

Jelen Biztosítási Feltételek (a továbbiakban: Általános Biztosítási Feltételek) az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és az Erste Bank Hungary Zrt. (a továbbiakban: szerződő vagy bank) között létrejött Erste Védelem Egészségbiztosítás Csoportos Szolgáltatásfinanszírozó Egészségbiztosítási Szerződésre (a továbbiakban: Csoportos Biztosítás, vagy Erste Védelem Egészségbiztosítás) érvényesek. Jelen biztosítási feltételekben foglaltakat a Csoportos Biztosításhoz 2022. január 31-én vagy azt követően csatlakozott, vagy csomagváltott biztosítottak biztosítási jogviszonyára kell alkalmazni.

Jelen Általános Biztosítási Feltételekben, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyfél-tájékoztató elemei **vastag betűkkel**, míg a Ptk-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek **dőlt betűkkel** szedettek.

1. Fogalmak

- 1.1. **Alapellátás:** a biztosított lakóhelyén, tartózkodási helyén, illetve annak közelében a biztosított választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatás (házi orvosi szolgáltatás).
- 1.2. **Ambuláns műtét:** ambuláns sebészi beavatkozáson olyan diagnosztikus és/vagy terápiás sebészi jellegű tevékenységet értünk, amely után a beteg fekvőbeteg intézeti ellátást nem igényel, a beavatkozást követően szükséges és elegendő megfigyelés után otthonába bocsátható.
- 1.3. **Az ellátásszervezővel/biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel/ biztosítóval nem köt szerződést.
- 1.4. **Az ellátásszervezővel/biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt.
- 1.5. **Baleset:** a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső erőbehatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.
- 1.6. **Beavatkozás:** orvos által végzett megelőző, diagnosztikus vagy terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- 1.7. **Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- 1.8. **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön feltéve, hogy az általa tett nyilatkozattal biztosítottként csatlakozik a Csoportos Biztosításhoz és elfogadja a Csoportos Biztosítás feltételeit, vala-

mint hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen.

- 1.9. **Biztosított nyilatkozat (Csatlakozási nyilatkozat):** a biztosított azon nyilatkozata, amellyel a Csoportos Biztosítási Szerződéshez biztosítottként csatlakozik és amelyben a biztosított hozzájárul ahhoz, hogy a Csoportos Biztosítási Szerződés hatálya rá kiterjedjen. A biztosított nyilatkozat megtételével jön létre a biztosított jogviszony.
- 1.10. **Biztosítási esemény:** a biztosító által a Különös Biztosítási Feltételekben biztosítási eseményként meghatározott esemény, amelynek bekövetkezése esetén a biztosító ezen feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.
- 1.11. **Betegség:** Az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza az életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét.
- 1.12. **Csoportos biztosítási szerződés:** A Ptk. 6:442.§ alapján a Bank és a Biztosító között létrejött biztosítási szerződés, amelyhez az egyes biztosítottak a Csatlakozási nyilatkozat megtételével csatlakozhatnak. A biztosítottak a Csoportos biztosítási szerződésbe szerződként nem léphetnek be.
- 1.13. **Egészségügyi dokumentáció:** A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentáció tartalmazza a biztosított személyazonosító adatait, és a valóságnak megfelelően tükröznie kell az ellátás folyamatát és a beavatkozás/vizsgálat indokoltságát. Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:
 - a kórelőzményt, a kórtörténetet,
 - az első vizsgálat eredményét,
 - a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
 - az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
 - az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
 - orvosi pecsét számát.
- 1.14. **Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység:** az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen
 - a) a munkára, sportra, járművezetésre illetőleg a szakmára vagy egyéb, jogszabály által előírt orvosi alkalmasság szükségessége miatt végzett vizsgálatok,
 - b) a keresőképességnek,
 - c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.

<p>1.15. Egészségügyi ellátás: a biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.</p>	<p>ben – az ellátásszervezőnél telefonon bejelentett, intézményi ellátást nem igénylő, nem közvetlen életveszély elhárítását igénylő sürgősségi esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás, mely során az ellátásszervező a biztosítotthoz ügyeleti ellátást nyújtó orvost küld.</p>
<p>1.16. Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a biztosított (beteg) vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a biztosított (beteg) vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.</p>	<p>1.25. Járóbeteg-szakellátás: a biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, ideértve az ambuláns műtétet, a távkonzultációt és a házivizit szolgáltatást is.</p> <p>1.26. Kezelőorvos: a biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.</p> <p>1.27. Kórház: a szakmai felügyeletet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és megfelelő intézményi kóddal rendelkezik. Nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, nappali kórházak, pszichiátriai intézetek, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, alkohol- és kábítószer elvonó intézetek, hospice tevékenységet végző intézmények, ápolási intézmények, illetve krónikus fekvőbeteg ellátást nyújtó intézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.</p>
<p>1.17. Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.</p>	<p>1.28. Költségtérítés: a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a Különös Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében meghatározott mértékig.</p>
<p>1.18. Egynapos sebészet: Az egynapos sebészeti ellátás olyan, a kórházi fekvőbeteg ellátást kiváltó, a jogszabályban¹ meghatározott tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet az ilyen típusú ellátás elvégzésére hatósági engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató végez el a vonatkozó jogszabály és az orvosi szakvélemény szerint az ilyen típusú ellátásra alkalmas betegen. Az érzéstelenítés elsősorban epidurális, spinális anesztéziában, vagy altatásos, kábítószeres módszerrel történik. A beavatkozás minimum 6 maximum 36 órás intézeti benttartózkodást igényel.</p>	<p>1.29. Műtét: az a sebészeti beavatkozás, amely lehet betegségi vagy baleseti okú, és amelyet az orvosszakmai szabályok megtartásával végeznek el a biztosítotton.</p> <p>1.30. Orvosi javaslat: háziorvosi, szakorvosi képesítéssel rendelkező egészségügyi szakember által kiállított, orvosi pecsét számmal ellátott egészségügyi dokumentum, amely a beteg panaszai háttérben álló betegség feltárása, egészségének megőrzése vagy helyreállítása érdekében elvégzendő vizsgálatok, beavatkozások vagy kezelési terv leírását tartalmazza. Az orvosi javaslatához kötött szolgáltatások esetén a biztosító az adott szolgáltatással kapcsolatban benyújtott első orvosi javaslat alapján szolgáltat, és nem vesz figyelembe ugyanazon eseményre (orvosi vizitre, diagnosztikai vizsgálatra, sebészeti beavatkozásra) vonatkozóan, de későbbi időpontban kiállított, módosított dokumentumokat. A Járóbeteg-szakellátás megszervezéséhez orvosi javaslatot adhat az ellátásszervező orvosa is, illetve jogában áll felülbírálni a biztosított által beküldött orvosi javaslatot.</p>
<p>1.19. Ellátásszervező: olyan szervezet, amely egészségügyi szolgáltatások, betegút szervezésére van feljogosítva.</p> <p>1.20. Előzménybetegség: már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, amelyet a kockázatviselés kezdetét megelőzően szakorvos diagnosztizált, vagy amelynek a gyanúja a kockázatviselés kezdetét megelőzően dokumentáltan felmerült és a kivizsgálása megkezdődött és amely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettől egyértelműen összefügg.</p>	<p>1.31. Önrész: Az önrész az az összeg, amelyet a biztosító az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségének térítésekor levon a térítendő összegből és amelyet a biztosított köteles megfizetni. A biztosító kizárólag az egészségügyi szolgáltatás költségének az önrészt meghaladó részét téríti meg.</p>
<p>1.21. Éves szolgáltatási limit: az Erste Védelem Egészségbiztosítás egyes – a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott – szolgáltatásaira vonatkozóan a teljesítendő szolgáltatási összegekre éves összeghatárt állapít meg, melynek mértékét a Különös Biztosítási Feltételek 1. számú melléklete tartalmazza.</p>	
<p>1.22. Fogyasztó: fogyasztónak minősül az a természetes személy, aki szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül jár el.</p>	
<p>1.23. Gondozás: gondozásnak minősülnek a krónikus vagy daganatos betegségek panaszmentes állapotfenntartása céljából végzett, akut panasz nélküli orvosi ellátások.</p>	
<p>1.24. Házivizit: a biztosított lakhelyén, illetve tartózkodási helyén, Budapesten és 20 km-es körzeté-</p>	

