikai kezeléssel;
- 129.8. a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett gyógykezeléssel;
- 129.9. a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely fizikai vagy mentális (idegi vagy elméleti) betegséggel vagy állapottal, amellyel összefüggésben a Biztosítottat kezelték vagy kezelését javasolták;
- 129.10. olyan szubjektív panaszokra épülő betegségek, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók, továbbá a migrén, a gerinc egyes degeneratív betegségei /különösen a polidiszkopátia/ és azok közvetett és közvetlen következményei;
- 129.11. a nem megváltoztatásával;
- 129.12. a mesterséges megtermékenyítés valamennyi formájával (például in-vitro-fertilizációval illetve inszeminációval), a művi terhesség-megszakítással (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a magzat olyan várható rendelle-

- nességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását),
- 129.13. fogászati kezelésekkel, fogbeültetésekkel és az azokkal okozati összefüggésben álló beavatkozásokkal és következményekkel, amennyiben azok nem baleseti következmények kiküszöbölését szolgálják,
 - 129.14. gyógykezelés vagy gyógyászati beavatkozás miatt bekövetkező egészségkárosodásokkal (kivéve, ha a kezelés, illetve beavatkozás igénybevételére a szerződés kockázatviselési körébe tartozó biztosítási eseménnyel kapcsolatosan volt szükség);
 - 129.15. a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményekkel;
 - 129.16. a biztosított öngyilkosságával vagy annak kísérletével, valamint öncsonkításával összefüggésben bekövetkezett eseményekkel;
 - 129.17. különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, bűvárkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint a motoros meghajtású szárazföldi-, vízi-, illetve motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával járó, és egyéb rendkívüli felkészültséget és tudást feltételező sportágak űzése közben bekövetkezett eseményekkel;
 - 129.18. repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, sárkányrepüléssel), kivéve az utasként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett légi utasforgalomban;
 - 129.19. háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással, tüntetéssel;
 - 129.20. alkohol, drog vagy kábítószer illetve szenvedélybetegség miatti egészségügyi ellátással vagy szolgáltatással, és elvonókúrákkal;
 - 129.21. orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezeléssel.
 - 129.22. az alábbi fertőző betegségekkel: TBC, tetanusz, veszettség, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek (többek között malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz), SARS, ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzés, mely ellen a betegség diagnosztizálását megelőző 30. napon még nem rendelkeztek Magyarországon hatékony védőoltással, antibiotikummal vagy más gyógyszerrel;
 - 129.23. a szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétekkel;
 - 129.24. a biztosított szülésével, császármetszésével és terhességével kapcsolatos eseményekkel (ide nem értve a terhesség-megállapítást), kivéve a terhesgondozási szolgáltatást, amennyiben a biztosítási szerződés záradéka azt tartalmazza;
 - 129.25. a szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokkal;
 - 129.26. a protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beültetéseivel;
 - 129.27. reumatológiai kezelések, kivéve, ha az akut állapotrosszabbodás megszüntetésére irányulnak;
 - 129.28. a járóbeteg-ellátás keretében beadott védőoltás vakcinájának beszerzése és költségterítése;
 - 129.29. nem-konvencionális eljárások, alternatív gyógyászat, akupunktúra, természetgyógyászati kezelés, ide nem értve a természetgyógyászati tanácsadást;

129.30. a biztosított elme- vagy tudatzavarásával okozati összefüggésben bekövetkező eseményeket;

129.31. szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezéseket, sérüléseket; ideértve a drogok, kábítószeresek által okozottakat is;

129.32. a biztosított fegyveres szolgálat teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményeket.

130. A biztosító a **balesetek**, illetve a baleseti eredetű események **köréből kizárja**:

130.1. a megemelés összes formáját;

130.2. a porckorong sérüléseket, a rándulásokat, a ficamokat, zúzódásokat, horzsolásokat, húzódásokat, továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket.

VEGYES RENDELKEZÉSEK

AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA

131. A jelen szerződéssel kapcsolatos adatokat a Biztosító az ügyfél hozzájárulása és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: 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.

Az UNIQA Biztosító Zrt. részéről 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 adatai kezeléséről az adatkezelőnél tájékoztatást kérhet, 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 pert az illetékes törvényszék előtt kell megindítani, azonban azt az érintett – választása szerint – a lakóhelye vagy a tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt is megindíthatja.

132. 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 – jogszabály eltérő rendelkezése hiányában – a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint 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.

133. 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 Szolgálathoz, családi vagyonfelügyelőhöz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi hatósághoz, titkoszolgálati 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 Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézményhez a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, 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 adataira vonatkozó törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség is.

134. A szerződésre vonatkozó ajánlat 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.
135. 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.

