Groupama

Biztosító

Az OTP Csoport partnere

GROUPAMA MEDICARE CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓJA

1. A feltételek tartalma

Jelen szerződési feltételek azokat a kikötéseket tartalmazzák, amelyeket a Groupama Biztosító Zrt. (továbbiakban biztosító) Groupama Medicare Csoportos Egészségbiztosítás elnevezésű egészségbiztosítási szerződésre alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést ezen feltételekre hivatkozással kötötték. A keretszerződés (továbbiakban: biztosítási szerződés vagy szerződés, vagy biztosítás), a szerződéshez kapcsolódó nyilatkozatok, a szerződési feltételek a felek közötti megállapodás valamennyi feltételét tartalmazzák, így a korábbi megállapodások, nyilatkozatok hatályukat vesztik, és nem képezik jelen szerződés részét.

2. Fogalmak

2.1. *Akut egészségügyi ellátási eset:* Azok az egészségügyi akut állapotok – akár krónikus betegséggel kapcsolatban is –, amikor olyan tünetek azonosíthatók, amelyek alapján az orvosszakmai szabályok szerint 48 órán belül orvosi ellátásra van szükség.

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

2.3. *Asszisztenciavonal:* Az év minden napján 0.00-24.00-ig elérhető telefonos szolgáltatás, amely egyrészt az év minden napján 24 órában egészségüggyel kapcsolatos információkat nyújt a biztosítottak számára, másrészt munkanapokon reggel 8 és este 8 óra között szükség esetén megszervezi a biztosítottak egészségügyi szolgáltatásait.

2.4. *Baleset:* A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított egy éven belül meghal vagy 2 éven belül végleges munkaképtelenséget, maradandó egészségkárosodást (rokkantságot) és/vagy azonnali múlékony sérülést szenved. Jelen feltételekben balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

- vízbefúlás;
- égési sérülések, leforrázás, villámcsapás, elektromos áram hatásai;
- károsító gázok, gőzök belélegzése, mérgező vagy maró anyagok szervezetbe való kerülése.

A betegségek bekövetkezte nem minősül balesetnek, a fertőző betegségek bekövetkezte nem tekinthető baleseti következménynek.
Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet nem baleset.

2.5. *Betegség:* Az orvostudomány aktuális, általánosan elfogadott álláspontja szerint a biztosított egészségében bekövetkező rendellenes testi vagy szellemi állapot, mely nem minősül baleseti eredetűnek és objektív tüneteket mutat.

2.6. *Betegszállítás:* Arra jogosult orvos rendelése alapján a biztosított – jogszabályban meghatározott feltételeknek megfelelő – szállítása abból a célból, hogy biztosítsák számára a szükséges egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést abban a – mentőápolói felügyeletet nem igénylő – esetben, amikor az egészségügyi ellátás elérhetősége a biztosított egészségi állapota miatt másként nem biztosítható.

2.7. *Biztosítási évforduló:* Az egy évnél hosszabb tartamban fennálló biztosítási szerződés biztosítási évfordulója a tartamon belül minden évben a biztosítási tartam kezdetének napja.

2.8. *Card Network szolgáltatások:* az Online Egészségportál keretében elérhető, következő szolgáltatások köre: Card Network szolgáltatás keretében igénybe vehető influenza elleni védőoltásra, továbbá szűrővizsgálatra szóló telefonos vagy online időpontfoglalás közvetlenül az egészségügyi ellátónál; valamint a „Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésre".

2.9. *Csomagtípus:* A Groupama Medicare Csoportos Egészségbiztosítás jelen feltételek szerint meghatározott csomagtípusokban köthető meg. A csomagtípusok biztosítottanként választhatók. Az egyes csomagtípusok a szolgáltatások körében, valamint a szolgáltatási limitek tekintetében térnek el egymástól. A szerződő által a biztosítottak részére választott csomagtípusokat a szerződő felek a biztosítási keretszerződésben rögzítik. A választott csomagtípusokról a szerződő tájékoztatja a biztosítottakat.

2.10. *Diagnosztikai vizsgálat:* A biztosított panasza okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló – kizárólag orvos által elrendelt – orvosi vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása. A diagnosztikai vizsgálat járóbeteg-szakellátás keretében vehető igénybe. A járóbeteg-szakellátás keretében igénybe vehető diagnosztikai vizsgálatok körébe jelen feltételek szerint nem tartozik bele a CT, MR, PET CT és a cardio CT.

2.11. *Egészségügyi dokumentum:* Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (továbbiakban: jogszabály) alapján és az egészségügyi, orvosszakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától.
A feltételek alkalmazásában, jogszabályokban meghatározott egészségügyi dokumentumok különösen a jogszabályban is szabályozott alábbi iratok:

- ambuláns lap;
- kórházi zárójelentés;
- műtéti leírás;
- vizsgálati lap;
- ápolási, illetve ellátási dokumentáció;
- vizsgálati lelet;
- orvosi szakvélemény;
- laborlap, laborlelet;
- diagnosztikai vagy szövettani vizsgálatok során készült felvételek;
- vény (másolat);
- szövettani és patológiai leletek;
- képalkotó diagnosztikai ellátások leletei;
- beutaló (másolat).

Groupama Biztosító Zrt. – 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C
Nyomtatványszám: 13742/3 – Hatályos 2020. szeptember 1-jétől visszavonásig.

2.12. *Egészségügyi ellátásszervező partner:* A biztosító egészségügyi ellátásszervező partnere a Teladoc Hungary Kft. (székhely: 1092 Budapest, Köztelek utca 6.; cégjegyzékszám: 01-09-864388; adószám: 13613781-2-42), amelynek részére a biztosítottak személyes adatai az ellátás szervezése céljából átadásra kerülnek.

2.13. *Egynapos sebészeti ellátás:* Jogszabályban meghatározott olyan tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre engedélyezetten működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt, és elvégezhető az ellátást igénybe vevő biztosított választása, valamint vizsgálati eredménye alapján, és amely elvégzését követően a biztosított az intézménybe történő felvételét követő 24 órán belül, megfigyelés után, orvos szakvéleménye alapján a saját lábán, kísérővel elhagyhatja az ellátó intézményt. A jelen feltételek szerint az egynapos sebészeti ellátás keretében igénybe vehető ellátások körét a jelen feltételek 3. számú melléklete tartalmazza. A jelen feltételek hatályba lépésekor az egynapos sebészeti ellátás meghatározását Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendelet tartalmazza.

2.14. *Ellátásszervezés:* A biztosított egészségügyi ellátásának menedzselése, az egészségügyi ellátások és az ellátások útjának figyelése, ellenőrzése, kapcsolattartás a biztosított ellátását végző egészségügyi szolgáltatókkal, biztosított által az egészségügyi ellátásszervezőnél vagy rajta keresztül, az ellátásszervező szervezésében és tudtával, illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások adminisztrálása.

2.15. *Ellátásszervező:* Az ellátásszervezést végző fél, ellátásszervező partnerünk jelen feltételek 2.12. pontjában került meghatározásra.

2.16. *Előzménybetegség:* a biztosítotti csoportba történő bekerülés (azaz az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete) előtt – a jelen feltételek 17.3. pontjában meghatározott időintervallumon belül – már kórismézett (diagnosztizált) vagy fennálló tünet, vagy még nem kórismézett (nem diagnosztizált) bármely tünet, sérülés, betegség, elváltozás vagy maradandó károsodás, továbbá olyan betegség, állapot vagy elváltozás, mely annak természetéből adódóan általános orvosszakmai irányelvek alapján a kockázatviselés kezdetét megelőzően alakult ki, és amelyekkel okozati összefüggésben a kockázatviselés ideje alatt a biztosított igényelt vagy igénybe vett egészségügyi szolgáltatást.

2.17. *Fekvőbeteg-ellátás (kórházi ellátás):* Fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált egészségügyi ellátás igénybevétele céljából az ellátást végző fekvőbeteg-gyógyintézetbe (kórházba) több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy a fekvőbeteg-gyógyintézetbe való felvétele, illetve elbocsátási napja között minden éjszakát az intézményben tölt egészségügyi ellátásával összefüggésben. A fekvőbeteg-gyógyintézetbe való felvétel több napra szól, ha a fekvőbeteg-gyógyintézetbe való elbocsátás későbbi napon történik, mint a fekvőbeteg-gyógyintézetbe való felvétel.

2.18. *Fekvőbeteg-gyógyintézet (kórház):* Fekvőbeteg-gyógyintézetnek (kórháznak) minősül a jelen feltételek szempontjából a magyar Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó és folyamatos orvosi jelenlétet biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőségekkel rendelkezik, és kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik, és kórtörténetet vezet. Jelen szerződési feltételek értelmében nem minősülnek fekvőbeteg-gyógyintézetnek (kórháznak) a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, szociális otthonok, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriátriai intézetek, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve a fekvőbeteg-gyógyintézetek (kórházak) jelen pontban meghatározott jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.

2.19. *Fekvőbeteg-ellátás (kórházi ellátás) VIP szinten:* A biztosító által támasztott minőségi követelményeknek megfelelő aktív vagy mátrix jellegű kórházi osztályon, egy- vagy kétágyas szobában történő, kiemelt színvonalú fekvőbeteg-ellátás.

2.20. *Fogyasztó:* A szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

2.21. *Háziorvos:* A hozzá bejelentkezett páciensek egészségügyi ellátását jogszabályok alapján koordináló, illetve számukra egészségügyi alapellátást nyújtó orvos.

2.22. *Hozzátartozó:* A házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, valamint a testvér házastársa.

2.23. *Járóbeteg-szakellátás:* Szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalomszerű szakorvosi egészségügyi ellátás, illetve szakorvosi konzílium, ha az nem minősül sem fekvőbeteg-ellátásnak, sem egynapos sebészetnek, sem pedig fekvőbeteg-szakellátást igénylő, krónikus betegség esetében alkalmazott folyamatos, szakorvos által teljesített, egészségügyi ellátásnak, szolgáltatásnak.

2.24. *Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésre:* a választott csomagtípusokhoz kapcsolható kiegészítő, online felületen és telefonon igénybe vehető biztosítási szolgáltatás, melynek segítségével a biztosított önállóan kezdeményezheti az egészségügyi ellátás igénybevételét a 2.31. pontban meghatározott alapszolgáltatásokon túl a járóbeteg-szakellátás keretében is. A Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésre szolgáltatás segítségével járóbeteg-szakellátás igénybevételét a biztosított önállóan, saját maga, az ellátásszervező bevonása nélkül szervezheti meg.

2.25. *Közeli hozzátartozó:* a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér.

2.26. *Közös háztartás:* az azonos lakcímre bejelentett és életvitelszerűen gazdasági közösségben együtt élő természetes személy fogyasztók közössége.

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

2.28. *Laborvizsgálat:* Emberi szövetrészletek (pl. vér) és biológiai produktumok (vizelet, széklet, sebváladék stb.) laboratóriumi körülmények közötti fizikai, kémiai és biológiai módszerekkel való vizsgálata a minták kvalitatív, kvantitatív összetételének, biológiai aktivitásának és fertőzöttségének megállapítása céljából.

2.29. *Műtét:* Műtétnek minősül azon fekvőbeteg-gyógyintézetben végzett sebészeti jellegű beavatkozás, melyet az orvosszakmai szabályok betartása mellett, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy végez, és mely a biztosító által nem kerül a jelen feltételekben kizárásra.

2.30. *Nagyértékű diagnosztika:* A biztosított panasza okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló – kizárólag szakorvos által elrendelt – **CT, MR, PET CT és a cardio CT** vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása.

2.31. *Online Egészségportál:* Olyan online felület, amely igénybe vehető a biztosítási szolgáltatások, az online alapszolgáltatások és a Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésére. Az On-

line Egészségportálon igénybe vehető alapszolgáltatások: szív- és érrendszeri online állapotfelmérés, szív- és érrendszeri online kalkulátor, BMI kalkulátor, online és telefonos táplálkozási tanácsadás, edzői, illetve mozgásszervi tanácsadás online és telefonon, a térképes kereső, valamint a Card Network szolgáltatás keretében igénybe vehető influenza elleni védoltásra, továbbá szűrővizsgálatra szóló telefonos vagy online időpontfoglalás közvetlenül az egészségügyi ellátónál. Az Online Egészségportál szolgáltatásai közül az alapszolgáltatásokhoz kiegészítőként kapcsolódhat a közvetlenül az egészségügyi ellátónál történő telefonos vagy online időpontfoglalás, azaz a Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésre.

2.32. *Rehabilitáció:* Azon egészségügyi eljárások, ellátások összessége, amelyek célja a kialakult funkcióvesztés (mozgáskorlátozottság, beszédzavar, csökkent szívteljesítmény stb.) megszüntetése, az egészséges állapot helyreállítása vagy pótlása, illetve kompenzáló új képességek kifejlesztése. Az orvosi rehabilitáció szerves része különösen a keringésjavítást és/vagy fájdalomcsillapítást célzó infúziós kezelések, fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatásterápia, a gyógyászati segédeszköz-ellátás és ezek használatának betanítása is, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézeti, gyógyfürdői, gyógyüdülői, geriátriai, szociális otthoni, alkohol- és kábítószer-elvonói, valamint egyéb szanatóriumi rehabilitációs intézeti ellátások.

2.33. *Szakorvos:* Érvényes szakvizsgával és működési engedéllyel rendelkező orvos, ide nem értve a háziorvostan, üzemorvostan, katasztrófa-orvostan szakvizsgával rendelkező orvosokat.

2.34. *Szolgáltatási fedezetek:* a szerződő által a biztosított javára meghatározott szolgáltatási elemeknek összessége, amelyek igénybevételére a biztosított a szerződőnek a biztosítóval megkötött biztosítási szerződése és a jelen szerződési feltételek szabályozásai alapján jogosult. Az egyes fedezetek összefoglaló táblázatát az 1. melléklet tartalmazza.

2.35. *Szolgáltatásfinanszírozás:* Egészségügyi szolgáltatás költségének – biztosítási szolgáltatásként részben vagy egészben való – megtérítése biztosítási szerződés keretében az abban foglalt és meghatározott feltételek szerint.

2.36. *Szolgáltatási limit:* Egy biztosítási időszakon belül a biztosító által meghatározott szolgáltatási felső határ, amelyet ha a biztosított adott időszakon belül nem használ fel, az a következő biztosítási időszakra nem vihető át, nem kumulálható.

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

2.38. *Terhesgondozás:* Olyan egészségügyi beavatkozások, vizsgálatok, szolgáltatások összessége, amelyek járóbeteg-szakellátásnak minősülnek és közvetlenül kapcsolódnak a várandósság egészségügyi ellátásához.