<p>1.32. Sürgős szükségből eredő ellátás: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.</p> <p>1.33. Szűrővizsgálat: olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése, amely alkalmas a biztosító kockázatvállalási feltételeinek meghatározására is.</p> <p>1.34. Távkonzultáció: Nem személyes orvos-beteg találkozás útján megvalósuló járóbeteg-ellátás. A konzultáció létrejöhet telefonos vagy videokonzultáció formájában, a vonatkozó orvos-szakmai szabályok betartásával.</p> <p>1.35. Várakozási idő: a szolgáltatás igénybevételének meghatározott ideig történő korlátozása.</p> <p>1.36. Vizsgálat: az a tevékenység, amelynek célja a biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása.</p>	<p><i>már eltelt. Egy biztosított csak egy lakossági folyószámla – szerződéshez kapcsolódóan csatlakozhat a biztosítási szerződéshez és tarthat igényt biztosítási szolgáltatásra függetlenül attól, hogy a Banknál több lakossági folyószámla-szerződéssel rendelkezik. A biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe szerződőként nem jogosult belépni.</i></p> <p>2.4. A biztosító szolgáltatására a biztosított jogosult (kedvezményezett).</p>
<p>2. A biztosítási szerződés alanyai</p> <p>2.1. A biztosító, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a jelen Csoportos Biztosítási Szerződésben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal: az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Székhelye: 1082 Budapest, Baross u. 1. (1380 Budapest, Pf. 1076.; telefon: (+36-1) 486-4343) Cégjegyzékszám: 01-10-041566 Cégbíróság neve: Fővárosi Törvényszék, mint Cégbíróság Ügyfélszolgálat: 1134 Budapest, Váci út 33.</p> <p>2.2. Szerződő az Erste Bank Hungary Zrt. (továbbiakban: Bank, vagy Szerződő), amely a biztosítóval a 2.3. pontban meghatározottaknak megfelelő természetes személyekre, mint biztosítottakra vonatkozóan a Csoportos Biztosítást megkötötte, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi és a biztosítási díjat a biztosítónak megfizeti. Székhelye: 1138 Budapest, Népfürdő u. 24-26. (Postacím: Budapest, 1933) Cégjegyzékszám: 01-10-041054 Adószáma: 10197879-4-44</p> <p>2.3. Biztosított lehet az a természetes személy, aki az 1.8 pontban írt előírásoknak megfelel, valamint aki a szerződőnél lakossági folyószámla-szerződéssel rendelkezik, és akinek életkora a Csoportos Biztosításhoz történő csatlakozás időpontjában legalább betöltött 18. év, legfeljebb 69 év, és aki a jelen feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésnek – ugyanazon lakossági folyószámla szerződés vonatkozásában – korábban még nem volt biztosítottja vagy biztosítottja volt, de a biztosított jogviszony megszűnésétől számított legalább 1 (egy) év</p>	<p>3. A Csoportos Biztosítási szerződés létrejötte</p> <p>3.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés a Bank és a biztosító között írásban, határozott időtartamra jött létre. Amennyiben a tartam lejártát megelőző 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja a másik felet írásban arról, hogy nem kívánja a Csoportos Biztosítás automatikus meghosszabbítását, úgy a Csoportos Biztosítás további egy évre meghosszabbodik. A biztosítási időszak egy év.</p> <p>4. A biztosított csatlakozása a Csoportos Biztosítási Szerződéshez, a biztosított jogviszony tartama</p> <p>4.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik, amelyhez a biztosítottak csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez biztosítottként csatlakozhat minden természetes személy, aki megfelel a 2.3. pontban írt követelményeknek. A biztosítottak a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződéshez az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján csatlakozhatnak:</p> <p>4.1.1. A lakossági folyószámla szerződés megkötésével egyidejűleg, vagy azt követően: a Bank által a biztosított rendelkezésére bocsátott formanyomtatvány (csatlakozási nyilatkozat) kitöltésével írásban.</p> <p>4.1.2. A lakossági folyószámla szerződés aláírását követően a Bank vagy megbízott biztosításközvetítője által kezdeményezett telefonos megkeresés során tett – rögzített – szóbeli nyilatkozattal lehetséges.</p> <p>4.2. A 4.1.2. pont szerinti csatlakozás esetén a Bank írásbeli visszaigazolást küld a biztosított részére arról, hogy a biztosító kockázatviselése a biztosítottra kiterjed (a továbbiakban: írásbeli visszaigazolás), melyhez mellékel:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Biztosítási feltételek (ERSTE Védelem Egészségbiztosítás Általános és Különös Biztosítási Feltételek) – Biztosítási Termékismertető – Összefoglaló Terméktájékoztató – Biztosító Adatkezelési tájékoztatója – Biztosításközvetítői tájékoztató.. <p>4.3. A csatlakozási nyilatkozattal:</p> <p>4.3.1. a biztosított elfogadja a csoportos biztosítási szerződés feltételeit, hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen, a csoportos biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozik,</p> <p>4.3.2. a biztosított felhatalmazást ad arra, hogy (1) a Bank áthárítsa rá a csoportos biztosítás havi díjának az érintett biztosítottra vonatkozó részét, (2) az áthárított biztosítási díjat tőle beszedje és azt</p>