EGYÉB RENDELKEZÉSEK

136. A tényleges egészségügyi ellátást a 44. pont szerinti egészségügyi szolgáltató nyújtja, illetve szervezi, melynek tevékenységére az egészségügyi törvény rendelkezései vonatkoznak. Az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből adódó károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni. A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az elkövetett orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, és közreműködik abban, hogy az egészségügyi szolgáltató a panaszt kivizsgálja, és a kivizsgálás eredményéről a panaszost tájékoztassa.

PANASZOK BEJELENTÉSE

137. Az Ügyfél az UNIQA Biztosító Zrt. 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 telefonszámokon: +36-1/20/30/70/544-5555, 1418-as rövidszám),
 - 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 **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (továbbiakban: PBT, levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172, telefon: +36-40-203-776, telefax: +36-1-489-9102, e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) vagy
- 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, telefax: +36-1-489-9102, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.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 jogorvos-

lat 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/képviselőjében 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.

138. A biztosító Felügyeleti szerve: **Magyar Nemzeti Bank**
Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.
Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Levél cím: 1534 Budapest, BKKP Pf.: 777
Ügyfélszolgálati telefonszám: +36 40-203-776

A MediQa Group betegségbiztosítás feltételeihez

A MediQa Group betegségbiztosítás szolgáltatási csomagjai

(Az egyes szolgáltatásokról további információk a MediQa Group betegségbiztosítás feltételeiben található.)

	Bázis	Standard	Optimum	Prémium	Prémium plusz
Call Center (ellátás-szervezés) + UNIQA Med forródrót ¹	✓	✓	✓	✓	✓
Szűrővizsgálat (évente)	Alap	Alap	Emelt	Emelt	Emelt
Éves fogászati ellenőrzés, fogtisztítás és kedvezmények	Éves fogászati ellenőrzés +15% kedvezmény ²	Éves fogászati ellenőrzés +15% kedvezmény ³	Éves fogászati ellenőr- zés és fogtisztítás + 15% kedvezmény ⁴	Éves fogászati ellenőr- zés és fogtisztítás + 15% kedvezmény ⁴	Éves fogászati ellenőr- zés és fogtisztítás + 20% kedvezmény ⁵
Primer járóbeteg-ellátás	✓	✓	✓	✓	✓
Kiszélesített járóbeteg-ellátás	–	✓	✓	✓	✓
Alap-labor és alap-diagnosztikai vizsgálatok	✓	✓	✓	✓	✓
Kiszélesített laborvizsgálatok	–	–	✓	✓	✓
Fejlett diagnosztika	–	–	✓	✓	✓
Ambuláns műtétek	–	–	✓	✓	✓
Egynapos sebészet	–	–	Éves limit ⁶ : 300 ezer Ft	Éves limit ⁶ : 300 ezer Ft	Éves limit ⁶ : 300 ezer Ft
Kiemelt fekvőbeteg-ellátás	–	–	–	–	Éves limit ⁶ : 3,5 millió Ft, maximum 60 nap
Csonttörés	10 ezer Ft	10 ezer Ft	10 ezer Ft	10 ezer Ft	10 ezer Ft
50%-os baleseti maradandó egészségkárosodás esetén egyösszegű térítés és rehabilitációs támogatás	–	–	1 millió Ft egyösszegű térítés + azonos értékű rehabilitációs támogatás	3 millió Ft egyösszegű térítés + azonos értékű rehabilitációs támogatás	3 millió Ft egyösszegű térítés + azonos értékű rehabilitációs támogatás
Kiemelt kockázatú betegségek (4)	200 ezer Ft	300 ezer Ft	400 ezer Ft	500 ezer Ft	500 ezer Ft
Kórházi napi térítés (bármely okú)	–	–	–	15 ezer Ft	–
Műtéti térítés (súlyos, azaz 3-4-es műtét után)	–	–	–	300 ezer Ft	300 ezer Ft
Szív és érrendszeri kockázatbecslés, diétás és természetgyógyászati tanácsadás	✓	✓	✓	✓	✓
20% kedvezmény a Medcover Egészségközpontjaiban és Egészség Pontjain a biztosítással nem fedezett szolgáltatásokra	✓	✓	✓	✓	✓