2.39. *Ügyeleti ellátás:* A napi munkarenden kívül bekövetkező azonnali ellátási esetekben történő, jogszabály szerinti egészségügyi ellátás, amely bizonyos egészségügyi ellátások folyamatos igénybevételének lehetőségét biztosítja, és amelynek célja az egészségügyi szolgáltatók napi munkarend szerinti munkaidő befejezésének időpontjától a következő napi munkarend szerinti munkaidő kezdetéig az ellátást igénylő személy vizsgálata, egészségi állapotának észlelése, alkalomszerű és azonnali ellátást igénylő beavatkozások elvégzése, illetőleg fekvőbetegellátó intézetbe történő azonnali ellátási eset miatti beutalása, valamint a külön jogszabályokban meghatározott eljárásokban való részvétel.

2.40. *Várakozási idő:* A biztosítási szerződésben megadott, a biztosítottra vonatkozó jogviszony létrejötte napjától, mint kockázatviselési kezdettől, számított időszak, amely alatt a biztosító biztosítottra vonatkozó kockázatviselése korlátozott.

2.41. *Vizsgálat:* A biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és okának megállapítására irányuló tevékenység.

3. A szerződés alanyai

3.1. Biztosító

A Groupama Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen szerződési feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

3.2. Szerződő

A szerződő az, aki a biztosítóval a biztosítási szerződést a biztosítottak javára megköti, köteles a jognyilatkozatok megtételére, valamint a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal, és akihez a biztosító nyilatkozatait intézi. A szerződő köteles a biztosítottakat értesíteni a biztosítás megkötéséről, a biztosítási feltételekről, valamint a szolgáltatásokról.

3.3. Biztosított

A szerződő által meghatározott csoporthoz tartozó természetes személy, akinek egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön. Biztosított lehet a szerződés létrejöttekor legalább 18 éves, de legfeljebb 64 éves belépési korú természetes személy. A biztosítottak körét a szerződő felek a biztosítási keretszerződésben határozzák meg.
A biztosítási fedezet létrejöttéhez a biztosított írásbeli hozzájárulása (Biztosítotti nyilatkozat) szükséges.
A biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét (továbbiakban: belépés) a jelen szerződési feltételek 6. pontjában meghatározottak szabályozzák.
A biztosított belépési korát a biztosító a szerződéskötéskor úgy állapítja meg, hogy a biztosítotti csoportba történő belépés évszámából levonja a biztosított születési évének évszámát.
A biztosításba új biztosítottat a keretszerződés tartama alatt bármikor be lehet jelenteni. A biztosítotti csoport létszámának tartam közbeni változását a szerződő a keretszerződésben meghatározott módon és határidőn belül köteles a biztosítónak bejelenteni. A szerződéskötést követően belépő új biztosítottak esetében a biztosító az új biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítottak csoportjába való belépés évének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.
A biztosított nem jogosult a szerződő helyébe lépni.

3.4. Kedvezményezett

A kedvezményezett az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult. A jelen feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés esetében kedvezményezettnek a biztosított minősül. A biztosító a szolgáltatások igénybevételekor keletkezett számlák ellenértékét, mint „kárkifizetéseket", a Teladoc Hungary Kft-nek teljesíti.

4. A biztosítási szerződés létrejötte

Jelen biztosítás a szerződő és a biztosító kölcsönös írásbeli megállapodásával, a keretszerződés aláírásával az abban foglaltak szerint jön létre. **A biztosító kötvényt nem állít ki.**

5. Kockázatelbírálás

A biztosító jelen szerződéssel összefüggésben kockázatelbírálást nem alkalmaz.

6. A biztosító kockázatviselésének kezdete

6.1. A biztosító kockázatviselése a felek által a keretszerződésben meghatározott időpontban kezdődik. A biztosító kockázatviselése az alábbi időpontban kezdődik meg:

– a tárgyhónapot követő hónap első napján, amennyiben a keretszerződés létrejött, és a biztosítottak a biztosítotti nyilatkozatokat tárgyhónap 15. napjáig aláírják, és a jelen feltételek 14.1.4. pontjában meghatározottak szerint a szerződő a biztosító részére a nyilatkozatokat átadja;
– a tárgyhónapot követő második hónap első napján, amennyiben a keretszerződés létrejött, és a biztosítottak a biztosítotti nyilatkozatokat tárgyhónap 15. napját követően írják alá, és a jelen feltételek 14.1.4. pontjában meghatározottak szerint a szerződő a biztosító részére a nyilatkozatokat átadja.

6.2. A kockázatviselés kezdő időpontja nem lehet korábbi, mint a keretszerződés létrejöttét követő hónap 1. napja 0 óra, figyelembe véve a jelen szerződési feltételek 6.1. pontjában leírtakat.

6.3. Amennyiben a keretszerződés a kockázatviselés kezdetéről nem rendelkezik, az adott biztosítottra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése a tételes adatszolgáltatás alapján az alábbi időpontban kezdődik meg:

– a tárgyhónapot követő hónap első napján, amennyiben a biztosított a biztosítotti nyilatkozatot tárgyhónap 15. napjáig aláírja, és a jelen feltételek 14.1.4. pontjában meghatározottak szerint a szerződő a biztosító részére a nyilatkozatot átadja;
– a tárgyhónapot követő második hónap első napján, amennyiben a biztosított a biztosítotti nyilatkozatot tárgyhónap 15. napját követően írja alá, és a jelen feltételek 14.1.4. pontjában meghatározottak szerint a szerződő a biztosító részére a nyilatkozatot átadja.

7. Várakozási idő

A biztosító jelen szerződéssel összefüggésben legfeljebb 6 hónap várakozási időt köthet ki, melyről a biztosítási keretszerződésben, továbbá a jelen szerződési feltételek 1. számú mellékletében meghatározott Szolgáltatási fedezetek összefoglaló táblázatában és a 2. számú mellékletben foglalt „A biztosító szolgáltatásai" részben rendelkezik. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, úgy a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

8. A biztosított kikerülése a biztosítotti csoportból

Az alábbi események bekövetkezésekor a biztosító az adott biztosított vonatkozásában nem teljesít további szolgáltatást, és az adott biztosított kikerül (továbbiakban: kilépés) a biztosítotti csoportból:

a. a biztosított írásbeli nyilatkozatban foglalt kérése alapján, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0 órájakor;
b. amennyiben a biztosítotti csoporthoz való tartozása megszűnik, és a szerződő az adott biztosított jogviszonyának megszűnését a biztosítónál írásban kezdeményezi a jelen szerződési feltételek 14.1.4. pontjában meghatározott időpontig (tárgyhónap 20. napjáig), ebben az esetben a jogviszony megszűnésére irányuló kérelem biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0 órájakor; amennyiben a kérelem a biztosítóhoz jelen szerződési feltételek 14.1.4. pontjában meghatározott időpont után (tárgyhónap 20. napját követően) érkezik meg, úgy a jogviszony megszűnésére irányuló kérelem biztosítóhoz történő beérkezését követő 2. hónap első napjának 0 órájakor szűnik meg a biztosítotti jogviszony;
c. a biztosított halála (ezen belül baleseti halála) esetén, a biztosított halálának időpontjával;
d. a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évforduló napján 0 órakor;
e. a biztosított 100%-os baleseti eredetű rokkantsága, egészségkárosodása esetén, az egészségkárosodás megállapításának időpontjában;
f. amennyiben a keretszerződés megszűnik, a keretszerződés megszűnésének időpontjában.

9. A biztosítási időszak

9.1. A biztosítási időszak az az időtartam, amelyre a biztosító a biztosítási díjat kalkulálja, és amely időszakra a szerződő a biztosítási díj megfizetésére köteles.

9.2. A biztosítási évforduló napja minden évben a biztosítási tartam kezdetének a napja.

9.3. A biztosítási időszak egy év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számított egy évig tart (a továbbiakban: biztosítási év).

10. A biztosítás tartama

A biztosítási szerződés határozott, egy éves tartamra jöhet létre. Jelen feltételek alapján létrejött, egy éves tartamú biztosítási szerződés további egy évvel, változatlan feltételekkel meghosszabbodik akkor, ha egyik szerződő fél sem tesz ezzel ellentétes tartalmú nyilatkozatot. A szerződés megszüntetésére vonatkozó nyilatkozatot a nyilatkozatot tevő fél köteles a biztosítási szerződés tartamának lejárta előtt 45 nappal megtenni a másik fél részére.
A biztosítás tartamának kezdete a kockázatviselési időszak kezdetével megegyezik. A tartam kezdetét a felek a biztosítási keretszerződésben rögzítik.

11. A biztosítás területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kizárólag Magyarország területére, a biztosítottnak Magyarországon – a kockázatviselési időszakban – bekövetkezett balesetéből vagy valószínűsíthető betegségéből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

12. A biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatásai

12.1. Biztosítási eseménynek minősül a jelen feltételek értelmében a biztosítottnak a kockázatviselési időszak alatt bekövetkezett balesete, vagy – eltérő rendelkezés hiányában – a kockázatviselési időszak kezdetéhez képest előzmény nélküli, olyan valószínűsíthető betegsége, kóros állapota, várandóssága, amelyet az ellátásszervező partner részére bejelent, és amely miatt a biztosítottnak a biztosító ellátásszervezőjén keresztül, az ellátásszervező szervezésében, tudtával, illetve előzetes jóváhagyásával egészségügyi szolgáltatás igénybevételére van szüksége (kárbiztosításnak minősülő biztosítási események).

12.2. Nem minősül biztosítási eseménynek a biztosítottnak a jelen feltételek 2.16. pontjában meghatározottak szerinti előzménybetegsége, amennyiben a biztosító a keretszerződésben és a jelen szerződési feltételek 1. számú és 2. számú mellékletében ettől eltérően nem rendelkezik.

12.3. A biztosító és a szerződő megállapodhatnak abban, hogy a biztosító nem alkalmaz előzményvizsgálatot, és nem vizsgálja adott biztosítottra vonatkozóan a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennálló betegségeket. A biztosító és a szerződő vonatkozó megállapodását ez esetben a keretszerződésben rögzítik.

12.4. A biztosítási esemény időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél bejelenti. A biztosított által önállóan kezdeményezett online vagy telefonos időpontfoglalás (továbbiakban: Card Network szolgáltatások) esetében a biztosítási esemény időpontja a Card Network szolgáltatások keretében az egészségügyi szolgáltatónál történő időpontfoglalás ideje.
A biztosító által nyújtott szolgáltatásokat a jelen feltételek részét képező 1. számú melléklet és 2. számú melléklet tartalmazza.

12.5. Biztosítási esemény bejelentése

12.5.1. A 12.1. pontban meghatározott biztosítási események esetében az

ellátásszervezővel – online Card Network szolgáltatások keretében az egészségügyi szolgáltatónál történő online időpontfoglalás, azaz az egészségügyi szolgáltatóval – való kapcsolatfelvétel a biztosítási esemény bejelentésének minősül. Az ellátásszervező a szolgáltatási igény bizonyításához és elbírálásához a 12.6.5. pontban meghatározott iratok bemutatását kérheti.

12.5.2. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény ellátásszervezőnél történt telefonos bejelentésének napja, illetve Card Network szolgáltatások keretében az egészségügyi szolgáltatónál online vagy telefonon lefoglalt időpont.

12.5.3. A biztosítási esemény telefonon történő bejelentésének, valamint Card Network szolgáltatások keretében az online vagy telefonon történő időpontfoglalás feltétele, hogy a biztosított megadta a biztosítotti nyilatkozatban, az abban meghatározott adatait.

12.5.4. Amennyiben a biztosított az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő továbbítását megtagadja az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor, úgy az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét saját maga köteles kifizetni.

12.5.5. Amennyiben az egészségügyi szolgáltatást nem az egészségügyi ellátásszervező partner szervezte meg, de azt a jelen feltételek szerint vették igénybe, annak költségét, illetve annak meghatározott részét a biztosító az ellátás igénybevételét igazoló számla ellenében utólag a biztosított részére megtéríti. Az így utólag térített szolgáltatás felső határa az az összeg, amennyibe a szolgáltatás igénybevétele akkor került volna, ha azt az egészségügyi ellátásszervező partner szervezi meg. Amennyiben a biztosított által benyújtott számla összege alacsonyabb ennél az összegnél, úgy a biztosító a biztosított által benyújtott számlán meghatározott összegig téríti meg az igénybe vett egyészségügyi szolgáltatást. Az utólagos szolgáltatási igény benyújtására kizárólag az Egészségportálon keresztül van lehetőség. Az utólagos szolgáltatási igény benyújtása során az Egészségportál felületére az előzetesen már igénybe vett egészségügyi szolgáltatásról kiállított számla, valamint a szolgáltatás igénybevétele során keletkezett egészségügyi dokumentáció feltöltendő.

12.6. A biztosító szolgáltatásai

12.6.1. A biztosítás szolgáltatási elemeit csomagonként a jelen feltételek részét képező 1. számú melléklet tartalmazza. Az egyes szolgáltatási csomagokhoz – az 1. számú mellékletben foglaltak szerint – kapcsolható a „Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésre". Az egyes biztosítási csomagokba tartozó biztosítási szolgáltatások, valamint a „Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésre" keretében elérhető szolgáltatás meghatározását a jelen feltételek részét képező 2. számú melléklet tartalmazza.

A szerződő által választott csomagokat, illetve szolgáltatásokat a szerződő és a biztosító a keretszerződésben rögzítik.

12.6.2. Az egyes szolgáltatási elemek részletes bemutatását a jelen feltételek részét képező 2. számú melléklet tartalmazza. A biztosító egyes szolgáltatási elemekhez tartozó térítési kötelezettségének felső határát a jelen feltételek részét képező 1. számú melléklet tartalmazza. A biztosító kizárólag az 1. számú mellékletben meghatározott szolgáltatásokra és az ott meghatározott összeghatárig nyújt szolgáltatást.

12.6.3. Amennyiben a biztosító kockázatviselése a biztosítottra vonatkozóan a 8. b. és f. pontokban meghatározottak szerint megszűnt, de a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosított már bejelentette – akár telefonon, akár online – a biztosító részére, és telefonos igénybejelentés esetén a biztosító ellátásszervező partnere meg is kezdte az ellátás megszervezését még a kockázatviselési időszakon belül, úgy a biztosító csak a járóbeteg-szakellátás keretében és legfeljebb egy szakorvosi vizsgálat megszervezésére és térítésére vállal kötelezettséget. Utólagos térítési igény esetén a biztosító kizárólag akkor, és csak a járóbeteg-szakellátás keretében, legfeljebb egy szakorvosi vizsgálat díjának térítésére vállal kötelezettséget, ha a biztosított igazolni tudja, hogy a kockázatviselés megszűnését megelőzően leszervezésre került az igénybe vett ellátás, melyről a számlát részére kiállították.