<p>a biztosítónak megfizesse, egyben vállalja, hogy a rá áthárított biztosítási díjat a 8.5. szerint megfizeti a Banknak.</p> <p>4.3.3. A biztosítottra vonatkozó biztosítási tartam az adott biztosítottra vonatkozó, a kockázatviselés első napjától a kockázatviselés utolsó napjáig tartó időtartam. A biztosított jogviszony időtartama határozott.</p> <p>4.4. A biztosítónak jogában áll, hogy adott biztosított csatlakozási nyilatkozatát indoklás nélkül elutasítsa, illetve tetszőleges időponttól kezdve további biztosítottak Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozását felfüggeszse.</p> <p>4.5. Ha a biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony bármely ok miatt megszűnt, a biztosított később – ugyanazon lakossági folyószámla szerződéshez kapcsolódóan – csak abban az esetben csatlakozhat újra a Csoportos Biztosításhoz, ha a biztosított jogviszony megszűnése óta egy év már eltelt.</p> <p>4.6. <i>A biztosítónak a szerződő felet kell tájékoztatnia. A szerződő fél a Csoportos Biztosítás biztosítottakat érintő rendelkezéseiről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a biztosítottakat tájékoztatni.</i></p> <p>4.7. Távértékesítés keretében a szerződéshez csatlakoztatott biztosítottakra vonatkozó rendelkezések Telefonon tett Csatlakozási Nyilatkozatát a biztosított jogosult a csatlakozás napjától számított 30 napon belül indoklási kötelezettség nélkül, azonnali hatállyal visszavonni. A visszavonást írásban, a szerződő alábbi postacímére kell megküldeni: Erste Bank Hungary Zrt. (Telesales), Budapest 1933. A biztosított jogviszony azon a napon 24 órakor szűnik meg, amikor az írásbeli visszavonó nyilatkozat a szerződőhöz beérkezik. A határidőn túl tett azonnali hatályú visszavonást a szerződő a csatlakozási nyilatkozat (nem azonnali hatályú) visszavonásának tekinti, amely a biztosítási jogviszonyt az 5. pontban foglalt rendelkezések szerint szünteti meg. Amennyiben a biztosított a visszavonási jogát gyakorolta, a biztosító kizárólag a szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás arányos ellenértékét jogosult követelni.</p>	<p>írásbeli nyilatkozattal bármikor kezdeményezheti a rá vonatkozó biztosított jogviszony megszüntetését. Ebben az esetben az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony és így a biztosító kockázatviselése annak a hónapnak az utolsó napján 24:00 órakor szűnik meg, amelyben a visszavonó nyilatkozat a Bankhoz beérkezik.</p> <p>6. A biztosító kockázatviselése</p> <p>6.1. A biztosító adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselésének kezdete a biztosítási szerződéshez való csatlakozását követő hónap első napjának 0:00 órája.</p> <p>6.2. A biztosító egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselése összes kockázatra megszűnik abban az időpontban, amelyik az alább felsoroltak közül leghamarabb bekövetkezik:</p> <p>a) a biztosított halála esetén a halál napjával, b) amennyiben a biztosított az 5.1. pont szerint a csatlakozási nyilatkozatát visszavonta, a visszavonás bejelentésének Bankhoz való beérkezését követő, első biztosítási évfordulón (minden évben a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete napjával megegyező naptári napon), c) a 4.7. pontban meghatározott esetben, d) amennyiben a biztosított betöltötte a 70. életévét, annak betöltését követő első évfordulóval (a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete napjával megegyező naptári napon), e) a biztosított Bankkal fennálló lakossági folyószámla szerződésének megszűnése esetén, azon a napon 24 órakor, amikor a biztosított lakossági folyószámla-szerződése bármely okból megszűnik, f) 5.3. pont szerinti érdekmúlás esetén, g) abban az esetben, ha a biztosított a rá áthárított biztosítási díjat az esedékességtől (mely az adott hónap utolsó napja) számított 90 nap elteltével sem fizette meg a Banknak, a 90. napon 24 órakor, h) a csoportos biztosítási szerződés bármely okú megszűnése esetén az egyes biztosítottakra vonatkozó biztosítási időszak – a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete napjával megegyező naptári nap – utolsó napjával, i) A 9.5. pontban meghatározott esetben j) A Különös Biztosítási Feltételekben szabályozott egyéb esetekben.</p>
<p>5. A Csatlakozási nyilatkozat visszavonása</p> <p>5.1. A biztosított a Csatlakozási nyilatkozatot a rá vonatkozó biztosítási évfordulóra – minden évben a kockázatviselés kezdete napjával megegyező naptári napon –, legkésőbb az évfordulót megelőző 40. napig írásban visszavonhatja. A Csatlakozási nyilatkozat visszavonásáról szóló kérelmet a szerződő címére (Erste Bank Hungary Zrt. (Telesales), Budapest 1933) kell írásban eljuttatni. A Csatlakozási Nyilatkozat visszavonása esetén az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony és így a biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napján (azaz minden évben a kockázatviselés kezdete napjával megegyező naptári nap) megszűnik.</p> <p>5.2. A Csatlakozási nyilatkozat visszavonható a 9.5. pontban megjelölt esetben is.</p> <p>5.3. Érdekmúlásra történő hivatkozással (pl.: biztosított személy külföldre költözik) a biztosított indokolt</p>	<p>6.3. A Bank köteles tájékoztatni a biztosítottakat a csoportos biztosítási szerződés megszűnéséről.</p> <p>7. Várakozási idő</p> <p>7.1. A biztosító a szolgáltatás igénybevételére 45 nap várakozási időt köt ki a biztosítottra vonatkozó, 6.1. pont szerinti kockázatviselési kezdettől.</p> <p>8. A biztosítási díj</p> <p>8.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melynek megfizetésére a Bank köteles. A Bank az általa megfizetett havi biztosítási díjnak a biztosítottra eső részét a biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban adott felhatalmazás alapján áthárítja a biztosítottra.</p>

<p>8.2. A biztosítási díjat a Bank minden egyes biztosított után köteles megfizetni. A Bank nem köteles a biztosítottra jutó biztosítási díjat a biztosítónak megfizetni, ha a biztosított az áthárított biztosítási díjat a Banknak nem fizette meg.</p> <p>8.3. A biztosítási díjat a biztosító egy biztosítási évre határozza meg.</p> <p>8.4. A biztosítási díj havi részletekben fizethető.</p> <p>8.5. <i>Az első áthárított díjrészt a biztosított a kockázatviselés kezdetének hónapjában köteles megfizetni a hónap utolsó napján. Minden folytatlagos díj annak az időszaknak az utolsó napján esedékes, amelyre vonatkozik.</i></p> <p>8.6. A biztosítási jogviszony megszűnése esetén a biztosítási díj a biztosító kockázatviselése megszűnése napjáig fizetendő.</p> <p>9. A biztosítási díj módosulása</p> <p>9.1. A biztosító kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját a Bank és biztosító között létrejött Csoportos Biztosítási Szerződés biztosítási évfordulójára a Bankkal egyeztetve módosítsa, azaz a biztosítás díját a biztosító a Bank és biztosító között létrejött biztosítási szerződés egy-egy biztosítási évére állapítja meg. A Csoportos Biztosítási Szerződés évfordulója minden év február 1. napja.</p> <p>9.2. A biztosítás díja módosulhat: a) A kártapasztalat előre nem látható romlása miatt.</p> <p>9.3. A biztosítási díj változása a kártapasztalat előre nem látható romlása miatt.</p> <p>9.3.1. A biztosító a Csoportos szerződés biztosítási évfordulóján módosíthatja a biztosítási díjat, amennyiben a kockázatközösség védelmében ez szükséges, és a kártapasztalat előre nem látható romlása, azaz a vártnál 10%-kal magasabb kárgyakoriság ezt indokolja.</p> <p>9.3.2. A biztosító a Csoportos biztosítási szerződési évforduló előtt legkésőbb 90 nappal írásban tájékoztatja a Bankot a díjmódosulásról. Amennyiben a Bank a módosult díjről az évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a biztosító a módosult díjat tekinti érvényesnek. Amennyiben a Bank a módosult díjat a Csoportos biztosítási szerződési évforduló előtt legkésőbb 30 nappal írásban elutasítja, a Csoportos biztosítási szerződés a biztosítási évfordulón megszűnik.</p> <p>9.4. A biztosítás díjának változásáról a biztosítottakat előzetesen, írásban, a vonatkozó Hirdetményben a Bank tájékoztatja.</p> <p>9.5. Ha a biztosított a díjemelést nem fogadja el, jogosult a csatlakozási nyilatkozatát visszavonni. Amennyiben a biztosított a Hirdetmény megjelenését követő 30 napon belül nem juttatja el felmondó nyilatkozatát a Bank részére, úgy a módosított díj fizetését magára nézve elfogadottnak tekinti.</p> <p>10. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei</p> <p>10.1. Ha a Bank az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Bankot a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerző-</p>	<p>dés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.</p> <p>10.2. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a díjese- dékességet követő 30. napig áll fenn.</p> <p>10.3. Ha az esedékes díjnak csak egy része került meg- fizetésre, és a biztosító a 10.1. pontban foglaltak szerint a Bankot eredménytelenül hívta fel a díj- különbözlet megfizetésére, a szerződés a befize- tett díjjal arányos időtartamra marad fenn.</p> <p>10.4. A biztosítási díj fizetésének szüneteltetésére nincs lehetőség.</p> <p>11. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és köte- lezettségei</p> <p>11.1. A Bank és biztosított joga és kötelezettsége</p> <p>11.1.1. A Bank köteles:</p> <p>11.1.1.1. a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint</p> <p>11.1.1.2. a csoportos biztosítási szerződés díjának megfi- zetésére, melynek adott biztosítottra jutó ará- nyos részét áthárítja a biztosítottra,</p> <p>11.1.1.3. a Bank nem köteles a biztosítottra jutó biztosítá- si díjat a biztosítónak megfizetni, ha a biztosított az áthárított biztosítási díjat a Banknak nem fizette meg</p> <p>11.1.1.4. a biztosító által hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottakat tájékoztatni.</p> <p>11.1.2. A Bank a biztosítottakról adatot szolgáltat a biz- tosító részére, amennyiben a biztosítottak szemé- lye tekintetében változás állt be, a biztosító által meghatározott módon és adattartalommal.</p> <p>11.1.3. A biztosított a rá vonatkozó biztosítási évfordu- lón jogosult módosítani a választott szolgáltatási csomagon oly módon, hogy a biztosító által meg- határozott szolgáltatási csomagok közül egy másik szolgáltatási csomagot választ. A módosítá- si igényt biztosítási évforduló előtt 40 nappal írásban kell jeleznie a Bank felé. Az új szolgálta- tási csomagban lévő új biztosítási kockázatok vonatkozásában a biztosító az előzménybetegsé- geket az új csomag kezdetét megelőző időszakra vizsgálja. Azokra a szolgáltatásokra, amelyek korábban is a régebbi csomag részei voltak, az előzményvizsgálat a régi csomag kockázatviselé- sének kezdetét megelőző időszakra terjed ki.</p> <p>11.1.4. A Bank havi gyakorisággal adatot szolgáltat a biztosító részére, amelyben a biztosított álló- mány változásairól tájékoztatja a biztosítót.</p> <p>11.1.5. Amennyiben egy biztosítottra vonatkozó biztosítá- si fedezet bármely okból biztosítási éven belül megszűnik, a biztosított megszűnést követően a 4.5. pontban leírtak szerint csatlakozhat újra a Csoportos Biztosításhoz.</p> <p>11.2. A biztosító joga és kötelezettsége</p> <p>11.2.1. A biztosító kockázatalbírálási és kárrendezési szerveivel szemben a biztosítottat az orvosi titok- tartás alóli felmentés érdekében külön nyilatko- zattételre hívja fel.</p> <p>11.2.2. A biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállá- pításához a közölt adatokat ellenőrizheti, az egészségi állapot tekintetében saját orvosa által vizsgálatot kezdeményezhet. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat</p>
---	---