- 1 Az UNIQA Med forródrót telefonos tájékoztató szolgáltatása NEM helyettesíti a beteg személyes orvosi vizsgálatát, és így utóbbi elmaradása esetén az ebből fakadó bármely következményért, illetve kárért az UNIQA Biztosító Zrt. Semmilyen felelősséget nem vállal.
- 2 Éves fogászati ellenőrzés a Biztosítottnak és 15%-os kedvezmény a Biztosítottnak és családtagjainak az implantátumok és más felhasznált anyagok költségéből a Medcover Dentalnál.
- 3 Éves fogászati ellenőrzés a Biztosítottnak és 15%-os kedvezmény a Biztosítottnak és családtagjainak a fogászati ellátások költségéből a Medcover Dentalnál.
- 4 Éves fogászati ellenőrzés és fogtisztítás a Biztosítottnak és 15%-os kedvezmény a Biztosítottnak és családtagjainak a fogászati ellátások költségéből a Medcover Dentalnál.
- 5 Éves fogászati ellenőrzés és fogtisztítás a Biztosítottnak és 20%-os kedvezmény a Biztosítottnak és családtagjainak a fogászati ellátások költségéből a Medcover Dentalnál.
- 6 Éves limit: a biztosító egyes szolgáltatások esetén az éves igénybevételek számát korlátozhatja és/vagy éves limitösszegeket alkalmazhat, amelyek mértékét a biztosítási szerződési feltételek szerint módosíthatja.

Családtagnak tekinthető: házastárs, élettárs, gyerek és házastárs/élettárs gyereke (gyerek, aki 24 évesnél nem idősebb), ha Biztosított személlyel egy lakcímre vannak bejelentve.

Érvényes: 2014. március 15-től visszavonásig.

A MediQa Group betegségbiztosítás feltételeihez

A MediQa Group betegségbiztosítási szerződéshez tartozó teljes körű műtéti lista a biztosító ügyfélszolgálati tevékenységet is folytató irodáiban, valamint a biztosító honlapján tekinthető meg, melyet – kérésre – a biztosító írásban is a szerződő rendelkezésére bocsát.

A biztosító által térített műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója

3-4. CSOPORT

1. Koponyaüregi daganat vagy cysta eltávolítása
2. Üvegtest csere
3. Műtét a közép-, illetve a belsőfülben
4. Gége egy részének eltávolítása
5. Hangréstágító műtét külső feltárásból
6. Nyaki nyirokcsomók kiterjesztett eltávolítása
7. Nyaki csigolya műtéte
8. Gerinctörés csontdarab kiemelése a gerinccsatornából
9. Gerinc belső rögzítése
10. Felső tüdőlebeny eltávolítása
11. Tüdőátültetés
12. Szívátültetés
13. Billentyűplasztika aortabillentyűn
14. A jobb koszorúér áthidaló műtéte (bypass műtét)
15. Koszorúér-szűkület műtéti tágítása
16. Pitvari sérülés ellátása
17. Hasnyálmirigy-átültetés
18. Veseátültetés
19. Vastagbél teljes eltávolítása
20. Műanyag háló beépítése hasfali sérv műtétjéhez
21. Érpótlás a medencei- és combverőér között
22. Könyökprotézis
23. Csuklóprotézis
24. TEP, teljes csípőprotézis
25. Teljes térdprotézis beültetés

A MediQa Group betegségbiztosítás feltételeihez

Jelen Függelék a MediQa Group betegségbiztosítás keretein belül igénybe vehető néhány diagnosztikai vizsgálat és egynapos sebészeti beavatkozás átlagos költségeit tartalmazza **tájékoztató** jelleggel.

Felhívjuk a figyelmét, hogy az alábbi táblázatban szereplő költségek az egyes konkrét vizsgálatok esetén változhatnak.

Fejlett diagnosztikai vizsgálatok	
MRI (gerinc, kontrasztos)	58 300 Ft
MRI (hasi, kontrasztos)	48 000 Ft
MRI (váll, natív)	22 500 Ft
MRI (gerinc, natív)	15 000 Ft
PET CT	250 000 Ft
CT (mellkasi)	40 000 Ft
CT (hasi)	31 490 Ft
CT (koponya)	22 500 Ft
CT (nyaki gerinc)	17 500 Ft
ENG	50 000 Ft
EEG	13 515 Ft
EMG	9 750 Ft
Csont-scintigráfia	53 000 Ft
Scintigráfia (terheléses szívizom)	40 900 Ft
Scintigráfia (vese, tüdő, csont, pajzsmirigy)	12 500 Ft
Vese biopszia	36 300 Ft
Angiográfia	20 000 Ft
Colonoscopia	29 000 Ft
Gastroscopia	20 000 Ft
Rectoscopia	15 000 Ft
Centrális csontsűrűség-vizsgálat	18 500 Ft
Aspirációs citológia	10 000 Ft
Spirometria	3 000 Ft
1 napos sebészeti beavatkozások	
Kisebb 1 napos sebészeti beavatkozás	125 000 Ft
Szürkehályog műtét	242 000 Ft
Mandulaműtét	142 000 Ft
Visszér-tágulat kezelése	165 300 Ft
Laparoszkópos epekő-eltávolítás	250 000 Ft
Lágyéksérv-műtét	146 200 Ft

A jelen árlista csak egy kivonat, a teljes árlistáról kérjen tájékoztatást az UNIQA Med forródróton keresztül: +36 1 465-3125.

Érvényes: 2014. március 15-től visszavonásig