12.6.4. Az ellátásszervező által megszervezett szolgáltatások igénybevétele során az egészségügyi szolgáltató azonosítja a biztosítottat. A biztosított köteles viselni a szolgáltatás költségét az egészségügyi szolgáltató felé, ha a biztosított személye nem azonosítható a helyszínen.

12.6.5. A ellátásszervező a szolgáltatási igény bizonyításához és elbírálásához az alábbi iratok bemutatását kérheti:

– orvosi beutaló vagy javaslat;

– szakorvosi beutaló vagy javaslat;

– az orvosi ellátás szükségességét igazoló dokumentáció;

– a biztosított nevére kiállított számla.

12.6.6. A ellátásszervező a biztosítási esemény kapcsán benyújtott dokumentumokat ellenőrzi, és ezek alapján jogosult a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét, valamint a gyógytartamot felülvizsgálni. Az ellátásszervező ezen dokumentumok alapján megtagadhatja a szolgáltatások megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem indokolt vagy szükséges.

12.6.7. Az ellátásszervező elsősorban a vele szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg az egészségügyi szolgáltatást. Amennyiben a szükséges ellátás a szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatónál nem szervezhető meg, úgy az ellátásszervező más, vele nem szerződéses kapcsolatban álló szolgáltatónál is megszervezheti az ellátást. Ebben az esetben a biztosított téríti meg az ellátást a szolgáltató által kiállított számla alapján. Az ellátásszervező a szolgáltató számlája alapján a szerződési feltételekben leírt és indokolt költségeket téríti meg a biztosított részére.

12.6.8. Az ellátásszervező az egészségügyi szolgáltatás megszervezését megelőzően szükség esetén tájékoztatja a biztosítottat arról, amennyiben az igényelt egészségügyi szolgáltatás költsége vagy a szolgáltatások igénybevételének száma meghaladná a jelen feltételekben meghatározott mértéket.

12.6.9. A biztosított a jelen szerződési feltételek szerint létrejött biztosítási fedezet alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.

12.6.10. A biztosított által igénybe vett szolgáltatás besorolását az egyes szakágakba a biztosító ellátásszervező partnere elsődlegesen az alapján dönti el, hogy az adott ellátást milyen orvos végzi el. (Például a sebész által végzett beavatkozások sebészet körébe sorolandók.)

13. A biztosítási díj

13.1. A biztosító a biztosítási díjat a biztosítottak létszámának, a biztosítás tartamának, a szolgáltatások jellegének és összegének, a kockázatok terjedelmének figyelembevételével a keretszerződésben határozza meg a díjfizetés gyakoriságának és módjának meghatározásával együtt.

13.2. A biztosítások előre kalkulált éves díját a felek a csoport létszámának évközbeni változása, illetve a csoport egyes tagjainak tevékenységében bekövetkező lényeges változása esetén a keretszerződésben rögzített módon, utólagos díjelszámolás során korrigálják.

13.3. Amennyiben a biztosítási tartam meghosszabbodik, és a biztosítotti csoportra vonatkozó kockázati viszonyok alakulása szükségessé teszi, úgy **a biztosító** a korábban megfizetett biztosítási díjhoz képest **új díjat állapíthat meg.** Ebben az esetben a biztosító a díjmódosításról a biztosítási szerződés évfordulóját megelőzően legkésőbb a 60. napig írásban köteles értesíteni a szerződőt. Amennyiben a szerződő a biztosító írásbeli értesítőjében foglalt, új biztosítási díjat nem fogadja el, **úgy a biztosítási szerződést a biztosítási évfordulóra felmondhatja a jelen fel-**

tételek 10. pontjában meghatározott 45 napos határidő figyelembevételével.

13.4. A biztosító a szerződés megkötésekor jogosult minimális biztosítási díjat meghatározni, melyet a keretszerződésben rögzít.

13.5. Szerződő tudomásul veszi, hogy amennyiben a biztosítottakra vonatkozó létszámváltozást (különös tekintettel a kilépő biztosítottak vonatkozásában) nem jelenti le a biztosító felé a keretszerződésben és a jelen szerződési feltételek 14.1.4. pontban meghatározott határidőn belül, úgy a biztosítónak jogában áll az adott biztosítottra vonatkozó következő havi biztosítási díjat követelni a szerződőtől, amely időszakra a biztosító kockázatviselése adott biztosított vonatkozásában változatlanul fennáll.

13.6. Szerződő tudomásul veszi, hogy a biztosító kizárólag díjrendezett szerződés esetében nyújtja a biztosítási szolgáltatásokat. Amennyiben a szerződő nem vagy csak részben fizeti meg a biztosítási díjat, úgy a biztosítónak jogában áll a szolgáltatását felfüggeszteni mindaddig, amíg a teljes biztosítási díj kiegyenlítésre nem kerül.

14. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

14.1. A szerződő és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

14.1.1. A szerződő és biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor, továbbá azt követően a szerződés tartama alatt köteles – a biztosítási kockázat vállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítóval, valamit az ellátásszervezővel írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett, valamint amire vonatkozóan a biztosító vagy az ellátásszervező kérdést tett fel. A jelen szerződési feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésben foglalt egészségbiztosítási kockázat elvállalása tekintetében lényeges kérdésnek minősülnek azon kérdések, melyekre az ellátásszervező, illetve a biztosító szükség esetén egészségi nyilatkozatban rákérdez, vagy amelyekre vonatkozóan további tájékoztatást kér a szerződőtől és a biztosítottól, akár telefonon is.
A biztosítottnak a jelen szerződési feltételek alapján létrejött egészségbiztosítási fedezet létrejöttéhez adott hozzájárulása azon kötelezettség vállalását is jelenti, hogy a közölt adatok ellenőrzését a biztosító, illetve az ellátásszervező részére lehetővé teszi.
14.1.2. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a szerződő és biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
14.1.3. A szerződő és a biztosított köteles a biztosítás tartama alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a biztosítónak a szerződés keretében, illetve nyilatkozataiban közölt lényeges körülmények megváltozását.
14.1.4. Ellenkező megállapodás hiányában, a szerződő köteles a biztosítót a biztosítottak személyében beállt változásról legkorábban 30 nappal a változás beállása előtt, de legkésőbb a következők szerint írásban értesíteni: tárgyhónap 20-ig szükséges a biztosító részére megadni a tárgyhónapot megelőző hónap 16. napja és tárgyhónap 15. napja között a biztosítottak körében bekövetkezett változások adatait (beleértve a biztosítotti listát és az aláírt, eredeti biztosítotti nyilatkozatokat is). A biztosítottak személyében, illetőleg adataiban bekövetkezett változást a biztosító a hozzá beérkezett változásbejelentés beérkezését követően, adott hónap 28-áig vezeti át.
14.1.5. A biztosított az egészségi állapotában történt változást nem köteles a biztosítónak bejelenteni.
14.1.6. A közlésre vagy a változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

a. bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
b. a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

14.1.7. Amennyiben a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyes biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi biztosított esetén nem hivatkozhat.
14.1.8. A közlésre és változásbejelentésre 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.
14.1.9. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenné válik.
14.1.10. Amennyiben a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.
A jelen bekezdés rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló ötéves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

14.2. A biztosító jogai lényeges körülményekről való tudomásszerzés esetén vagy lényeges körülmények változásának közlése esetén

14.2.1. Amennyiben a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.
14.2.2. Amennyiben a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.
14.2.3. Amennyiben a szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a 14.2.1. és 14.2.2. pontokban meghatározott jogait a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.
14.2.4. Jelen szerződési feltételek szempontjából nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

14.3. A biztosított – amennyiben indokolt – a szolgáltatóval előre egyeztetett vizsgálati/műtéti időpontot módosítani vagy lemondani a tervezett időpontot megelőző munkanap végén 16:00 óráig jogosult. **Amennyiben a biztosított a szolgáltatóval előre egyeztetett vizsgálati/műtéti időpontot megelőző munkanap végén 16:00 órát követően jelzi módosítási igényét vagy azt lemondja, továbbá ha elmulasztja az előre egyeztetett vizsgálat/műtét időpontját lemondani, és nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a biztosított a vizsgálatot/ellátást igénybe vette volna, és a biztosító az adott szolgáltatási elemre meghatározott szolgáltatási keretösszegből (limitből) jogosult levonni a megszervezett ellátás értékét. Ebben az esetben 3 hónapig nem vehető igénybe a kért szolgáltatás. A lemondott egészségügyi ellátás időpontját az ellátásszervező egy alkalommal módosítja.**

14.4. Az egynapos sebészet esetében a biztosítottnak a műtétet megelőző munkanap végén 16:00 óráig van lehetősége az előre egyeztetett időpontot módosítani vagy lemondani. Az ellátó partner és a biztosított között a műtét elvégzése tárgyában létrejött megállapodásban az ellátó kötbérfizetési kötelezettséget köthet ki arra az esetre, ha a biztosított ezen módosítási/lemondási kötelezettségének nem tesz időben eleget.

15. Szolgáltatási limitek és fedezetfeltöltés

15.1. A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződés keretében igénybe vehető szolgáltatásokra biztosítási időszakonkénti szolgáltatási limiteket határoz meg a jelen feltételek részét képező 1. számú mellékletben meghatározottak szerint. A biztosító kizárólag a jelen feltételek részét képező 1. számú mellékletben meghatározott egyes szolgáltatási elemekhez tartozó keretösszegig nyújt szolgáltatást.
Nem minősül biztosítási eseménynek az egy biztosítási időszakra vonatkozó szolgáltatási limiten túl igénybe vett szolgáltatás.

15.2. A biztosítási szerződésre a fedezetfeltöltés szabályai nem vonatkoznak, így abban az esetben, ha az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási szolgáltatási limiteket adott biztosított kimeríti, az adott biztosítási időszakban további szolgáltatásra nem jogosult.

15.3. Amennyiben a jelen feltételek részét képező 1. számú mellékletben meghatározott szolgáltatási limitek módosulnak, akkor erről a biztosító a módosítás hatálybalépését (ami a biztosítási évforduló) megelőző 60. napig írásban köteles a szerződőt értesíteni.

16. A biztosító mentesülésének esetei

16.1. A kárbiztosításnak minősülő biztosítási esemény esetén a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól:
- **ha bizonyítja, hogy a biztosítási esemény alapjául szolgáló eseményt jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartással a biztosított vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója okozta;**
- **ha a szerződő fél vagy a biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségét megszegi, kivéve azt, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.**

16.2. Jelen feltételek értelmében súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény a 16.1. pontban meghatározott személyek
- **szándékosan elkövetett bűncselekményével;**
- **súlyosan ittas állapotával (minimum 2,51 ezrelék véralkoholszint);**
- **bódító, kábító vagy egyéb hasonló hatást kifejtő szerek fogyasztása miatti állapotával, illetve toxikus anyagok fogyasztása miatti függőségével;**
- **érvényes jogosítvány nélküli, illetve alkoholos állapotban történő gépjárművezetéssel**

közvetlen összefüggésben következett be.

16.3. Amennyiben az egészségbiztosítást kárbiztosításként kötötték, nem tekinthető a biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járult hozzá.

17. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események

17.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
a. **a biztosított súlyosan ittas állapota (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint);**
b. **ionizáló sugárzás;**
c. **nukleáris energia;**
d. **HIV fertőzés vagy szexuális úton átvihető egyéb betegségek (STD) gondozása;**
e. **háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határvillongások, felkelés.**

17.2. Jelen feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást, vagy valamely kormány befolyásolására, vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

17.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel okozati összefüggésben álló eseményekre:
a. **a biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a biztosító kockázatviselése kezdetét megelőző öt évben bizonyíthatóan fennállt, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző öt éven belül kórismeztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt;**
b. **a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.**

17.4. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki:
- **a biztosított öngyilkossági kísérletével okozati összefüggésben álló eseményekre, még akkor sem, ha a biztosított az öngyilkossági kísérletet zavart tudatállapotban követte el;**
- **jogszabályban meghatározott, a katasztrófa és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ideértve a kötelező, illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, a bármely védőoltás beadásával kapcsolatos kiadásokat;**
- **alkohol, drog vagy kábítószer, illetve egyéb szenvedélybetegség miatti elvonókúrák, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, valamint minden olyan biztosítási esemény, melynek oka orvosilag bizonyítható módon a túlzott alkohol- vagy kábítószerfogyasztás.**

17.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
- **terhességgel, szüléssel, gyermekággyal összefüggő egészségügyi szolgáltatások, kivéve, ha a biztosított fedezetei között terhesgondozási szolgáltatás szerepel;**
- **meddőség kezelésével, kivizsgálásával kapcsolatos műtétek, beavatkozások (ideértve például a petevezeték átjárhatósági vizsgálat minden formáját), kivéve meddőséggel kapcsolatos nem invazív vizsgálatok;**
- **meddővé tétel igény szerinti végrehajtása;**
- **a művi terhességmegszakítás (nem egészségügyi okok miatt);**
- **a fogamzásgátlás.**

17.6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:
- **sürgősségi ellátás vagy vizsgálat, életveszély elhárítása;**
- **szakértői tevékenység, szakvélemény orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, látlelet céljából történő vizsgálat vagy ellátás;**
- **öröklött és veleszületett rendellenességekkel kapcsolatos szolgátatások;**
- **ápolás és hospice ellátás, életfenntartó beavatkozások, a geriátriai ellátás, minden hosszú távú ellátás kivétel nélkül, gyógyfürdő, szanatórium, krónikus fekvőbeteg-ellátó intézmény, idősek otthonában igénybe vett szolgáltatás;**
- **jogszabályban meghatározott krónikus betegségek kezelése, gondozása, rehabilitációja (ideértve a daganatos be-**

tegek rendszeres onkológiai kezelését, a migrén kezelését, epilepszia kezelését, illetve a gerinc egyes degeneratív megbetegedéseinek kezelését (pl. polidiszkopátia), azok közvetlen vagy közvetett következményeit, kivéve az akut szakasz ellátását, első diagnózis felállítását;