<p>megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII tv. (továbbiakban: biztosítási törvény vagy Bit.) foglaltak szerint titokként kezelni.</p> <p>12. Biztosítási esemény</p> <p>12.1. Biztosítási esemény a Csoportos Biztosítási Szerződésben meghatározott kockázatokra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben rögzített biztosítási esemény bekövetkezése.</p> <p>12.2. Halmazott biztosítási esemény: egy szerződésen belül, egy biztosítási eseményből eredően, több biztosított személlyel kapcsolatban következik be a Különös Biztosítási Feltételekben rögzített biztosítási események valamelyike. A halmazott biztosítási esemény bekövetkeztekor legfeljebb a halmazott biztosítási összeg kerül kifizetésre, melynek nagysága a szerződésben kerül meghatározásra, de legfeljebb 100 000 000 Ft lehet egy biztosítási szerződés vonatkozásában.</p> <p>13. A biztosító mentesülése</p> <p>13.1. A biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási esemény a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be.</p> <p>13.2. A biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással:</p> <p>a) a biztosított;</p> <p>b) a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.</p> <p>13.3. A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni. Súlyosan gondatlannak minősülhet különösen:</p> <p>a) ha a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetileg a biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltságával okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt</p> <p>b) a biztosítási esemény kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében következett be kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták</p> <p>c) amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezéséért felelős személy engedélyhez kötött tevékenységet ennek hiányában folytatott és ezzel összefüggésben okozta a kárt.</p> <p>13.4. Fenti szabályokat a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.</p> <p>14. Kizárt kockázatok</p> <p>14.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményben vagy más háborús cselekményben valamely fél mellett történő aktív részvétellel vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísér-</p>	<p>let, polgárháború, idegen ország határozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény. (A kommandó támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.</p> <p>14.2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be.</p> <p>14.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény a biztosított alkoholos állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következett be.</p> <p>14.4. Nem szolgáltat a biztosító az olyan esetekben, amikor a biztosítási esemény az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba) miatt következik be.</p> <p>14.5. A biztosító nem téríti az olyan kezeléseket, amelyek egészségügyi ellátás, orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom (iatrogén ártalom) miatt válnak szükségessé.</p> <p>14.6. Nem biztosítási esemény az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény, kivéve a Különös Biztosítási Feltételben felsorolt szakorvosi vizsgálatokat.</p> <p>14.7. Nem biztosítási esemény az ellátás iránti igény akkor sem, ha az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét vagy pecsétszámát.</p> <p>14.8. Nem biztosítási esemény az olyan ellátást, amelynek az igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül, azaz nem az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően történt.</p> <p>14.9. Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett baleset/meglévő betegség vagy állapot következtében válik szükségessé, kivéve a Járóbeteg szakellátást és a Diagnosztikai vizsgálatokat.</p> <p>14.10. Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 45 napon belül válik szükségessé, vagy amellyel kapcsolatban a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 45 napon belül orvoshoz fordult.</p> <p>14.11. Nem szolgáltat a biztosító a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó igény esetén, amennyiben a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos/nem a feltételezett diagnózisnak megfelelő szakterület szakorvosa által kiállított javaslatot/beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat.</p> <p>14.12. A biztosító nem viseli a kockázatot az alábbiakra:</p> <p>a) életveszély elhárítása céljából végzett sürgősségi okú ellátásra,</p>
--	--

- b) az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységekre, különösen a sportorvosi alkalmassági engedély, a szárazföldi, vízi-, légi jármű vezetéséhez szükséges jogosítványhoz vagy jogszabály által előírt orvosi alkalmassági engedélyhez szükséges vizsgálatokra, látteletekre,
- c) katasztrófa miatti ellátásra,
- d) járványügyi érdekből végzett ellátásokra, ideértve tesztek, diagnosztikai vizsgálatokat, panasz nélküli szűrővizsgálatokat, az illetékes hatóság által járványnak minősített betegségek ellátására,
- e) tüdőgyógyászati gondozásra,
- f) addiktológiai gondozásra,
- g) pszichológiai konzultációkra,
- h) dietetikai konzultációkra,
- i) foglalkozás-egészségügyi szakellátásra, házi-orvosi, házi gyermekorvosi alapellátásra,
- j) akupunktúrás kezelésre,
- k) alternatív gyógyászati eljárásokra, orvosi javaslatra sem,
- l) semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra,
- m) az alábbi lézeres kezelésekre, beavatkozásokra: körömgomba, látásjavító, intimplézer,
- n) geriátriai kezelésre, gondozásra,
- o) szemlencse beültetésre,
- p) dialízis kezelésre,
- q) az alsó végtagi visszérbetegség bármilyen – injekciós, lézeres, stb. – kezelésére,
- r) az alábbi kórokozók által okozott betegség diagnosztizálásának felállítását követően szükségessé váló gondozásra, kezelésre:
 - Treponema pallidum (syphilis)
 - Neisseria gonorrhoeae
 - Chlamydia trachomatis
 - Ureaplasma urealyticum
 - Mycoplasma hominis/genitalium
 - HPV vírusok
 - Herpes simplex vírus 1,2
 - Trichomonas vaginalis
 - Haemophilus ducreyi (ulcus molle, lágyfekély)
 - Calymmatobacterium granulomatis (Granuloma inguinale, donovanosis)
- s) a termékenység, fogamzóképeség kapcsán végzett vizsgálatok, beavatkozásokra,
- t) genetikai vizsgálatokra,
- u) étel-intolerancia vizsgálatokra (ideértve az IgG típusú ételintolerancia tesztek; FOOD tesztet; DAO-tesztet; a cöliákia vizsgálatot; laktóz, fruktóz, szorbit vizsgálatokat) továbbá a laktulóz vizsgálatra,
- v) pszichiátriai kezelésre, gondozásra, kivéve a diagnózis felállítását megelőző első konzultációt,
- w) gyógypedagógiai kezelésre,
- x) fizio- és mozgásterápiás kezelésre,
- y) injekció-terápiás sorozatra (ideértve az ízületekbe porc regenerációs céllal beadott injekciókat vagy injekciósorozatokat is (az első, kizárólag helyi fájdalom csillapítás céljából beadott injekciót fedezi a biztosítás, a továbbiakat nem),
- z) intenzív betegellátásra,