- **gyógytorna, fizikoterápia és egyéb hasonló típusú ellátások, úgy mint például manuálterápia, tapeing, masszázs, fürdőkúra, kivéve a jelen feltételek 1. és 2. számú mellékletében foglaltak szerint;**
- **pszichoterápiás és pszichiátriai szakellátás;**
- **állapotfenntartó injekció, infúziós kezelések (pl. akut tünetek nélküli keringésjavító kezelések, vitaminkúrák) és egyéb kúraszerű kezelések;**
- **szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások, beleértve azok előkészítéséhez, illetve utógondozásához kapcsolódó ellátásokat is;**
- **művesekezelés;**
- **gastroenterologia ellátás keretén belül a colonoscopia esetén az altatás költségei, kivéve a Prémium csomag esetében, továbbá a virtuális endoscopia és kapszula endoscopia költsége, valamint az IgG ételintolerancia teszt;**
- **légúti allergiával kapcsolatos labor és diagnoszikai vizsgálatok szakorvosi javaslatra sem, kivéve az Optimum és Prémium csomag esetében;**
- **a fogászati ellátások és kezelések;**
- **szájsebészeti beavatkozások;**
- **látásjavító szemészeti műtét;**
- **orrsövényferdülés kezelései;**
- **alsó végtagi visszeresség injekciós, lézeres, radiofrekvenciás vagy egyéb műtéti kezelése;**
- **a kockázatviselés kezdetetét megelőzően megkezdett gyógykezelés;**
- **a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely fizikai vagy mentális betegség vagy állapot, mellyel összefüggésben a biztosított kezelésben részesült vagy a kezelését javasolták;**
- **pajzsmirigy alulműködés és inzulinrezisztencia esetén a diagnózis felállítását követő ellátások, kivéve az Optimum és Prémium csomagnál;**
- **bennalvásos alvásvizsgálat (somnographia, polysomnographia);**
- **a védőoltások, valamint a védőoltások szövődményeinek kezelése, kivéve a jelen feltételek 1. és 2. számú mellékletében meghatározottakat;**
- **gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz, utóbbi esetében kivéve a jelen feltételek 1. és 2. számú mellékletében meghatározottakat;**
- **emberen végzett orvostudományi kutatások;**
- **esztétikai céllal végzett kezelések, sebészeti beavatkozások és szövődményeik kezelése, plasztikai sebészet;**
- **halottakkal kapcsolatos egészségügyi szolgáltatások;**
- **anyajeggyel kapcsolatos kezelések, beavatkozások, kivéve, ha azok orvosilag indokoltak (a jelen feltételek szerint orvosilag javasolt az anyajegy kimetszése, amennyiben a felületén elváltozás mutatkozik, növekedett, sérült vagy irritációnak, illetve sérülésnek van kitéve, továbbá ha panaszos: például váladékozik; a biztosító térítési kötelezettsége nem terjed ki azon anyajegy kimetszés költségeire, amikor elváltozás nem történt az anyajegyen, nem okoz panaszt vagy a rendszeres szűrővizsgálat során nem merül fel semmilyen eltérés);**
- **jogszabályban meghatározott nem konvencionális eljárások közül a wellness szolgáltatások, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, fürdőkúra, fogyókúra, természetes gyógytényezők (pl. ásványvizes terápia, gyógyvizek, iszap, felszín alatti klíma, mindazon tényezők összessége, amelyek bizonyítottan kedvező hatással vannak a szervezetre), fürdő- és klímagyógyintézetek, gyógyhelyek által teljesített szolgáltatások;**
- **az alábbi – vizsgálatok vagy klinikum (tünetek) alapján – igazolt fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények: TBC, tetanusz, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek mint malária, sárgaláz, kolera, Dengueláz, SARS, bármely egyéb járványos megbetegedések (beleértve a pandémiás betegségeket);**
- **járványügyi érdekből végzett ellátások (figyelembe véve az aktuális járványügyi protokollokat);**
- **látásjavító eszközök, hallókészülék és kellékeik;**
- **jogszabályban meghatározott megelőzés és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, állapotfelmérések, kivéve a szolgáltatási csomag részét képező szűrővizsgálatokat;**
- **orvosi végzettséggel és/vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy és/vagy intézmény által folytatott szolgáltatás;**
- **az egészségügyi ellátás, az orvosi ellátás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt létrejött egészségkárosodás;**
- **rehabilitációs kezelések;**
- **Magyarországon elfogadott és a magyarországi egészségügyi szolgáltatóknál általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátások, egyszer használatos eszközök és a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek és biológiai terápiás gyógyszerek költségei, valamint az OEP által be nem fogadott, illetve nem finanszírozott eljárások, eszközök és gyógyszerek költségei;**
- **kísérleti eljárásnak nyilvánított eljárások;**
- **protézisek, korrekciós segédeszközök és egészségügyi felszerelések, melyek nem szükségesek az operáció során;**
- **bárminemű mesterséges felszerelés beszerzése és beültetése kivétel nélkül, beleértve a szívátültetést, műszívkezelést;**
- **nemváltoztatás, történjék az egészségügyi vagy egyéb célból;**
- **szubjektív panaszokra épülő betegségek, melyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók;**
- **egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység;**
- **tüdőgyógyászati gondozás;**
- **addiktológiai gondozás;**
- **foglalkozásegészségügyi szakellátás;**
- **akupunktúrás kezelés;**
- **lézeres körömgomba-eltávolítás;**
- **inkontinencia eszközös vagy műtéti kezelése (például intim lézer kezelés);**
- **digitális dermatoscopia;**
- **gyógypedagógiai kezelés;**
- **intenzív betegellátás;**
- **klinikai onkológiai gondozás;**
- **Hepatitis C betegek gondozása;**
- **bármilyen szűrővizsgálat, kivéve, ha a jelen szerződési feltételek 1. számú melléklete alapján az adott biztosítottra vonatkozó csomag tartalmazza.**

17.7. A biztosító kötelezettsége nem áll be olyan esetekben sem, amelyekben a gyógykezelés során nem tartották be az orvosszakmai előírásokat, és az ismételt műtétekre, kezelésekre emiatt került sor, illetve a jelen szerződési feltételekben meghatározott egyéb más biztosítási esemény következett be az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba).

17.8. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított alábbi sporttevékenységével összefüggő eseményekre: autó-

motor sportok (pl. autocrash vagy roncsautó sport, gokart, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival), gépkocsiverseny bármely fajtája, barlangászat, barlangi expedíció, bázisugrás, BMX cross, BMX és skate, gyorsasági kerékpár, bungee jumping (mélybe ugrás), búvárkodás légzőkészülékkel 40 méter alá, egykezes és nyílttengeri vitorlázás, ejtőernyőzés, falmászás, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, hőlégballonozás, jetski, léghajózás, magashegyi expedíció, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, privát/sportrepülés/repülő sportok (pl paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, vitorlázó és motoros repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, műrepülés), ejtőernyős ugrás, bázisugrás, quad, rally, vadvízi evezés, vízisí, hydrospeed, canyoning, surf, mountainboard, síakrobatika, síugrás, snowboard, pankráció).

17.9. A biztosító nem köteles fedezetet vállalni vagy bármilyen szolgáltatást nyújtani, illetve a biztosító köteles a jelen biztosítási szerződés alapján a kártérítést elutasítani, ha az ilyen szolgáltatás nyújtására vagy kártérítés kifizetésére az Egyesült Nemzetek Szervezete határozata alapján szankció, tiltó rendelkezés vagy szigorítás és/vagy az Európai Unió, Franciaország, az Amerikai Egyesült Államok vagy bármely nemzeti jogszabályozás által bevezetett gazdasági vagy kereskedelmi szankció vonatkozik.

17.10. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra a kötbérre, melyet az ellátó partner amiatt ró a biztosítottra a közöttük létrejött megállapodás alapján, mert az egynapos sebészet esetében a műtét időpontját nem mondta le, illetve nem módosította a tervezett műtét időpontját megelőző munkanap végén 16 óráig.

18. A biztosítási szerződés megszűnése

18.1. A biztosítási szerződés az alábbi esetekben szűnhet meg:

a. Amennyiben a szerződő jogutód nélkül megszűnik, úgy a jogutód nélküli megszűnés időpontjával.
b. Amennyiben a biztosítás tartama lejárt, mert azt a felek nem hosszabbították meg, a biztosítási tartam utolsó napján 24 órakor.
c. Amennyiben a biztosítotti csoport megszűnik, a csoport megszűnésének időpontjában.
d. Amennyiben a szerződő az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 30 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. Amennyiben a szerződő az első díjat nem egyenlíti ki annak esedékességekor, a biztosítási szerződés az esedékességtől számított 30. nap elteltével megszűnik anélkül, hogy a biztosító kockázatviselése megkezdődött volna. Amennyiben a jelen feltételek 13.6. pontjában leírtaktól eltérően a biztosító szolgáltatást nyújtott a biztosított részére, úgy a biztosítónak jogában áll a bejelentett biztosítási eseményekkel kapcsolatosan nyújtott szolgáltatásokat a szerződőtől visszakövetelni.
e. A biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén a biztosító felmondásával a jelen szerződési feltételek 14.2. pontjában leírtak szerint.
f. Amennyiben a szerződő a biztosító 13.3. pontban leírtak szerinti díjmódosító javaslatát nem fogadja el, a tartam végén 24 órakor.
g. Amennyiben a biztosító ellátásszervező partnere megváltozik, a 23.1. pont szerint.

18.2. A biztosítási fedezet megszűnése

A biztosító kockázatviselése a tartam utolsó napján 24 órakor, vagy amennyiben a biztosítási szerződés korábban megszűnik, úgy a megszűnés napján 24 órakor ér véget.

A biztosító kockázatviselése az egyes biztosítottak vonatkozásában megszűnik a jelen feltételek 8. pontjában meghatározott időpontokban.

19. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél bejelenti. A Card Network szolgáltatások keretében az igény esedékessége az online vagy telefonos időpontfoglalás ideje.

20. Elévülési idő

A biztosítási szerződésből származó igények az esedékességtől számított egy év elteltével évülnek el.

21. Jognyilatkozatok

A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a szerződőnek az általa megadott és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre. A biztosító a szerződőtől a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha a biztosítóhoz megérkezett.

22. Maradékjog és értékkövetés

A biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, nem díjmentesíthető, nem vásárolható vissza, nyereségrészesedésre nem jogosít. A biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

23. Egyéb rendelkezések

23.1. Az ellátást szervező partner a biztosítás tartama alatt megváltozhat. **A biztosító gondoskodik arról, hogy az ellátás megszervezése ebben az esetben továbbra is akadálytalanul megtörténjen. A változásról a biztosító írásban értesíti a szerződőt. Az ellátást szervező partner biztosítás tartama alatti megváltozása esetén a szerződőnek joga van a változásról szóló tájékoztató levél kézhezvételétől számított 30 napon belül 30 napos felmondási idővel a biztosítási szerződést írásban felmondani. Ebben az esetben a biztosítási szerződés a felmondás biztosítóhoz történő megérkezésétől számított 30. napon megszűnik.**

23.2. A jelen feltételek elválaszthatatlan részét képezik az 1., 2., 3. és 4. számú mellékletek. A biztosítási feltételek csak az 1., 2., 3. és 4. számú mellékletekkel együtt érvényesek.

23.3. A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog a magyar jog. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem érintett kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adójogi kérdésekben a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény, a társasági adóról és osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény, az adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény, az adóigazgatási rendtartásról szóló 2017. évi CLI. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

23.4. A személyes adatkezelésre vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók, a biztosító elérhetőségeire (levelezési cím, telefonszám, honlapcím), felügyeleti szervére és a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos fogyasztóvédelmi eljárásokra vonatkozó tájékoztatás jelen feltételek részét képező, Tudnivalók elnevezésű külön dokumentumban található.

24. Lényeges eltérés a korábban alkalmazott feltételektől

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2019. augusztus 15-től alkalmazott szerződési feltételektől a jelen szerződési feltételek eltér, mivel a biztosító jelen feltételeket a korábban alkalmazott feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

– **pontosította a kizárások körének meghatározását;**
– **pontosította az online szolgáltatások meghatározását, valamint a szűrővizsgálatok igénybevételének meghatározását.**

A felsorolt eltéréseket, valamint a biztosító mentesülésének, a biztosító szolgáltatása korlátozásának feltételeit és a biztosítási szerződésben alkalmazott kizárásokat jelen szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, félkövér betűtípussal tartalmazza.

A biztosító legfontosabb adatai

Név: Groupama Biztosító Zrt.
Székhely: 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C
Levelezési cím: 1380 Budapest, Pf. 1049
Honlap: www.groupama.hu
Jogi formája: zártkörűen működő részvénytársaság (alapítva: 1987)
Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-041071
Társaságunk a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál került bejegyezésre

1. számú melléklet: Szolgáltatási fedezetek összefoglaló táblázata

		Bázis csomag	Komfort csomag	Optimum csomag	Prémium csomag
Járóbeteg-szakellátás (szakorvosi vizsgálatok, laborvizsgálat szakorvosi javaslat alapján, diagnosztikai vizsgálatok)	**Szolgáltatások**	✔ **300 000 Ft** ezen belül az alábbi szublimitekkel: ✔ labor: 50 000 Ft ✔ bőrgyógyászat: 100 000 Ft	✔ **300 000 Ft** ezen belül az alábbi szublimitekkel: ✔ labor: 50 000 Ft ✔ bőrgyógyászat: 100 000 Ft ✔ terhesgondozás: 100 000 Ft ✔ házi vizit Budapesten 30% önrésszel	✔ **500 000 Ft** ezen belül az alábbi szublimitekkel: ✔ labor: 100 000 Ft ✔ bőrgyógyászat: 100 000 Ft ✔ terhesgondozás: 150 000 Ft ✔ fizioterápia: 50 000 Ft ✔ házi vizit Budapesten 30% önrésszel	✔ **limit nélkül** ezen belül az alábbi szublimitekkel: ✔ terhesgondozás: 200 000 Ft ✔ fizioterápia: 100 000 Ft ✔ házi vizit Budapesten 30% önrésszel
	Várakozási idő	A biztosító a terhesgondozással kapcsolatos szolgáltatásokra vonatkozóan a biztosítási fedezet létrejöttétől számított 6 hónap várakozási időt köt ki.			
	Előzménybetegségek	Eltérő rendelkezés hiányában a biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből, vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.			
	Kiegészítő információk	Amennyiben a keretszerződés alapján a biztosítási csomag online alapszolgáltatásaihoz kapcsolódik a Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésre, úgy a biztosított által önállóan, online vagy telefonon szervezhető járóbeteg-szakellátás szolgáltatás az alábbi szakterületeken: belgyógyászat, bőrgyógyászat, fül-orr-gégészet, gasztroenterológia, kadiológia, nőgyógyászat, ortopédia, sebészet, szemészet, traumatológia, urológia.			
Nagyértékű diagnosztika	**Szolgáltatások**	300 000 Ft	300 000 Ft	500 000 Ft	limit nélkül
	Várakozási idő	nincs			
	Előzménybetegségek	Eltérő rendelkezés hiányában a biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből, vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.			
	Kiegészítő információk	A biztosító szolgáltatása kizárólag szakorvosi javaslat alapján vehető igénybe.			
Egynapos sebészet	**Szolgáltatások**	–	350 000 Ft	500 000 Ft	1 000 000 Ft
	Várakozási idő	A biztosító a biztosítási fedezet létrejöttétől számított 3 hónap várakozási időt köt ki.			
	Előzménybetegségek	A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből, vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.			
	Kiegészítő információk	A biztosító szolgáltatása kizárólag szakorvosi javaslat alapján vehető igénybe.			
Asszisztencia-szolgáltatások	**Szolgáltatások**	✔	✔	✔	✔
		✔ orvosi call center ✔ online Egészségportál alapszolgáltatásai: szív- és érrendszeri online állapotfelmérés, szív- és érrendszeri online kalkulátor, BMI kalkulátor, online és telefonos táplálkozási tanácsadás, edzői, illetve mozgásszervi tanácsadás online és telefonon, térképes kereső, a Card Network szolgáltatás keretében igénybe vehető influenza elleni védőoltásra, továbbá szűrővizsgálatra szóló telefonos vagy online időpontfoglalás közvetlenül az egészségügyi ellátónál			
	Várakozási idő	nincs			
Évente egy alkalommal igénybe vehető szűrő-vizsgálatok	**Szolgáltatások**	–	✔ Hasi ultrahang Hölgyeknek: ✔ nőgyógyászati vizsgálat ✔ citológia Uraknak: ✔ urológia ✔ PSA	✔ Hasi ultrahang ✔ Mellkas röntgen ✔ Laborvizsgálat (széklet vér teszt is) ✔ Belgyógyászat ✔ Nyugalmi EKG Hölgyeknek: ✔ nőgyógyászati vizsgálat ✔ citológia Uraknak: ✔ urológia ✔ PSA	✔ Hasi ultrahang ✔ Mellkas röntgen ✔ Laborvizsgálat (széklet vér teszt is) ✔ Belgyógyászat ✔ Nyugalmi EKG ✔ Mammográfia ✔ Emlő ultrahang ✔ Pulmonológia (spirometriával) ✔ Fogászati szűrés (panoráma röntgen és állapotfelmérés) ✔ Dermatoszkópos anyajegyszűrés Hölgyeknek: ✔ nőgyógyászati vizsgálat ✔ citológia Uraknak: ✔ urológia ✔ PSA
	Várakozási idő	nincs			
	Kiegészítő információk	Az online Egészségportál alapszolgáltatásai keretében a biztosított által önállóan, online és telefonon is kezdeményezhető a szűrővizsgálatokra vonatkozó időpontfoglalás közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónál. Az egyes csomagtípusokban felsorolt szűrővizsgálatok a biztosított választásától függően külön-külön, de a csomagtípusban meghatározott összes vizsgálat is igénybe vehető. A szűrővizsgálatok eredményeinek kiértékelését a biztosított kérésére a biztosító ellátásszervező partnere végzi telefonon vagy online felületen.			
Második orvosi szakvélemény	**Szolgáltatások**	✔	✔	✔	✔
	Várakozási idő	nincs			
	Előzménybetegségek	A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből, vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.			
Műtéti költségtérítés	**Szolgáltatások**	–	–	–	5 000 000 Ft
	Várakozási idő	3 hónap			
	Előzménybetegségek	A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből, vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.			
Betegszállítás	**Szolgáltatások**	–	✔	✔	✔
	Várakozási idő	nincs			
	Előzménybetegségek	A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből, vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.			
VIP Kórházi ellátás	**Szolgáltatások**	–	maximum 20 000 Ft/nap	maximum 20 000 Ft/nap	maximum 30 000 Ft/nap
	Várakozási idő	nincs			
	Előzménybetegségek	A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből, vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.			
Gyógyászati segédeszköz térítése	**Szolgáltatások**	–	maximum 20 000 Ft	maximum 50 000 Ft	maximum 100 000 Ft
	Várakozási idő	nincs			
	Előzménybetegségek	A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből, vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.			
Influenza elleni védőoltás évente egyszer	**Szolgáltatások**	–	✔	✔	✔
	Várakozási idő	nincs			
	Kiegészítő információk	Az online Egészségportál alapszolgáltatásai keretében a biztosított által önállóan, online és telefonon is kezdeményezhető az influenza elleni védőoltásra vonatkozó időpontfoglalás közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónál.			
Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésre	**Előzménybetegségek**	nincs			
	Kiegészítő információk	Kiegészítőként kapcsolódhat a biztosítási csomaghoz.			

A jelen 1. számú mellékletben szereplő táblázatban meghatározott szolgáltatási összeg és darabkorlátok egy biztosítási időszakra vonatkoznak.

2. melléklet: A biztosító szolgáltatásai

1. Asszisztenciaszolgáltatások

1.1. Asszisztenciavonal

1.1.1. Biztosítási szolgáltatás

24 órás orvosi call center és online tanácsadás

A biztosító az egészségügyi ellátásszervező partnerén, a Teladoc Hungary Kft-n (továbbiakban: szolgáltató) keresztül folyamatos rendelkezésre állást biztosít egészségbiztosítási call centeréhez magyar nyelven. Az egészségbiztosítási call centeren keresztül orvosi tanácsadás vehető igénybe az év minden napján, napi 24 órában az alábbi, nem emelt díjas telefonszámon: **+36 1 461 1550**

A kijelölt telefonszámon szakképzett, gyakorló orvosoktól a biztosított információt kaphat:

- orvosi szakkifejezések, kórházi zárójelentések magyarázatáról;
- laboratóriumi eredmények és ezekből eredő összefüggések magyarázatáról;
- orvosi eljárások magyarázatáról;
- betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről;
- gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról;
- orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről;
- ügyeletes gyógyszertárakról;
- egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

Az orvosi call center a http://egeszsegbiztositas.groupama.hu weboldalon létrehozott „online orvosi tanácsadás" felületen is elérhető, ahol a szolgáltatásra jogosultak írásban is feltehetik kérdésüket, akár képeket és leleteket is mellékelve, valamint visszahívást kérve. Válaszát a szolgáltató a kérdésfeltevést követő 24 órán belül a szolgáltatásra jogosult által megadott e-mail címre küldi meg.

1.1.2. Biztosítási szolgáltatási limit

Az 1.1. pontban meghatározott szolgáltatás korlátlan alkalommal igénybe vehető minden csomagban.

1.1.3. Az asszisztenciavonal szolgáltatás igénybevétele

1.1.3.1. Az asszisztenciavonal szolgáltatás a szerződési feltételek jelen 2. számú mellékletének 1.1.1. pontjában meghatározott telefonszám felhívásával vehető igénybe.

A szolgáltatás igénybevétele során a szolgáltató minden esetben azonosítja a biztosítottat. A biztosított az alábbi adatokkal azonosítja magát, valamint a szerződőt:

- a szerződő neve;
- a biztosított neve;
- a biztosított születési helye és ideje;
- a biztosított anyja neve;
- a biztosított állandó lakcíme.

1.1.3.2. Az asszisztenciavonal szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, a személyes orvosi vizsgálatot nem helyettesítik.

1.1.3.3. A biztosító nem vállal felelősséget az asszisztenciavonal szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, valamint azok téves értelmezéséért, továbbá a kért tájékoztatás elmaradásából vagy késedelmes megküldéséből, az orvosi vélemény helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkért.

1.2. Az Online Egészségportál keretében igénybevehető alapszolgáltatások

1.2.1. Biztosítási szolgáltatások

1.2.1.1. Szív- és érrendszeri online állapotfelmérés

A szolgáltató a http://egeszsegbiztositas.groupama.hu weboldalon egy életmóddal, szív- és érrendszeri kockázatokkal kapcsolatos online kérdőívet tesz közzé, melynek kitöltését követően a szolgáltatásra jogosult letöltheti, kinyomtathatja vagy e-mailen elküdheti tetszőleges címre a válaszok alapján készült értékelést és életmódtanácsot. A jelen pontban meghatározott szolgáltatással kapcsolatban is kérhető telefonon vagy online orvosi tanácsadás.

1.2.1.2. Szív- és érrendszeri kalkulátor, BMI kalkulátor

A biztosító ellátásszervező partnere a http://egeszsegbiztositas.groupama.hu weboldalon egy könnyen kezelhető, súlyos szív- és érrendszeri betegségek veszélyeztetését kimutató rizikó kalkulátort, valamint az ideális testsúlyt kimutató BMI kalkulátort bocsát a szolgáltatásra jogosult rendelkezésére.

1.2.1.3. Online és telefonos táplálkozási tanácsadás

A http://egeszsegbiztositas.groupama.hu weboldal „online dietetikai tanácsadás" felületén a szolgáltatásra jogosult e témakörben feltett kérdéseire a biztosító ellátásszervező partnerének dietetikai szakemberei válaszolnak. A szolgáltató a kérdésfeltevést követő 24 **munkaórán** belül a szolgáltatásra jogosult által megadott e-mail címre küldi meg válaszát.

1.2.1.4. Edzői, illetve mozgásszervi tanácsadás online és telefonon

A szolgáltatásra jogosult fittségi, edzési és sportolási szokásokkal kapcsolatos kérdéseit a http://egeszsegbiztositas.groupama.hu weboldalon az „edzői/mozgásszervi tanácsadás" felületen teheti fel, ahol a biztosító ellátásszervező partnerének szakemberei válaszolnak a kérdésekre, illetve adnak tanácsokat. A szolgáltató a kérdésfeltevést követő 24 **munkaórán** belül a szolgáltatásra jogosult által megadott e-mail címre küldi meg válaszát, vagy visszahívás során – amennyiben a biztosított ezt kérte – válaszol, nyújt telefonos tanácsot.

1.2.1.5. Egészségügyi szolgáltatói díjkedvezmények, térképes kereső

A biztosító ellátásszervező partnere a http://egeszsegbiztositas.groupama.hu weboldalon egy térképes szolgáltatókereső alkalmazást biztosít a szolgáltatásra jogosultaknak, melynek segítségével elhelyezkedés, orvosi szakterület és a rendelkezésre álló diagnosztikai vizsgálatok alapján választható ki az egészségügyi szolgáltató, ahol a jogosult orvosi ellátást vehet igénybe. Az alkalmazás keretében elérhető az egészségügyi szolgáltató részletes bemutatása és a szolgáltatásra jogosult egy kedvezményigazolást is letölthet, mely adott egészségügyi szolgáltatónál díjkedvezmény igénybevételére jogosít. Az ellátás igénybevételét követően a szolgáltató minőségellenőrzést végez.

1.2.1.6. Card Network szolgáltatás keretében igénybe vehető influenza elleni védőoltásra, továbbá szűrővizsgálatra szóló telefonos vagy online időpontfoglálás közvetlenül az egészségügyi ellátónál

A biztosítottnak az influenza elleni védőoltásra, továbbá a szűrővizsgálatokra önállóan, közvetlenül az egészségügyi ellátónál lehetősége van időpontot foglalni az Online Egészségportál alapszolgáltatásai keretében a jelen 2. számú melléklet 5., illetve a 11. és a 12. pontjában leírtak szerint.

1.2.2. Biztosítási szolgáltatási limit

Az 1.2.1. pontban meghatározott szolgáltatások korlátlan alkalommal igénybe vehetők.

1.2.3. Az Online Egészségportál szolgáltatások igénybevétele

1.2.3.1. A jelen 2. számú melléklet 1.2.1. pontjában meghatározott szolgáltatások az 1.2.1. pontban meghatározott webhelyen érhetők el.

1.2.3.2. Az 1.2.1. pontban meghatározott Online Egészségportál szolgáltatások keretében a biztosítási szerződés létrejöttekor a biztosított részére egy welcome e-mailt küld a biztosító, melyben egy hivatkozás szerepel, ahol a biztosított saját maga generálhat egy jelszót. Az Online Egészségportál szolgáltatások keretében ezen jelszó segítségével azonosítja magát a biztosított a továbbiakban minden belépés során.

2. Szakorvosi vizsgálatok (járóbeteg-szakellátás)

2.1. Biztosítási szolgáltatások

2.1.1. Szakorvosi vizsgálatok

A járóbeteg-szakellátás keretein belül biztosítási csomagtól függően az alábbi szolgáltatásokat nyújthatja a biztosító:

- szakorvosi vizsgálatok;
- laborvizsgálatok;
- diagnosztikai vizsgálatok (kivéve nagyértékű diagnosztika);
- terhesgondozás;
- fizioterápia;
- házi vizit szolgáltatás Budapesten.

A biztosító által az egyes csomagokban nyújtott szolgáltatásokat, továbbá a csomagok keretében egyes vizsgálatokra,

illetve ellátásokra vonatkozó térítési kötelezettség felső határát az 1. számú melléklet tartalmazza.

Amennyiben a keretszerződés alapján a biztosítási csomag előzménybetegségre is fedezetet nyújt, úgy elérhető a Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésre, melynek keretében szervezhető járóbeteg-ellátás szolgáltatás a biztosított által önállóan az Egészségportálon megjelölt egészségügyi szolgáltatóknál online vagy telefonon az alábbi szakterületeken: belgyógyászat, bőrgyógyászat, fül-orr-gégészet, gasztroenterológia, kardiológia, nőgyógyászat, sebészet, szemészet, traumatológia, ortopédia és urológia. További vizsgálatok szükségességéről a vizsgáló szakorvos és az ellátásszervező dönt.

A terhesgondozás szolgáltatás keretében a biztosító fedezetet nyújt bármilyen jellegű szakorvosi vizsgálatra. A terhesgondozás szolgáltatást a biztosító kizárólag a Komfort, Optimum, Prémium csomag keretében nyújtja.

A fizioterápia szolgáltatást a biztosító kizárólag a Optimum és Prémium csomag keretében nyújtja.

A járóbeteg-szakellátás szolgáltatás keretében a biztosító kockázatviselése kiterjed a szakorvosi javaslat alapján szükséges, a szerződési feltételek 17. pontja szerint kizárásnak nem minősülő meddőséggel kapcsolatban elvégzett szakorvosi vizsgálatokra is.

2.1.2. Laborvizsgálatok

A laborvizsgálatokhoz az ellátásszervező a szerződési feltételek 12.6.5. pontjában leírtak szerint jogosult szakorvosi beutalót kérni.

2.1.3. Diagnosztikai vizsgálatok

A biztosítási szolgáltatás a biztosított panasza okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló – kizárólag orvos által elrendelt – orvosi vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása. A biztosító a jelen pontban meghatározott diagnosztikai vizsgálatok keretében nagyértékű diagnosztika vizsgálatra nem nyújt fedezetet.