- aa) onkológiai kezelésre,
 - bb) állapotfenntartó infúziós és kúraszerű kezelésekre, ide értve a PRP (sajátvér) kezelést és a GUNA terápiát is,
 - cc) Hepatitis C betegek gondozására,
 - dd) aneszteziológiai ellátásra, kivéve az ambuláns vagy egynapos sebészeti ellátás vonatkozásában szükségessé váló aneszteziológiai ellátást,
 - ee) a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatos ellátásra, ideértve a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket,
 - ff) a terhességgel, szüléssel és a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve amennyiben a szülés várható ideje későbbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap. Amennyiben a szülés várható ideje későbbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap, a biztosító a Járóbeteg-szakellátás keretén belül 4 darab nőgyógyászati vizsgálatot (hagyományos UH-val – azaz nem 3D,4D,5D, genetikai UH) fedez egészséges terhesgondozás indikációval;
 - gg) fogamzásgátlással, meddőséggel, művi megtermékenyítéssel összefüggő ellátási igényekre,
 - hh) művi terhesség megszakítással kapcsolatos ellátási igényekre, kivéve, ha a terhesség az anya életét veszélyezteti vagy a magzat egészségi állapota ezt indokoltá teszi,
 - ii) esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés kapcsán felmerülő ellátási igényekre, kivéve a valamely betegség vagy baleset következtében szükségessé váló rekonstrukciós beavatkozásokat és az ezekhez kapcsolódó vizsgálatokat,
 - jj) a biztosított diagnosztizált HIV-fertőzésével vagy ezzel okozati összefüggésben felmerülő ellátási igényekre,
 - kk) külföldi szolgáltatóknál végzett ellátásokra,
 - ll) orrsövény műtétekre,
 - mm) a Magyarországon elfogadott és általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátásokra,
 - nn) széklet genomikai tesztre,
 - oo) daganatok immunterápiájának megtervezését, végrehajtását célzó ellátási igényekre.
- 14.13. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a nem Magyarországon végzett vizsgálatokra, ellátásokra, egynapos és ambuláns műtétekre.
- 14.14. A biztosító nem nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és / vagy a biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, vagy a kötelező kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül vonatkoznak a biztosítóra. Az alkalmazandó szankciók a következők: (i.) Európai Unió (EU); (ii.) az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ);

<p>(iii) Egyesült Államok (USA) és / vagy (iv) a biztosítóra alkalmazandó egyéb szankciók.</p> <p>15. Biztosítási szolgáltatás igénybevétele</p> <p>15.1. Azon biztosítási szolgáltatások vonatkozásában, amelyek az egészségügyi ellátás megszervezését és finanszírozását foglalják magukba, az alábbiak szerint kell eljárni:</p> <p>15.1.1. A biztosított telefonon, e-mailben vagy on-line bejelenti az ellátásszervezőnek az ellátásra vonatkozó igényét.</p> <p>15.1.2. Az ellátásszervező az ellátási igények telefonos fogadására munkanapokon 8-20 óra között áll rendelkezésre.</p> <p>15.1.3. A telefonbeszélgetések, e-mailek, online megkeresések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.</p> <p>15.1.4. A szolgáltatási igény elbírálásához az ellátásszervező kérhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> – orvosi javaslatot – a panasszal, előzménybetegséggel összefüggő korábbi orvosi dokumentumokat. <p>15.1.5. Amennyiben az ellátásszervező jogosnak ítéli a biztosított ellátási igényét, a bejelentést és a bejelentéshez szükséges összes orvosi javaslat, korábbi orvosi dokumentum ellátásszervezőhöz való beérkezését követő 5 munkanapon – Egnapos sebészeti ellátás szervezése esetén 30 napon belül – megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és a szakorvos között. Az ellátás helyszínéről és időpontjáról telefonon vagy emailben tájékoztatja a biztosítottat. Az ellátásszervező rendelkezésére álló határidő az időpontok lefoglalására és a biztosított erre vonatkozó tájékoztatására vonatkozik, nem az ellátás lebonyolítására.</p> <p>15.1.6. Amennyiben a szakorvos további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban és helyszínen veheti igénybe a biztosított, amennyiben az ellátást az ellátásszervező is indokoltnak ítéli és a biztosított még nem használta el az adott ellátás típusra vonatkozó éves szolgáltatási limitjét.</p> <p>15.1.7. Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit a rendelkezésre álló éves limit erejéig megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak. A biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, a biztosított ellátására vonatkozó Egészségügyi dokumentáció, melyet a szolgáltató küld meg az ellátásszervező részére.</p> <p>15.1.8. Amennyiben a biztosított adott ellátásra vonatkozó éves limitjéből rendelkezésre álló összeg nem fedezi az igényelt ellátás költségét, vagy az adott biztosítási évben a biztosított az ellátásra vonatkozó limit 90%-át már felhasználta, a biztosító csak oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.</p> <p>15.1.9. Amennyiben a biztosított sürgős, de nem azonnali életmentő, a biztosító által fedezett ellátásra szorul, és a megszervezésére rendelkezésre álló idő nem elég az ellátásszervezésre, úgy a szolgáltatást utólagosan téríti meg a biztosító a biztosítottnak a 15.1.10. pontban leírtak szerint.</p>	<p>15.1.10. Amennyiben a biztosított olyan szolgáltatónál kívánja az ellátást igénybe venni, amely nem szerződött az ellátásszervezővel vagy az igényelt szolgáltatás nem érhető el a biztosító szerződött partnereinél, a biztosító csak utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a szolgáltatás díját a biztosítottnak, feltéve, hogy az ellátásra az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően került sor, és kizárólag olyan mértékig, amennyibe az adott ellátás az ellátásszervező által ajánlott szerződött szolgáltatónál került volna. Ennek az összegnek a mértékéről a szolgáltatás igénylésekor az ellátásszervező tájékoztatja a biztosítottat.</p> <p>Az ellátásszervező által nyújtott tájékoztatás előzetes tájékoztatás, nem minősül a biztosító általi kötelezettségvállalásnak. A biztosító fenntartja a jogot, hogy az ellátást követően beküldött egészségügyi dokumentáció birtokában elutasítsa az igényt, ha az nem felel meg az Általános vagy Különös Biztosítási Feltételekben leírtaknak.</p> <p>15.1.11. A biztosító utólagos, számla ellenében történő teljesítéséhez az alábbi dokumentumok benyújtása szükséges:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) az ellátást végző egészségügyi szolgáltató által a biztosított nevére kiállított eredeti számla, egészségpénztár nevére kiállított számlát nem áll módunkban téríteni, b) az ellátásról szóló dokumentumok másolata, c) minden olyan irat, lelet, orvosi dokumentum, amely a jogosultság megítéléséhez szükséges és amely megfelel a jelen Biztosítási Feltételek 1.13. pontjában leírtaknak, c) biztosított lakossági folyószámla száma, ahova a térítést kéri. <p>15.1.12. A dokumentumokat a biztosító ellátásszervező partnere címére kell megküldeni az ellátást követő legfeljebb egy éven belül. Az utólagos térítésre az 15.1.10. pontban leírtak figyelembevételével legkésőbb a 15.1.11. pontban meghatározott dokumentumok hiánytalan beérkezését követő 15 napon belül kerül sor.</p> <p>15.1.13. A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani, legkésőbb két munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően, az ellátásszervezőnél.</p> <p>15.1.14. Amennyiben a biztosított két munkanapon belül mondja le vagy módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban illetve nem az ellátásszervezőnél mondja le vagy módosítja az időpontot, a biztosító a biztosított rendelkezésére álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitét csökkenti a tervezett ellátás költségével, kivéve, ha bizonyítja, hogy rajta kívül álló okból kifolyólag nem volt lehetősége az ellátást lemondani.</p> <p>15.2. A biztosító szolgáltatása kiterjed az olyan ellátások finanszírozására, amelyekre vonatkozó igény bejelentése a tartam vége előtt megtörtént, bár az ellátás igénybevétele már a tartam vége után került sor.</p> <p>15.3. Egyéb biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a szolgáltatás igénybevételenek folyamatát a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.</p>
--	--