2.1.4. Házi vizit Budapesten

A biztosítási esemény a biztosítottnak orvosszakmailag indokolt, akut esetben házi vizit orvosi ellátásra vonatkozó igénye.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az ellátásszervező megszervezi, hogy az egészségügyi szolgáltató orvosa a bejelentés során egyeztetett időn belül az egyeztetett címen felkeresi otthonában a biztosítottat, és ügyeleti jellegű ellátást biztosít a számára, vagy amennyiben szükséges, egyéb sürgősségi vagy tájékoztatási ellátásról intézkedik.

A biztosító a szolgáltatást kizárólag Budapesten az év minden napján napi 24 órában biztosítja.

A biztosítási esemény bejelentése nem jelent azonnali rendelkezésre állást. A vizit lebonyolítását a biztosító, illetve szolgáltatója 3 órán belül vállalja.

A házi vizit szolgáltatás közösségi és közterületen (pl. út, tér, park, sportpálya) történő ellátásra nem vehető igénybe.

Házi vizit keretében történő ellátás olyan esetben kérhető, amikor

- **a biztosítottnál váratlanul lépett fel az egészségi állapot romlása;**
- **a bejelentés és a feltett kérdésekre adott válaszok alapján feltételezhető, hogy a biztosított otthonában, szakorvos bevonása nélkül megoldható a jelzett probléma (így például nem terhességgel, szüléssel összefüggésben lépett fel a panasz);**
- **nem szükséges azonnali, késlekedés nélküli orvosi beavatkozás (így például a bejelentés alapján a biztosított állapota nem igényel sürgősségi ellátást vagy azonnali mentőszállítást).**

A biztosító házi vizit szolgáltatása 30% önrész kifizetése mellett vehető igénybe.

A házi vizit szolgáltatás utólagos térítési igénnyel nem vehető igénybe.

A házi vizit szolgáltatást a biztosító kizárólag a Komfort, Optimum, Prémium csomag keretében nyújtja.

2.2. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító a jelen 2. számú melléklet 2. pontjában meghatározott járóbeteg-szakellátás keretében a terhesgondozással kapcsolatos szolgáltatásokra vonatkozóan a biztosítási fedezet létrejöttétől számított 6 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, úgy a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

Eltérő rendelkezés hiányában a biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

2.3. Időpont módosítása, lemondása

A biztosítottnak a jelen 2. pontban meghatározott vizsgálatot, illetve ellátást megelőzően, a vizsgálat, illetve ellátás időpontját megelőző munkanap végén 16:00 óráig van lehetősége az előre egyeztetett időpontot módosítani vagy lemondani. Amennyiben ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, vagy nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna, így a szolgáltatás értéke a vonatkozó éves szolgáltatási keretösszegből (limitből) levonásra kerül. Ebben az esetben 3 hónapig nem vehető igénybe a kért szolgáltatás. A lemondott egészségügyi ellátás időpontját az ellátásszervező egy alkalommal módosítja.

3. Nagyértékű diagnosztika

3.1. A biztosító szolgáltatása

A biztosított panasza okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló – kizárólag orvos által elrendelt – **CT, MR, PET CT és cardio CT** vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása.

A biztosító jelen 3. pontban meghatározott nagyértékű diagnosztikai vizsgálat szolgáltatása kizárólag szakorvosi javaslat alapján vehető igénybe.

A biztosító által meghatározott nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó térítési kötelezettségének felső határát az 1. számú melléklet tartalmazza.

3.2. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító jelen 3. pontban meghatározott nagyértékű diagnosztika szolgáltatása vonatkozásában várakozási időt nem köt ki.

Eltérő rendelkezés hiányában a biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

3.3. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események

A jelen 3. pontban meghatározott szolgáltatások keretében a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a feltételekben meghatározott kizárásokon túl az alábbi ellátásra/eseményre:

CT lézer mammográfia vizsgálat.

3.4. Időpont módosítása, lemondása

A biztosítottnak a jelen 3. pontban meghatározott vizsgálatot megelőzően, a vizsgálat időpontját megelőző munkanap végén 16:00 óráig van lehetősége az előre egyeztetett időpontot módosítani vagy lemondani. Amennyiben ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, vagy nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna, így a szolgáltatás értéke a vonatkozó éves szolgáltatási keretösszegből (limitből) levonásra kerül. Ebben az esetben 3 hónapig nem vehető igénybe a kért szolgáltatás. A lemondott egészségügyi ellátás időpontját az ellátásszervező egy alkalommal módosítja.

4. Egynapos sebészet

4.1. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási szolgáltatás kiterjed a biztosított jogszabályban meghatározott olyan tervezhető és programozott sebészeti beavatkozására, műtétére, amely megfelel minden alábbi kritériumnak:

– a kockázatviselési időszakon belül, a kockázatviselési időszak kezdetéhez képest előzmény nélkül következett be és vált szükségessé; és
– amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre engedélyezetten működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt és elvégezhető az ellátást igénybe vevő biztosított választása és vizsgálati eredménye alapján; és
– amely elvégzését követően a biztosított az intézménybe történő felvételét követő 24 órán belül orvosi szakvélemény alapján, megfigyelés után, a saját lábán, kísérővel elhagyhatja az ellátó intézményt (ide nem értve a saját felelősségre távozást, és azon eseteket, melyekben a szakorvos 24 órát meghaladó kórházi tartózkodást tart indokoltnak);
– továbbá a biztosítási szolgáltatás csak azon szolgáltatásokra terjed ki, melyet magyarországi egészségügyi szolgáltatónál térítéses betegellátás keretében igénybe lehet venni.

Az egynapos sebészet körében a biztosítási kockázat kizárólag a szerződési feltételek 3. számú mellékletét képező műtéti listában szereplő beavatkozásokra terjed ki.

A biztosító egynapos sebészet keretében megtéríti a műtéti beavatkozás során felhasznált, közvetlenül a műtéti beavatkozáshoz szükséges gyógyszer, vérkészítmény, egyszer használatos eszköz, implantátum és az egészségügyi szolgáltató által nyújtott, kapcsolódó hotelszolgáltatás költségét is.

A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy a szolgáltatás igénybevétele előtt azt az ellátásszervezőnél előzetesen be kell jelenteni.

Az ellátás indokoltságát a biztosító szolgáltatását megelőzően a biztosító orvosa jogosult felülbírálni.

A biztosító által meghatározott egynapos sebészet szolgáltatásra vonatkozó térítési kötelezettség felső határát az 1. számú melléklet tartalmazza.

4.2. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító jelen 4. pontban meghatározott egynapos sebészet szolgáltatása vonatkozásában 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, úgy a biztosító nem teljesít szolgáltatást. A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből, vagy a kockázatviselési időszak kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

4.3. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események

A jelen 4. pontban meghatározott szolgáltatások keretében a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a feltételekben meghatározott kizárásokon túl az alábbiakra:

– **A biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és a beavatkozás költségeinek megtérítésén kívül egyéb – a jelen 2. számú melléklet 4.1. pontjában fel nem sorolt – költségek térítésére (pl. útiköltség) nem terjed ki.**
– **Amennyiben a műtét során olyan jellegű előre nem látható komplikációk merülnek fel, ami miatt a biztosított az ellátást követő 24 órán túl is az ellátó intézményben tartózkodik, vagy fekvőbeteg-gyógykezelésre szorul, úgy a biztosító a felmerülő többletköltségeket nem téríti meg.**

4.4. Időpont módosítása, lemondása

A biztosítottnak a jelen 4. pontban meghatározott ellátást megelőzően, az ellátás időpontját megelőző munkanap végén 16:00 óráig van lehetősége az előre egyeztetett időpontot módosítani vagy lemondani. Amennyiben ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, vagy nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna, így a szolgáltatás értéke a vonatkozó éves szolgáltatási keretösszegből (limitből) levonásra kerül. Ebben az esetben 3 hónapig nem vehető igénybe a kért szolgáltatás. A lemondott egészségügyi ellátás időpontját az ellátásszervező egy alkalommal módosítja.

5. Szűrővizsgálat

5.1. A biztosító szolgáltatása

A jelen pontban meghatározott szolgáltatás keretében biztosítási időszakonként egy alkalommal az alábbiak szerint vehetők igénybe az alábbi szűrővizsgálat-csomagok:

Komfort csomag keretében:

– hasi ultrahang;
– nőgyógyászati szűrővizsgálat és citológia hölgyek részére;
– urológiai szűrővizsgálat és PSA urak részére.

Optimum csomag keretében:

– hasi ultrahang;
– mellkas röntgen;
– belgyógyászati szűrővizsgálat;
– nyugalmi EKG;
– laborvizsgálat (széklet vér teszt is);
– nőgyógyászati szűrővizsgálat és citológia hölgyek részére;
– urológiai szűrővizsgálat és PSA urak részére.

Prémium csomag keretében:

– hasi ultrahang;
– mellkas röntgen;
– belgyógyászati szűrővizsgálat;
– nyugalmi EKG;
– mammográfia;
– emlő ultrahang;
– pulmonológiai szűrővizsgálat (spirometriával);
– laborvizsgálat (széklet vér teszt is);
– nőgyógyászati szűrővizsgálat és citológia hölgyek részére;
– urológiai szűrővizsgálat és PSA urak részére;
– fogászati szűrés (panoráma röntgen és állapotfelmérés);
– dermatoszkópos anyajegyszűrés, mely nem terjed ki a szűrésen túl a szakorvosi javaslat alapján indokolt további ellátásokra, kezelésekre.

A jelen pontban meghatározott szűrővizsgálati csomagok vizsgálatai biztosítási időszakonként a biztosított választása alapján vehetőek igénybe, azaz választható a komplett szűrővizsgálati csomag, de akár egyes vizsgálatok is.

Amennyiben a biztosított egy szűrővizsgálat-csomagon belül kizárólag egyes vizsgálatokat kíván igénybevenni, az egyes szűrővizsgálatokra vonatkozó igényt egyszerre, egy időpontban kell bejelenteni az ellátásszervezőnél, az igénybejelentés több részletben nem tehető meg. A biztosító ellátásszervező partnere az igénybejelentést követő 30 napon belül tájékoztatja a biztosítottat a megszervezett vizsgálatok időpontjairól. Amennyiben a biztosított egyszerre a jelen pontban meghatározott csomagon belül a szűrővizsgálatoknak csak egy részét igényli, úgy ugyanazon biztosítási időszakon belül későbbi időpontban nem jogosult további szűrővizsgálatok igénybevételére.

A biztosított a szűrővizsgálatok igénybevételéhez az online Egészségportál térképes kereső szolgáltatása segítségével kiválaszthatja a lakóhelyéhez közeli egészségügyi szolgáltatót. A szolgáltatás kezdeményezése a szolgáltatónak az Egészségportálon megadott elérhetőségein keresztül online vagy telefonon történhet. A biztosítási fedezet igazolása a Card Network szolgáltatások keretében a biztosítottnak megküldött virtuális egészségkártyával történik. Amennyiben a biztosított az online Egészségportál térképes kereső segítségével nem talál megfelelő egészségügyi szolgáltatót, úgy az orvosi call centeren keresztül kérheti a szűrővizsgálat megszervezését. Amennyiben nem kívánja a biztosított az ellátásszervező által telefonon, illetve az online térképes kereső által javasolt szolgáltatót igénybe venni, úgy lehetősége van a szűrővizsgálatot a saját maga által választott egészségügyi szolgáltatónál igénybe venni, és a szolgáltatás igénybevételéről szóló számlát utólag az Egészségportálon online a biztosító részére benyújtani.

A biztosított kérésére a szűrővizsgálatok eredményei – az orvosi call cente-

ren keresztül, illetve online feltöltve azokat az Egészségportálra – a biztosító által kiértékelésre kerülnek.

Amennyiben az eredmények alapján további vizsgálatok orvosilag indokoltak, úgy azokat a biztosító az 1. számú mellékletben szolgáltatási típusonként meghatározott keretösszegek terhére szervezi meg.

5.2. Időpont módosítása, lemondása

A biztosítottnak a jelen 5. pontban meghatározott szűrővizsgálatokat megelőzően a szűrővizsgálat időpontját megelőző munkanap végén 16:00 óráig van lehetősége az előre egyeztetett időpontot módosítani vagy lemondani. Amennyiben ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, vagy nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna, így a szolgáltatás értéke a vonatkozó éves szolgáltatási keretösszegből (limitből) levonásra kerül. Ebben az esetben 3 hónapig nem vehető igénybe a kért szolgáltatás. A lemondott egészségügyi ellátás időpontját az ellátásszervező egy alkalommal módosítja.

6. Nemzetközi második orvosi szakvélemény

A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy munkanapokon 8 és 20 óra között fogadja a biztosított telefonhívásait, és jelen feltételek alapján egészségügyi szolgáltató partnere a Teladoc Hungary Kft. (cím: 1092 Budapest, Köztelek utca 6.; adószám: 13613781-2-42, a továbbiakban: szolgáltató) révén szolgáltatást nyújt.

Fogalommeghatározás

Életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás: Azon megbetegedések, állapotok, mikor az orvosszakma szabályai szerint történt ellátásokat, beavatkozásokat követően is a biztosított állapota olyan súlyos marad, hogy megfelelő kezelés ellenére a szolgáltatási igény bejelentésekor az életet fenyegető állapot továbbra is fennáll, és a biztosított folyamatosan, már 20 napot meghaladóan intenzív osztályon fekvőbeteg-ellátásban részesül. Nagy bonyolultságú műtéti beavatkozásnak minősülnek a 6.1. pontban, a biztosítási eseményeknél felsorolt betegségek miatt tervezett beavatkozásokon túl azok, amelyek legalább két szervrendszert érintenek, vagy amelyek elvégzése során a hasüreg és a mellüreg egyidejű műtéti feltárása (nyitott műtét) történik, továbbá azon eljárások, melyek Magyarországon az állami egészségügyi rendszeren belül nem elvégezhetők, de az Országos Egészségpénztár annak külföldön történő elvégzését engedélyezi és támogatja. Nem minősülnek nagy bonyolultságú beavatkozásnak a diagnosztikai céllal végzett beavatkozások, abban az esetben sem, ha testüreg megnyitásával járnak.

Életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat): Rosszindulatú daganatos betegség esetén a szövettani atípia jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása áll fenn, 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. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatok alábbi csoportjaira:

- rákelőző (praecarcinoma) állapotok;
- a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok (TMN besorolás alapján T1M0N0 stádiumú daganatok);
- a bőrrák, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatai (melanoma malignum);
- a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.

Idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció: Az agy, gerincvelő, valamint az agyi és gerincvelői idegek visszafordíthatatlan elfajulása, melyek kórlefolyásában további előrehaladás várható a kivizsgálási és gondozási ideggyógyászati leletek alapján. A diagnózist megfelelő diagnosztikai eljárásokkal egyértelműen alá kell támasztani.

Neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát: Azon agyat és gerincvelőt érintő betegségek, melyek műtéti megoldása során a koponyaűrt vagy gerincűrt megnyitva az agyat vagy gerincvelőt érinti a beavatkozás. Nem tartozik ebbe a kategóriába pl. a subdurális haematoma eltávolítása vagy porckorongsérv műtétje. Jelen feltétel szempontjából agyérkatasztrófának minősül az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfalszakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszernek az ér által ellátott területei elhalása, infarktusa és maradandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett góctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 30 nap után is egyértelműen kimutathatók.

Szervátültetések: Az a műtéti beavatkozás, melynek során a szervet kapó (recipiens) testébe más szervezetéből (donor) szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj vagy vese kerül átültetésre, továbbá ezen okokból kifolyólag szervátültetést végző intézmény kimondta a szervátültetés szükségességét, és a biztosított a szervátültetési várólistára felkerült. Szövet- és sejtátültetés nem fedi a szervátültetés fogalmát, emiatt a hasnyálmirigy-, bőr-, csont-, csontvelő átültetés, szaruhártya átültetés, transzfúzió nem biztosítási esemény.

Szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet: A szívizomelhalás (szívinfarktus) a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának elégtelensége. 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, azaz a szívizom elhalás transmurális. Jelen feltétel szempontjából szív- és érsebészetnek minősül a nyitottan végzett szív- és annak koszorúsereit, valamint az aortát érintő műtétek/műtétek indikációja. A műtéti indikációt a műtét/kivizsgálás elvégzésére jogosult intézet kivizsgálási leletei alapján kizárólag a beavatkozást végző/a kivizsgálásra jogosult intézet mondhatja ki. A műtét lehetősége nem egyenlő a műtét indikációjával, szükségességével.

Veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák: A krónikus veseelégtelenség azon formája, ahol mindkét vese működése visszafordíthatatlanul csökkent és ez a csökkenés olyan mértékű, hogy várhatóan az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel összeegyeztethetetlenné válik, és rendszeres vesegondozói ellenőrzése történik.

6.1. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény az olyan, a kockázatviselés tartama alatt a biztosított diagnosztizált betegsége, feltárt kóros állapota, amely az alábbi felsorolásban szereplő esetekhez vezet, és amelynek kapcsán magyar nyelven, írásban második orvosi vélemény kérhető. A jelen feltételben ismertetett második orvosi véleményt a biztosító kizárólag az alábbi betegségek esetén nyújtja:

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

6.2. Biztosító szolgáltatása

A jelen feltétel alkalmazásában olyan orvosi elemző szolgáltatás, melynek keretében egy képzett egészségügyi szakemberekből álló testület áttekinti a biztosítottra vonatkozó orvosi dokumentációt (kórtörténet, kórházi zárójelentések, vizsgálati eredmények stb.), majd az adott orvosi szakterület magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves külföldi orvos szakértője az orvosi dokumentációk részletekbe menő vizsgálata, elemzése és értékelése alapján a szóban forgó diagnózishoz kapcsolódóan második orvosi távszakvéleményt állít ki.

A szolgáltatás igénybevétele során a biztosított egy független szakorvos megkérdezésével véleményt kap a korábban felállított diagnózis és a tervezett vagy a folyamatban levő terápia helyességéről.

A második orvosi vélemény nem kezelésre vonatkozó előírás, és nem helyettesíti a kezelőorvosi szakvéleményt, csupán annak kiegészítésére szolgál.

A második orvosi vélemény hibás értelmezéséért és annak következményeiért a biztosító nem vállal felelősséget.

A szolgáltatás teljesítésének feltételei:

A szolgáltatási igényt a kockázatviselés tartama alatt telefonon keresztül kell bejelenteni. A biztosítási szerződés megkötésekor a telefonszám: +36 1 461 1550

- A szolgáltatási igény esetén be kell nyújtani a bejelentett eseménnyel kapcsolatos teljes egészségügyi dokumentációt (az első ellátástól az igény benyújtásáig keletkezett valamennyi járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett dokumentumot, beleértve a képalkotó vizsgálatokat és laborleleteket, kivéve a szolgáltatásszervező által szervezett egészségügyi ellátások dokumentumait).
- A szolgáltatás gördülékeny teljesítése érdekében a szolgáltatást nyújtó bekérhet a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges további információkat, és szükség esetén kapcsolatot tarthat a biztosítottal és kezelőorvosával, majd a nemzetközi szakértők által a diagnosztizált állapotról elkészített másodvéleményt a biztosított számára, valamint kérésére a kezelő orvosa részére eljuttatja.
- A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.
- Biztosított csak akkor jogosult a második orvosi vélemény igénybevételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta, és a vizsgálatról leleteket készített, illetve írásos diagnózist állított fel.
- A biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételéül orvosi vizsgálatot írhat elő. Ennek előírása esetén a biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.

Az igénybevétel feltételei:

a. egy adott megbetegedés kapcsán csak egy alkalommal kérhető második orvosi vélemény;

b. már elvégzett beavatkozásokat követően csak a további kezelésre, gondozásra vonatkozó javaslat kérhető (az elvégzett beavatkozás véleményezése nem);

c. sürgős ellátási igényű esetben nem ajánlott a véleménykérés az annak beszerzéséhez szükséges idő (kb. 1 hónap) miatt;

d. nem kérhető vélemény azon biztosított esetében, aki kísérleti eljárásban vesz részt, továbbá a magyar egészségügyi rendszer által nem engedélyezett eljárásokra;

e. a második orvosi vélemény sem jogi eljárásban, sem egyéb (pl. tudományos) célra nem használható fel;

f. örökletes vagy vele született betegségek, illetve rendellenességek esetén nem vehető igénybe.

6.3. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító a jelen 6. pontban meghatározott második orvosi szakvélemény szolgáltatása vonatkozásában a várakozási idő kikötésétől eltekint.

A biztosító kockázatviselése a jelen 6. pontban meghatározott második orvosi szakvélemény szolgáltatása vonatkozásában a 6.1. pontban meghatározottak szerint kizárólag a kockázatviselési időszakon belül diagnosztizált betegség, feltárt kóros állapot esetében áll fenn.

7. Műtéti költségtérítés

7.1. Biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása

A biztosított kockázatviselési időszak alatt bekövetkezett balesete vagy betegsége miatt végzett – a szerződési feltételek 2.29. pontjában meghatározottaknak megfelelő – műtéte esetén a biztosító megszervezi a biztosított számára a műtéti beavatkozást, valamint megtéríti a műtét és az ahhoz kapcsolódóan felmerült fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás költségeit, a fekvőbeteg-gyógyintézet által kiállított számla ellenében közvetlenül az egészségügyi szolgáltató részére az 1. számú mellékletben meghatározott összeghatárig. Amennyiben a jelen pontban meghatározott egészségügyi szolgáltatást nem a biztosító szervezte, úgy a biztosított által előfinanszírozott szolgáltatás költségeit utólag téríti meg a biztosító a fekvőbeteg-gyógyintézet által kiállított számla ellenében a biztosított részére.

A biztosító jelen pontban meghatározott szolgáltatása kizárólag a 4. számú mellékletben szereplő műtétek esetében vehető igénybe.

7.2. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító jelen 7. pontban meghatározott műtéti költségtérítés szolgáltatása vonatkozásában 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, úgy a biztosító nem teljesít szolgáltatást. A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

7.3. Időpont módosítása, lemondása

A biztosítottnak a jelen 7. pontban meghatározott ellátást megelőzően az ellátás időpontját megelőző munkanap végén 16:00 óráig van lehetősége az előre egyeztetett időpontot módosítani vagy lemondani. Amennyiben ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, vagy nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna, így a szolgáltatás a vonatkozó keretből vagy a szolgáltatás értéke a vonatkozó éves szolgáltatási keretösszegből (limitből) levonásra kerül. Ebben az esetben 3 hónapig nem vehető igénybe a kért szolgáltatás. A lemondott egészségügyi ellátás időpontját az ellátásszervező egy alkalommal módosítja.

8. Betegszállítás

8.1. Biztosítási szolgáltatás

Arra jogosult orvos rendelése alapján a biztosított – jogszabályban meghatározott feltételeknek megfelelő – állami egészségügyi szolgáltatáson kívül igénybe vett szállítása fekvőbeteg-gyógyintézetből a biztosított által megadott belföldi címre, illetve rehabilitációs intézménybe, amennyiben azt a biztosított az ellátásszervezőnél minimum 24 órával korábban megrendelte. Amennyiben biztosított a betegszállítást sürgősségi eset (baleset, rosszullét, ájulás stb.) okán igényli, úgy a központi mentőegység telefonszámát kell hívni (104). Betegszállítás biztosítása kizárólag szakorvosi vizsgálatra történő szállításra vonatkozik.

8.2. Biztosítási szolgáltatási limit

A biztosított vagy meghatalmazottja a szolgáltatás iránti igényt legalább 24 órával a tervezett kórházi elbocsátást megelőzően, de legkésőbb a hazabocsátást megelőző napon 16 óráig jelentheti be az ellátásszervező partnernek.

A biztosító a biztosított számára betegszállítást egy biztosítási időszakon belül legfeljebb összesen 100 kilométer távolságra finanszíroz.

A fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodás oka, mely kapcsán a biztosító szolgáltatása igénybe vehető:

- **alsó végtagon vagy mindkét felső végtagon végzett műtéti beavatkozás;**
- **testüreg (hasüreg, mellkas) megnyitásával járó műtéti beavatkozás;**
- **a fejen, nyakon végzett olyan műtéti beavatkozás, amely következtében – akár átmenetileg – elégtelen érzékszervi, idegrendszeri működés áll fenn, vagy más olyan, hirtelen fellépett betegség vagy állapot, amelynek következtében a biztosítottnál olyan súlyos mozgáskorlátozottság alakult ki, hogy csak segédeszköz használatával vagy segítséggel képes helyváltoztatásra;**

– a kórházi tartózkodás során nem kúraszerű vagy ismétlődő ellátás történt;
– a szállításhoz legfeljebb mentőápolói szakkíséret szükséges.

8.3. Várakozási idő és előzményvizsgálat
A biztosító a jelen 8. pontban meghatározott betegszállítás szolgáltatása vonatkozásában a várakozási idő kikötésétől eltekint.
Eltérő rendelkezés hiányában a biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből vagy a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

8.4. Időpont módosítása, lemondása
A biztosítottnak a jelen 8. pontban meghatározott szolgáltatást megelőzően a szolgáltatás igénybevételének időpontját megelőző munkanap végén 16:00 óráig van lehetősége az előre egyeztetett időpontot módosítani vagy lemondani. Amennyiben ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, vagy nem veszi igénybe a szolgáltatást az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna, így a szolgáltatás a vonatkozó keretből levonásra kerül. Ebben az esetben 3 hónapig nem vehető igénybe a kért szolgáltatás. A lemondott egészségügyi ellátás időpontját az ellátásszervező egy alkalommal módosítja.

9. VIP kórházi ellátás utólagos térítéssel

9.1. Biztosítási szolgáltatás
A biztosító utólag megtéríti a biztosítottnak a magyarországi fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelése esetén felmerülő, fekvőbeteg-gyógyintézet által kiállított számlával igazolt azon költségeit, melyek az egészségügyi ellátáson kívül merültek fel (például: magasabb komfort fokozatú szoba).

9.2. Biztosítási szolgáltatási limit
A VIP szintű fekvőbeteg-ellátás egy biztosítási időszakon belül legfeljebb 30 napon keresztül vehető igénybe, melyet a biztosító maximum naponta az 1. számú mellékletben meghatározott szolgáltatási limitig vállal. Ezen térítési összeg feletti költség a biztosítottat terheli. A fekvőbeteg-ellátás lehet egyszeri vagy megszakított is.

9.3. Várakozási idő és előzményvizsgálat
A biztosító a jelen 9. pontban meghatározott VIP kórházi ellátás utólagos térítéssel szolgáltatása vonatkozásában a várakozási idő kikötésétől eltekint.
A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből vagy kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, valószínűsíthető betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

10. Gyógyászati segédeszközök finanszírozása

10.1. Biztosítási szolgáltatás
A biztosító utólag megtéríti a biztosítottnak az általa előfinanszírozott – a kockázatviselési időszakon belül, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett balesete vagy betegsége esetén – a biztosított gyógyulásához szükséges, Magyarországon felmerült, számlával igazolt gyógyászati segédeszköz költségét.
A jelen feltételek szempontjából nem minősül gyógyászati segédeszköznek és a biztosító kockázatviselése nem terjed ki különösen az alábbiakra:
– szemüveg;
– kontaktlencse;
– hallókészülék;
– fogszabályzó;
– pelenka.

A jelen feltételek értelmében gyógyászati segédeszköz alatt kizárólag a vonatkozó jogszabályokban ekként meghatározott eszközök közül az alábbiak értendők:
– kerekesszék;
– járóbot;
– mankó;
– rögzítő.

10.2. Várakozási idő és előzményvizsgálat
A biztosító a jelen 10. pontban meghatározott gyógyászati segédeszközök finanszírozása szolgáltatása vonatkozásában a várakozási idő kikötésétől eltekint.
A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belüli balesetből vagy kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli betegségből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

11. Influenza elleni védőoltás térítésmentesen

11.1. Biztosítási szolgáltatás
A biztosító biztosítási időszakonként egy alkalommal megtéríti a biztosított által kiváltott és előfinanszírozott oltóanyag és annak beadási árát.
A biztosított a szolgáltatás igénybevételéhez az online Egészségportál térképes kereső szolgáltatása segítségével kiválaszthatja a lakóhelyéhez közeli egészségügyi szolgáltatót. A szolgáltatás kezdeményezése a szolgáltatónak az Egészségportálon megadott elérhetőségein keresztül online vagy telefonon történhet. A biztosítási fedezet igazolása a Card Network szolgáltatások keretében a biztosítottnak megküldött virtuális egészségkártyával történik. Amennyiben a biztosított az online Egészségportál térképes kereső segítségével nem talál megfelelő egészségügyi szolgáltatót, úgy az orvosi call centeren keresztül kérheti a a védőoltás megszervezését. Amennyiben nem kívánja a biztosított az ellátásszervező által telefonon, illetve az online térképes kereső által javasolt szolgáltatót igénybe venni, úgy lehetősége van a védőoltást a saját maga által választott egészségügyi szolgáltatónál igénybe venni, és a szolgáltatás igénybevételéről szóló számlát utólag, az Egészségportálon online a biztosító részére benyújtani.