<p>16. Fedezetfeltöltés <i>Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.</i></p> <p>17. Az Erste Védelem Egészségbiztosítás nem reaktíválható, nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, kölcsönrel nem terhelhető.</p> <p>18. A biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges.</p> <p>19. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól, ill. a Ptk. rendelkezéseitől <i>Az Erste Védelem Egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel. (16. pont)</i> – <i>A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított két év elteltével évül el. (22. pont)</i> – <i>a biztosított a csatlakozási nyilatkozatát a rá vonatkozó biztosítási évfordulót megelőző 40 nappal vonhatja vissza (5.1. pont)</i> – <i>a biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony megszűnik, ha a biztosított a rá áthárított biztosítási díjat az esedékességtől számított 90 nap elteltével sem fizette meg a Banknak (6.2.g. pont),</i> – <i>a Bank az általa megfizetett havi biztosítási díjnak a biztosítottra eső részét a biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban adott felhatalmazás alapján áthárítja a biztosítottra (8.1. pont)</i> – <i>adott biztosított vonatkozásában a biztosítási díj annak a hónapnak az utolsó napján esedékes, amelyre vonatkozik (8.5. pont)</i> – <i>a biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges (3.2. pont)</i> – <i>a várakozási idő 45 nap (7.1. pont)</i> – <i>a biztosító nem nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és / vagy a biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, vagy a kötelező kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül vonatkoznak a Biztosítóra (14.14. pont).</i> <p>20. A személyes adatok kezelésére és a titokvédelemre vonatkozó tudnivalók <i>A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat az Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a www.union.hu/adatvedelem weboldalon is elérhető. A biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosultak megismerni mindazon személyek vagy szervezetek, akikkel</i></p>	<p>szemben a biztosítónak a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége a Bit. rendelkezései szerint nem áll fenn. Ezen szervezetek listáját az Adatkezelési tájékoztató 1. sz. Függeléke tartalmazza. A biztosító az adatkezelések során adatfeldolgozókat, illetve kiszervezett tevékenységet végző szolgáltatókat vesz igénybe erre irányuló szolgáltatási szerződések keretében. Az adatfeldolgozók és a viszontbiztosítók listája, valamint a legfrissebb Adatkezelési tájékoztató az union.hu/adatvedelem weboldalon érhető el. Az Adatkezelési tájékoztató tartalma és az adatfeldolgozó partnerek, viszontbiztosítók listája a jogszabályi változások és a biztosító által kötött vagy a jövőben kötendő partneri szerződésektől függően változhat.</p> <p>21. Jognyilatkozatok</p> <p>21.1. A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a Banknak illetve a szolgáltatási igény bejelentése esetén a biztosítottnak az általuk megadott, és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.</p> <p>21.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat postai vagy elektronikus úton, írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett.</p> <p>22. Elévülés <i>Szolgáltatási igény a biztosítási esemény bekövetkeztétől, egyéb igények esetén annak esedékességétől számított két év elteltével elévül.</i></p> <p>23. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik. Az ügyfél a biztosítóval az alábbi csatornákon keresztül jogosult kommunikálni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – telefonon – faxon – személyesen (Ügyfélszolgálat) – írásban (postai vagy elektronikus úton). <p>24. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok Jelen biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosítotti jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar.</p> <p>25. Vitás kérdések rendezése</p> <p>25.1. A szerződőnek és a biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a szerződés keretében vagy a szerződéssel kapcsolatban merül fel. Minden, a szerződés megkötése után felmerülő és a felektől független olyan körülményről, amely a szerződés teljesítését akadályozza, a felek kölcsönösen kötelesek egymást tájékoztatni.</p> <p>25.2. A panasz bejelentésének módjai A biztosított esetleges szóbeli (személyesen, telefonon) vagy írásbeli (személyesen vagy más</p>
--	--

által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszt a biztosító részére az alábbi módokon és elérhetőségeken jelentheti be:

1. Szóbeli panasz bejelentése:

a) személyesen:

A panaszok szóbeli, személyesen történő bejelentésére:

- a biztosító Központi Ügyfélszolgálati Irodáján, annak nyitvatartási idejében. A Központi Ügyfélszolgálati Iroda címe: 1134 Budapest Váci út 33. (Dózsa György út – Váci út sarok), – vagy a fővároson kívül a területi értékesítési irodáink irodavezetőinél. A területi értékesítési irodák elérhetősége megtalálható a www.union.hu honlapon.

b) telefonon:

a biztosító telefonos ügyfélszolgálatán keresztül is hívásfogadási időben a (+36-1) 486-4343-as telefonszámon.

2. Írásbeli panasz:

a) személyesen vagy meghatalmazott által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján;

b) postai úton (1380 Budapest, Pf. 1076);

c) telefaxon ((+36-1) 486-4390);

d) elektronikus levélben az ugyfelszolgalat@union.hu e-mail címen.

A Magyar Nemzeti Bank által panaszbejelentésre használt formanyomtatvány elérhető a biztosító honlapján, valamint a Magyar Nemzeti Bank honlapján az alábbi linken:

<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz>

25.3. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi az ügyfélnek.

25.4. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a szerződőhöz érkezik be, a szerződő a biztosítottakat a biztosítóhoz irányítja.

25.5. A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 55.; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)

25.6. Amennyiben a fogyasztó biztosítóhoz benyújtott panasz

- elutasításra került, vagy
- nem a biztosítási törvényben előírtak szerint került kivizsgálásra, vagy
- annak kapcsán a biztosító válaszából a biztosítási törvényben előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez, vagy
- kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelenül telt el, úgy

a) a Pénzügyi Békéltető Testülethez (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén) fordulhat.

A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában az ügy érdemében

– kötelezést tartalmazó határozatot hoz, ha a kérelem megalapozott, és a biztosító a

Pénzügyi Békéltető Testület döntését magára nézve kötelezőként elismerte, vagy – ajánlást tesz, ha a kérelem megalapozott, azonban a biztosító úgy nyilatkozott, hogy a döntést kötelezőként nem ismeri el, illetve a döntés elismeréséről egyáltalán nem nyilatkozott.

A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában akkor is kötelezést tartalmazó határozatot hozhat, ha a biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de a kérelem megalapozott és a fogyasztó érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg az egymillió forintot.

A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetősége: ügyfélszolgálat:

1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési címe:

1525 Budapest BKKP Pf.: 172.,

telefon: +36-80-203-776,

e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);

b) a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központhoz (fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén, levelezési címe: 1534 Budapest, Pf.:777, telefon: +36-80-203-776,

e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu),

c) a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

25.7. A biztosítási jogviszonyból eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panasz-ügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.

26. Egyebek

26.1. *Szolgáltatásfinanszírozó kockázatok esetén a tényleges egészségügyi ellátást az 1.17. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni.*

26.2. *A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja.*

26.3. A biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján (www.union.hu) teszi közzé.

26.4. Az MNB fogyasztóvédelmi honlapja, a Pénzügyi Navigátor elérhető az alábbi linken: www.mnb.hu/fogyasztovedelem.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

¹Jelen Biztosítási Feltételek hatályba lépésekor a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről és a 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet az egy napos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről.

Jelen Különös Biztosítási Feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Erste Védelem Egészségbiztosítás Csoportos Szolgáltatásfinanszírozó Egészségbiztosítási Szerződésre, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító Erste Védelem Egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az irányadók (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltételek).

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyféltájékoztató elemei **vastag betűvel**, míg a Ptk-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződéses gyakorlati eltérő feltételek *dőlt betűvel* szedettek.

1. A biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása

1.1. Járóbeteg-szakellátás

1.1.1. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül vagy azt megelőzően bekövetkezett balesete vagy betegsége (ideértve a krónikus betegségeket is) miatt szükséges, új egészségi panasz indikálta, és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg-szakellátás, távkonzultáció vagy házivizit keretén belül valósul meg, valamint az ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása.

1.1.2. Az orvosi távkonzultáció semmilyen módon nem helyettesíti az orvosi fizikális vizsgálatot, diagnózis felállítását nem teszi lehetővé. Terápiás javaslat, módosítás orvosi távkonzultáció formájában csak korábban már diagnosztizált esetekben adható, amennyiben az orvosszakmailag indokolt. Az orvosi távkonzultáció alkalmazhatóságát egy adott panasz esetén az ellátásszervező jogosult megítélni és orvosszakmai indokkal elutasítani. Az orvosi távkonzultáció az alábbi esetekben alkalmazható:

- i) aktuális panaszok, tünetek értékelése, azok súlyosságának, sürgősségének és az orvoshoz fordulás indokoltságának megítélése, javaslat a további teendőkről,
- ii) orvos tanácsadás új panaszok esetén – orvosi javaslat a további teendőkre, ajánlás vény nélkül is kapható készítmények használatára vonatkozóan,
- iii) meglévő betegséggel, aktuális állapottal, annak változásával kapcsolatos orvosi tanácsadás, tájékoztatás,
- iv) korábbi orvosi eredmények, javaslatok, leletek értelmezése, értékelése, orvosi tanácsadás, további vizsgálati javaslatok megfogalmazása,
- v) orvosi kontroll konzultáció, amennyiben a biztosított tünetmentes, az alkalmazott terápia hatására meggyógyult és a konzultáció csak az állapot megerősítését célozza,
- vi) recept-felírás – amennyiben a biztosított rendszeresen szed állapot-fenntartó gyógyszereket az ismert, diagnosztizált megbetegedésére és ezt orvosi javaslattal igazolja.

1.1.3. Házivizit szolgáltatást kizárólag sürgős (de nem életveszélyes) esetben, Budapesten és 20 km-es körzetében nyújt a biztosító. A házivizit igénybevétele minden esetben – tehát akkor is, ha egyébként a biztosítás nem önrésszel jött létre – önrész megfizetéséhez kötött. Az önrész összege – eltérően a többi Járóbeteg-szakellátás 5 000 Ft-os önrésztől – a házivizit költségének 30%-a, de minimum 10 000 Ft. Az önrész összegét a biztosított az ellátást követően a házivizit során eljáró szolgáltatónak fizeti. A szolgáltatás igénybevételeivel kapcsolatban a biztosítottat egyéb fizetési kötelezettség nem terheli.

1.1.4. Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata. Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a kezelésnek a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.

1.1.5. Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett járóbeteg-szakellátás, kivéve a műtéteket megelőző kötelező aneszteziológiai vizsgálatot.

1.1.6. Nem minősül biztosítási eseménynek a biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt fennálló terhessége. A kockázatviselés kezdete előtti terhességnek minősül, ha a szülés várható időpontja korábbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap.

1.1.7. Amennyiben a szülés várható ideje későbbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap, úgy a biztosító 4 terhesgondozási nőgyógyászati vizsgálatot térít ultrahanggal, ide nem értve a 3D, 4D, 5D, magzati szív-UH vizsgálatokat, a laboratóriumi és egyéb, terhességi diagnosztikai vizsgálatokat (pl. NST/CTG).

1.1.8. Orvosi javaslat nélkül igényelhető Járóbeteg szakellátások: belgyógyászat, nőgyógyászat, urológia, fül-orr-gégészet, szemészet, ortopédia, bőrgyógyászat, általános sebészet, traumatológia. A többi szakellátás igénybeviteléhez 1 hónapon belüli orvosi javaslat szükséges; javaslatot az ellátásszervező orvosa is adhat a biztosított panaszai, korábbi orvosi dokumentumai alapján.

1.1.9. Járóbeteg-szakellátáson belüli térítési korlátok (szublimit)

- bőrgyógyászati szakellátás: 100 000 Ft/év. Bőrgyógyászati szakellátásnak minősül minden bőrgyógyászati indikációjú vizsgálat, ambuláns műtét akkor is, ha azt sebész végzi;
- terhesgondozás céljából végzett nőgyógyászati vizsgálat ultrahanggal: 4 alkalom/terhesség.

1.1.10. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett járóbeteg szakellátás napja.