11.2. Várakozási idő és előzményvizsgálat
A biztosító a jelen 11. pontban meghatározott influenza elleni védőoltás térítésmentes szolgáltatása vonatkozásában a várakozási idő kikötésétől eltekint.
A biztosító kockázatviselése kizárólag a kockázatviselési időszakon belül igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

12. Az online Card Network szolgáltatások

A szerződési feltételek 2.8. pontjában meghatározottak szerint a Card Network szolgáltatás keretében igénybe vehető „Influenza elleni védőoltásra, továbbá szűrővizsgálatra szóló telefonos vagy online időpontfoglalás" közvetlenül az egészségügyi ellátónál igénybe vehető szolgáltatás az Online Egészségportál alapszolgáltatása, míg a „Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésre" az 1. számú mellékletben meghatározott biztosítási csomagokhoz kapcsolható. Az online Card Network szolgáltatások az Online Egészségportál keretében a http://egeszsegbiztositas.groupama.hu helyen érhetők el.

12.1. Biztosítási szolgáltatás
A biztosító a szolgáltatásra jogosultak részére e-mailben, a biztosított által a biztosítási szerződés létrejöttekor megadott e-mail címre egy virtuális, okostelefonra menthető, a biztosított nevét és egyedi azonosítószámát tartalmazó egészségkártyát küld, melynek segítségével a biztosított önállóan kezdeményezheti az egészségügyi ellátás igénybevételét. Az egészségügyi szolgáltató, ahol önállóan kezdeményezhető az ellátás, az Egészségportálon elérhető térképes keresőben választható ki. A szolgáltatás kezdeményezése a szolgáltatónak az Egészségportálon megadott elérhetőségein keresztül online vagy telefonon történhet.

A szolgáltatásra jogosult az online alapszolgáltatások keretén belül a jelen 2. melléklet 5. pontjában meghatározott személyre szabott szűrővizsgálatok, valamint a jelen 2. melléklet 11. pontjában meghatározott influenza elleni védőoltás, és amennyiben a biztosítás az előzménybetegségre is fedezetet nyújt, úgy a „Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésre" keretében a következő szakterületeken jogosult online vagy telefonon, önállóan, a biztosító ellátásszervező partnere előzetes értesítése nélkül egészségügyi szolgáltatásra időpontot egyeztetni: belgyógyászat, bőrgyógyászat, fül-orr-gégészet, gasztroenterológia, kardiológia, nőgyógyászat, sebészet, szemészet, traumatológia, ortopédia és urológia. A „Kiegészítő Card Network szolgáltatás járóbeteg-szakellátás szervezésre" keretében az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során az egészségügyi szolgáltató szükség esetén további egészségügyi ellátás kezdeményezésére jogosult a biztosító ellátásszervező parterének előzetes tájékoztatása nélkül.

Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követően a szolgáltatásra jogosult kapja meg a leletet, az igénybe vett egészségügyi szolgáltatásról kiállított számlát a szolgáltató közvetlenül a biztosító ellátásszervező partnerének küldi meg.

12.2. Biztosítási szolgáltatási limit

A 12.1. pontban meghatározott szolgáltatás biztosítási esemény bekövetkezte esetén korlátlan alkalommal igénybe vehető.

12.3. A Card Network szolgáltatások igénybevétele

12.3.1. A Card Network szolgáltatások a jelen pontban meghatározott webhelyen az 1.2.3. pontban meghatározottak szerint (e-mail cím és egyedi jelszó alapján azonosítva) érhetők el.

12.3.2. Az Online Egészségportál keretében elérhető, jelen 12. pontban meghatározott Card Network szolgáltatásokhoz a biztosítási szerződés létrejöttekor a biztosított részére egy welcome e-mailt küld a biztosító, melyben egy hivatkozás szerepel, ahol saját maga generálhat egy jelszót. A Card Network szolgáltatások keretében ezen jelszó segítségével azonosítja magát a biztosított a továbbiakban minden belépés során.

3. melléklet: Egynapos sebészeti műtétek

Fül-Orr-Gégészet

Arcüreg beavatkozások, endoszkópos beavatkozások, nyálmirigyek kisebb műtétei

OENO kód	Megnevezés
52210	Arcüreg drainage (intranas. ablak Lothrop szerint)
52220	Luc-Caldwell műtét
52270	Endoscopos (mikroszkópos) arcüregműtét
52500	Excisio laesionis linguae
52600	Nyálmirigy vagy nyálvezeték bemetszése
52630	Nyálmirigy vagy nyálvezeték helyreállítása
52760	Resectio uvulae

Gasztroenterológia

Endoszkópos nyelőcső, gyomor, patkóbél, epe és vastagbél bevatkozások

OENO kód	Megnevezés
16361	Endoscopos sphincterotomia
16363	Endoscopos kőextractio
16367	Wirsungotomia endoscopica et dilatatio eadem
54490	Endoscopos polypectomia a felső tápcsatornában
54523	Polypectomia colontos per colonoscopiam
54693	Polypectomia sigmae, sigmoidoscopos

Idegsebészet

Alagút szindrómák ellátása

OENO kód	Megnevezés
50432	Carpal tunnel felszabadítás
50435	Egyéb Tunnel syndromák műtétei

Nőgyógyászat

Laparoszkópos méh, tuba és petefészek műtétek, terápiás küret, méhnyak műtétei, hüvelyplasztikák és egyéb kisebb nőgyógyászati műtétek

OENO kód	Megnevezés
16611	Falloposcopia laparoscopica
55433	Excisio endometriosis peritonei laparoscopica
55435	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica unilat.
55436	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica bilat.
56515	Cystectomia ovarii / parovarialis laparoscopica unilat.
56516	Cystectomia ovarii / parovarialis laparoscopica bilat.
56517	Cauterisatio ovarii laparoscopica (drilling)
56518	Resectio ovarii laparoscopica unilateralis
56519	Resectio ovariorum laparoscopica bilateralis
56521	Oophorectomia unilateralis laparoscopica
56531	Salpingo-oophoprectomia laparoscopica unilateralis
56541	Oophorectomia bilateralis laparoscopica
56552	Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica
56571	Adhaesiolysis laparoscopica
56592	Detorquatio ovarii laparoscopica
56602	Salpingostomia unilat. laparoscopica
56603	Salpingostomia bilat. laparoscopica
56611	Salpingectomia laparoscopica unilateralis
56622	Salpingectomia laparoscopica bilaterale
56651	Salpingectomia partiale laparoscopica
5666A	Salpingo-stomatoplastica laparoscopica
5666C	Adnexectomia laparoscopica
56672	Chromopertubatio laparoscopica
56710	Conisatio portionis uteri
56720	Cervix elváltozás kimetszése
56721	Kryoconisatio portionis
56722	Electroconisatio portionis
56723	Méhpolyp eltávolítás
56740	Méhnyak műtéti reconstructioja
56741	Méhszáj plastica
56742	Cerclage colli uteri
56812	Septum uteri kiirtás (hysteroscop)

Sebészet

Lágyék- és köldöksérv műtétei, aranyér és végbél sipolyok ellátása

OENO kód	Megnevezés
54911	Exstirpatio fistulae ani
54913	Exstirpatio fistulae ani sec Hippokrates
54930	Haemorrhoidectomia
54931	Haemorrhoidectomia sec. Parks
54932	Haemorrhoidectomia sec. Milligan-Morgan
54933	Haemorrhoidectomia sec. Eisenhammer
54934	Haemorrhoidectomia sec. Langenbeck
54935	Haemorrhoidectomia sec. Whithead
55300	Hernioplastica inguinofemoralis
55310	Hernioplastica inguinofemoralis c. implant.
55311	Hernioplastica inguinofemoralis laparoscopica
55320	Herniotomia inguinofemoralis bilaterális
55330	Hernioplastica inguinofemoralis bilat. cum implantationem
55340	Hernioplastica umbilicalis

Traumatológia/Orthopédia

Artroszkópos beavatkozások (térd, boka, váll, könyök, csukló)

OENO kód	Megnevezés
16970	Arthroscopia
16971	Arthroscopia csuklón
16972	Arthroscopia könyökön
16973	Arthroscopia vállon
58054	Arthroscopos műtét
58055	Arthroscopos szalagplastica
58056	Arthroscopos szalagvarrat
58057	Arthroscopos mozaik plasztika
58058	Arthroscopos retinaculum plasztika
58059	Boka, váll, csípőízületi arthroscopos debridement
58322	Baker-cysta eltávolítása
58345	Dupuytren plantaris excisio

Urológia

Endoszkópos hólyag, húgycső beavatkozások, prosztata műtétek, here, mellékhere kisebb műtétei

OENO kód	Megnevezés
56011	Prosztata TUR
56013	Transurethralis prostata incisio
56015	Prostata transurethralis spirál behelyezés
56059	Prostata egyéb alternatív LASER műtétei
56110	Bergmann f. hydrocele műtét
56111	Winkelmann f. hydrocele műtét
56112	Hydrocele műtét
56291	Herefüggöly eltávolítása
56301	V.sperm.int.retroperitonealis ligatura (Palomo)
56302	Scrotalis varicocelectomia
56303	Funiculocele resectio
56308	Ligatura v. spermaticae internae laparoscopica
56310	Mellékhere cysta kiirtása
56311	Spermatocele resectio
56330	Epididymectomia
56360	Vasectomia
56370	Vasovasostomia
56400	Circumcisio
56403	Phimotomia
86051	Thermotherapia prostatae

4. melléklet: Műtéti költségtérítés – Műtéti lista

OENO kód	Megnevezés
55118	Cholecystectomia laparoscopica
58040	Meniscectomia partialis, arthroscopos
56830	Méheltávolítás-hasi
58149	Elülső keresztszalag plastica
55310	Hernioplastica inguinofemoralis c. inplant.
58033	Lumbalis discectomia flavotomian keresztül
56550	Salpingo-oophorectomia-kétoldali
52271	Endoscopos (mikroszkópos) rostaműtétek (FES)
56530	Salpingo-oophorectomia-féloldali
5381E	TEA carotis
55300	Hernioplastica inguinofemoralis
55340	Hernioplastica umbilicalis
56840	Méheltávolítás-hüvelyi
52270	Endoscopos (mikroszkópos) arcüregműtét
55731	TUR Resectio transurethralis vesurin.therapeutic.
53844	Varicektomia
56723	Méhpolyp eltávolítás
56850	Méheltávolítás radicalis-hasi (kiterjesztett)
53002	Microlaryngoscopiás műtét
55110	Cholecystectomia
58620	Mastectomia con.lymphadenect. reg.
50432	Carpal tunnel felszabadítás
56810	Myoma enucleatio
55311	Hernioplastica inguinofemoralis laparoscopica
5815E	Csípőprotézis hibrid TEP
56611	Salpingectomia laparoscopica unilateralis
54930	Haemorrhoidectomia
55119	Cholecystectomia, LC-kezdés után konvertált
56610	Salpingectomia-egyik oldalon
55541	Nephrectomia radicalis
56816	Enucleatio myomae uteri laparoscopica
58030	Discectomia anterior cervicalis
56518	Resectio ovarii laparoscopica unilateralis
54932	Haemorrhoidectomia sec. Milligan Morgan
56011	Prostata TUR
51950	Tympanoplastica
56040	Prostatectomia radicalis
56302	Scrotalis varicokelectomia
54688	Adhaesiolysis interintestinalis
58034	Lumbalis discectomia flaminect v.haemilaminect.at
54920	Exscisio fissurae ani
53957	Angioplastica arteriae subclaviae PTA
54931	Haemorrhoidectomia sec. Parks
50511	Sympathectomia lumbalis
55732	TUR Resectio transurethralis ves.urin.palliativa
56513	Petefészek eltávolítás, részleges-egyik oldalon
56570	Petefészek és a kürt összenövéseinek oldása
55600	Ureterorendoscopos kőeltávolítás
56531	Salpingo-oophoprectomia laparoscopica unilateralis
56520	Petefészek eltávolítás-féloldali
58041	Meniscectomia partialis, arthrotomia

OENO kód	Megnevezés
58230	Aponeurectomia partialis manus
52150	Turbinectomia, conchotomia, operculumresectio
55435	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica unilat.
57064	Hüvelycsonk transabdominalis felfüggesztése
54933	Haemorrhoidectomia sec. Esenhammer
50435	Egyéb Tunnel syndromák műtétei
5666C	Adnexectomia laparoscopica
58031	Discectomia cervicalis anterior multiplex
51951	Tympanoplastica, cholesteatoma sanatioval
56540	Petefészek eltávolítás-kétoldali (castratio)
55331	Hernioplastica inguinofem. bilat. laparoscopica
52850	Adenotomia, readenotomia
58322	Baker-cysta eltávolítása
56817	Enucleatio myomae hysteroscopica
56510	Petefészek localis kimetszése
57063	Hüvelycsonk magas felfüggesztése
56620	Salpingectomia-mindkét oldalon
56012	Prostata TUR-radicalis
52820	Tonsillo-adenotomia
56821	Hysterectomia subtotalis laparoscopica.
58231	Aponeurectomia totalis manus
56112	Hydrocele műtét
53003	Mikrolaryngoscopias műtét LASER-rel
58055	Arthroscopos szalagplasztika
52121	Polypectomia ethmoidektomia nélkül az orrüregből
56622	Salpingectomia laparoscopica bilaterale
56020	Prostatectomia transvesicalis
5816C	Oldalszalag plasztika (térd)
50640	Thyreoidectomia substernalis
56514	Petefészek eltávolítás, részleges-mindkét oldalon
5681A	Resectio myomae hysteroscopica
55330	Hernioplastica inguinofem. bilat. c. inplant.
56803	Hysterectomia laparoscopica
55436	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica bilat.
56600	Salpingotomia
55138	Cholecystectomia laparoscopica + cysticus drain
55131	Cholecystectomia choledochotomiamque+Kehr drainage
54560	Colectomia
56519	Resectio ovariorum laparoscopica bilateralis
52030	Mastoidectomia, atticoantrotomia
58042	Meniscus reinsertio, arthroscopos
56730	Cervix amputatio
57043	Hátsó hüvelyboltozat plasztikája
55733	TUR Resectio transurethralis colli ves. urin.
56013	Transurethralis prostata incisio
56651	Salpingectomia partiale laparoscopica
56833	Hysterectomia totalis laparoscopica sec. Reich
55320	Hernioplastica inguinofemoralis bilateralis
56552	Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica
58691	Excisio gynecomastiae
58036	Discecto percutanea