1.1.11. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészség-

<p>ügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.</p> <p>1.2. Diagnosztikai vizsgálatok</p> <p>1.2.1. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, illetőleg a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is) vagy bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő új panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb, nem a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokhoz sorolt diagnosztikai vizsgálata.</p> <p>1.2.2. Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata. Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.</p> <p>1.2.3. Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett diagnosztikai vizsgálat iránti igény, kivéve a műtéteket megelőző kötelező diagnosztikai vizsgálatokat.</p> <p>1.2.4. Nem téríti a biztosító a sima, a 3D, 4D, 5D, magzati szív- UH vizsgálatokat, a laboratóriumi és egyéb, terhességi diagnosztikai vizsgálatokat (pl. NST/CTG), amennyiben a szülés várható időpontja korábbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap.</p> <p>1.2.5. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett diagnosztikai vizsgálat napja.</p> <p>1.2.6. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.</p> <p>1.3. Nagyértékű diagnosztika</p> <p>1.3.1. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvosilag indokolt, nem szűrővizsgálati célból szakorvos által elrendelt, az alábbiakban felsorolt diagnosztikai vizsgálata:</p> <ol style="list-style-type: none"> PET-CT (pozitron-emissziós tomográfias diagnosztika) Cardio-CT (tomográfias diagnosztika) MR (mágneses rezonancia diagnosztika) CT (computer tomográf – számítógépes rétegvétel diagnosztika) Endoszkópos vizsgálatok. <p>1.3.2. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett nagyértékű diagnosztikai vizsgálat napja.</p> <p>1.3.3. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.</p> <p>1.4. Egynapos sebészeti ellátás</p> <p>1.4.1. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkezett balesete vagy a kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez</p>	<p>képest előzmény nélkül bekövetkezett betegsége következtében szükségessé váló, orvosilag indokolt egynapos sebészeti ellátása, amennyiben azt az ellátásszervezőnél előzetesen bejelenti. Az ellátás indokoltságát a biztosító orvos-szakértője jogosult felülbírálni.</p> <p>1.4.2. A biztosítási fedezet nem terjed ki arra az esetre, ha az egynapos sebészeti ellátás alatt vagy utána olyan, a műtéttel összefüggő szövődmény következik be, amely a biztosítottnak a tervezettnél hosszabb ideig tartó, akár más intézményben történő kórházi ellátását vagy a tervezettől eltérő orvosi ellátását igényli.</p> <p>1.4.3. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett egynapos sebészeti ellátás napja.</p> <p>1.4.4. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét – ideértve az egynapos műtétet megelőző kötelező vizsgálatokat, a szövettani vizsgálatot, kontrollt és a hotelszolgáltatást is – a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.</p> <p>1.5. Orvosi call center szolgáltatás</p> <p>1.5.1. A biztosító a jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján a biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által minden nap, a nap 24 órájában elérhető egészségügyi információs szolgáltatást nyújt.</p> <p>1.5.2. A szolgáltatás célja, hogy a biztosított egészségmegőréssel kapcsolatos kérdéseire a témában jártas szakembertől, orvosi kérdés esetében orvostól kapjon választ. Az egészségügyi információs központ az alábbi kérdések kapcsán ad tájékoztatást:</p> <ol style="list-style-type: none"> egészségmegőréssel, életmóddal kapcsolatos kérdések, tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően, tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről, tájékoztatás ügyeletes gyógyszerárakról, tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről. <p>1.5.3. A szolgáltatást a biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, korlátlanul veheti igénybe.</p> <p>1.5.4. <i>Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a biztosított vizsgálatát.</i></p> <p>1.5.5. <i>A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget.</i></p> <p>1.5.6. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbetegszakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.</p> <p>1.5.7. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.</p> <p>1.6. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az igényelt ellátást a biztosító ellátásszervező partnere a jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse, és rendelkezzen a</p>
--	--

biztosított az ellátásra vonatkozó orvosi javaslat-
tal, kivéve ez alól a jelen Különös Biztosítási
Feltételek 1.1.8. pontjában meghatározott szol-
gáltatásokat.

1.7. Az egészségügyi ellátást az Általános Biztosítási
Feltételek 1.17. pontjában meghatározott egészség-
ügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységé-
re és felelősségére az egészségügyi törvény rendel-
kezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi
tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért
a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni.
A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyúj-
tott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás
színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibák-
kal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szer-
vezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen
szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de tény-
legesen a szolgáltatást nem ő nyújtja.

2. Várakozási idő

A biztosító a kockázatviselés kezdetétől 45 nap
várakozási időt köt ki a szolgáltatás igénybevételére.

3. Önrész

3.1. A biztosítási jogviszony létrehozható önrész vállá-
lásával is egyes szolgáltatási csomagok esetén.

3.2. Az önrész a Járóbeteg-szakellátás költségénél
kerül érvényesítésre.

3.3. Az önrész mértéke a szakorvosi vizsgálat típusától
függetlenül egységesen 5 000 Ft, kivéve ez alól a
Házivizit szolgáltatás, amelyre a jelen Különös
Biztosítási Feltételek 1.1.3. pontjában leírtak
vonatkoznak.

Amennyiben a biztosított egyazon napon egymást
követően több szakorvosi vizsgálaton is részt vesz,
minden egyes vizsgálat után köteles megfizetni az
önrészt, amennyiben önrész fizetési kötelezettséget
tartalmazó szolgáltatási csomaggal rendelkezik.

3.4. Az önrész térítésére a biztosított köteles. Az önrész
megfizetése az ellátásszervezőnél történik, a
szolgáltatás megrendelésekor. Az önrész megfi-
zetése az időpontfoglalás feltétele.

3.5. A biztosító háromévente jogosult az önrész
mértékét felülvizsgálni és módosítani a Bank és
biztosító között létrejött csoportos biztosítási
szerződés biztosítási évfordulójára.

A biztosító a biztosítási évforduló előtt
legkésőbb 90 nappal írásban tájékoztatja a
Bankot az önrész módosul-
lásáról. Amennyiben a
Bank a módosult önrésztől az évforduló előtt
legkésőbb 30 nappal nem nyi-
latkozik, a biztosító a módosult önrészt tekinti
érvényesnek. Amennyiben a Bank a módosult
önrészt a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30
nappal írásban elutasítja, a biztosítási szerződés a
biztosítási évfordulón megszűnik. Az önrész mér-
tékének változásáról a biztosítottakat, a csoportos
biztosítási szerződés évfordulója előtt legkésőbb

60 nappal írásban, a vonatkozó Hirdetményben a
Bank tájékoztatja.

Amennyiben a biztosított az önrész módosult mér-
tékéről a csoportos biztosítási szerződés évfordu-
lója előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a
csoportos biztosítási szerződés évfordulóján az
önrész módosult mértéke lép hatályba. Amennyi-
ben a biztosított az önrész módosult mértékét a
csoportos biztosítási szerződés évfordulója előtt
legkésőbb 30 nappal, Bankhoz intézett írásbeli
nyilatkozattal elutasítja, a biztosítási jogviszony a
rá vonatkozó biztosítási évfordulón megszűnik.

4. A szolgáltatás igénybevételének folyamata

4.1. Járóbeteg szakellátás, diagnosztikai vizsgálatok,
nagyértékű diagnosztika, egynapos sebészeti ellá-
tás esetében az Általános Biztosítási Feltételek
15. pontja az irányadó.

5. Az ellátásszervező felelőssége

5.1. Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlege-
lési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont
ellátási igény jogalapjának elbírálásában.

5.2. Az ellátásszervező mérlegelési jogával élve megta-
gadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban
az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szük-
séges, így nem indokolt.

5.3. Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a
vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket ismét-
elten, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest
orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak
ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak
azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségsé-
gét a javaslatot tevő orvos igazolni nem tudja.
Úgyszintén megtagadhatja az ellátásszervező az
ellátás megszervezését olyan esetben is, amikor
ugyan nem szükséges orvosi javaslat a szakellátás
igénybevételéhez, de azt az ellátásszervező or-
vosi nem tartja indokoltnak.

5.4. Nem terjed ki az ellátásszervező és a biztosító fele-
lőssége a szolgáltatók által végzett orvosszakmai
munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés
során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

1. számú melléklet

Biztosítási csomagok, biztosítási évre szóló szolgáltatási limi-
tek és a csomagok hatályos havi díjai

	Erste Diagnosztika	Erste Diagnosztika Plusz	Erste Komfort	Erste Prémium
Orvosi call center	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Járóbeteg szakellátás		2 db belgyógyászati vizsgálat	100 000 Ft	200 000 Ft
Diagnosztika	50 000 Ft	50 000 Ft	50 000 Ft	100 000 Ft
Nagyértékű diagnosztika	250 000 Ft	250 000 Ft	250 000 Ft	250 000 Ft
Egynapos sebészet				300 000 Ft
Díjönrész nélkül (Ft/hó)	2 400 Ft	3 900 Ft	7 900 Ft	12 900 Ft
Díj önrésszel (Ft/hó)			6 400 Ft	9 900 Ft

Hatályos: 2022. január 31-től