

AZ OTP ORSZÁGOS EGÉSZSÉG- ÉS ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁR ÁLTAL KÖTÖTT EGYEDI GROUPAMA „HELLO EGÉSZSÉG” CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS MINDENNAPOK, OPTIMUM ÉS PRÉMIUM BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓJA

1. A feltételek tartalma

Jelen szerződési feltételek azokat a kikötéseket tartalmazzák, amelyeket a Groupama Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Egyedi Groupama „Hello Egészség” Csoportos Egészségbiztosítás elnevezésű (továbbiakban: Hello Egészség Csoportos Egészségbiztosítás) egészségbiztosítási szerződés Mindennapok, Optimum és Prémium biztosítási csomagjaira alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést ezen feltételekre hivatkozással kötötték. A keletkezés (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 veszítik, és nem képezik jelen szerződés részét.

Jelen különös feltételek szerinti csomag típusokat csak azon személyek választhatják, akik rendelkeznek a Hello Egészség Bázis biztosítási csomaggal. **A jelen különös szerződési feltételekben az „OTP Országos Egészség- és Önszegélyező Pénztár által kötött Egyedi Groupama „Hello Egészség” csoportos egészségbiztosítás Bázis biztosítási csomag szerződési feltételei és ügyféléltájékoztatója” dokumentumban foglaltakat egészítik ki. Amennyiben eltérés van a két dokumentumon között, úgy az opcionálisan választható Mindennapok, Optimum és Prémium csomagok tekintetében a jelen különös szerződési feltételek az irányadóak.**

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 orvos szakmai 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 mulékony sérülést szenved. Jelen feltételekben balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

- vízbefúulás;
- égési sérülések, leforrások, villámcsapás, elektromos áram hatásai;

– károsító gázok, gőzök belélegzése, mérgező vagy maró anyagok szervezetbe való kerülése.

A betegségek bekövetkezése nem minősül balesetnek, a fertőző betegségek bekövetkezése 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. Az egyes biztosítottak esetében a biztosítási évforduló minden évben az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet napja.

2.8. Csomagtípus: A Hello Egészség Csoportos Egészségbiztosítás a Hello Egészség Bázis, továbbá a jelen feltételek szerint meghatározott Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium csomag típusokban köthető meg. A Hello Egészség Bázis biztosítási csomagra vonatkozó szerződési feltételeket és ügyféléltájékoztatót külön dokumentum tartalmazza. A csomag típusok közül a Hello Egészség Bázis biztosítási csomagot a Pénztár minden, a Szolidáris Alaphoz tartozó pénztártag biztosított részére megköti, aki megfelel a vonatkozó szerződési feltételek 3.3. pontjában foglaltaknak, míg a Hello Egészség Bázis csomag kiterjesztéseként köthető további, opcionális biztosított csomagok (Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium) biztosítottanként választhatók. A biztosított pénztártag a pénztári szolgáltatási kedvezményezettjei mint biztosítottak részére mind a három biztosítási csomag típus közül választhat, feltéve hogy a Hello Egészség Bázis csomagot is megköti rájuk. Az egyes csomag típusok a szolgáltatások körében, valamint a szolgáltatási limitek tekintetében térnek el egymástól. A Hello Egészség Bázis biztosítási csomag szolgáltatásait kiegészítő, opcionálisan választható Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium biztosítási csomag típusokat és azok tartalmát a jelen szerződési feltételek 1. számú melléklete rögzíti. A csomag típusokról a Pénztár tájékoztatja a biztosítottakat.

2.9. 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.

2.10/a. Egészségpénztári tag: Az a természetes személy, aki betöltötte a 16. életévét, és akit aláírt belépési nyilatkozata alapján a Pénztár a tagjai közé felvett.

2.10/b. Egészségpénztári szolgáltatási kedvezményezett: Az egészségpénztári tag 2.22. pontban megjelölt közeli hozzátartozója, akit szolgáltatási kedvezményezettként megjelölt és a Pénztár nyilvántartásában szerepel.

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;
- képközlő diagnosztikai ellátások leletei;
- beutaló (másolat).

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: 13613781-2-43), amelynek részére a biztosítottak személyes adatai az ellátás szervezése céljából átadásra a biztosított hozzájárulásával kerülnek (a biztosított hozzájárulásakor, illetve egyedileg a biztosított által).

2.13. Egynapos sebészeti ellátás: Jogszabályban meghatározott olyan tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre engedélyeztetten 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, kíséreléssel elhagyhatja az ellátó intézményt. A jelen feltételek szerint az egynapos sebészeti ellátás keretében igénybe vehető ellátások körét a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag szerződési feltételeinek 3. számú melléklete tartalmazza. Az egynapos sebészeti ellátás meghatározását Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendelet tartalmazza.

2.14. Ellátásszervezés: Amennyiben a biztosított betegsége vagy balesete miatt szakorvosi, laboratóriumi vagy képközlő vizsgálatra, vagy orvosi konzultációra szorul, biztosított telefonon kérheti a szükséges orvosi ellátás megszervezését. Az ellátásszervező a biztosítottal folytatott telefonbeszélgetés során tisztázza a szakvizsgálat megszervezésével kapcsolatos fontos körülményeket, és tájékozik a biztosított egészségi állapotáról és igényeiről. Az ellátásszervező a biztosítottnak segítséget nyújt abban, hogy megtalálja a szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás biztosítási csomagtól függően az éves szolgáltatási limitig vagy nem téríthető esetben a biztosított saját költségén elérhető. Az ellátásszervező a szolgáltató ajánlásán túl a biztosított kérésére az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja, amennyiben az térítés elle-

nében igénybe vehető. A szolgáltatás az információ szolgáltatását és az ellátás megszervezését öleli fel.

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

2.16. Előzménybetegség: a biztosított csoportba történő bekerülés (azaz az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete) előtt – a jelen feltételek 19.3. pontjában meghatározott időintervallumon belül – már kórosított (diagnosztizált) vagy fennálló tünet, vagy még nem kórosított (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, geriatríai 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. Házi orvos: A hozzá bejelentkezett páciensek egészségügyi ellátását jogszabályok alapján koordináló, illetve számukra egészségügyi alapellátást nyújtó orvos.

2.21. Hozzá tartozó: 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.

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

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

2.24. Közös háztartás: az azonos lakcímmel bejelentett és életvitelszerűen gazdasági közösségben együtt élő természetes személy fogyasztók közössége.

2.25. 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.

2.26. Laborvizsgálat: Emberi szövetrészeket (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 fertőzőittségének megállapítása céljából.

2.27. 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.

2.28. Nagyértékű diagnosztika: A biztosított panasa 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.

2.29. Online Egészségportál: Olyan online felület, amelyen igénybe vehetők a biztosító által – biztosítási csomagtól függően – nyújtott online szolgáltatások, melyek: 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 az influenza elleni védőoltásra, továbbá szűrővizsgálatra szóló telefonos vagy online időpontfoglalás közvetlenül az egészségügyi ellátónál.

2.30. 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 keringésvajítást 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.

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

2.32. Szolgáltatási fedezetek: A Pénztár (lásd 3.2.) 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. számú melléklet tartalmazza.

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

2.34. 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.

2.35. Szolidáris Alap: A Szolidáris Alaphoz – a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag vonatkozásában – automatikusan csatlakozónak minősül minden, a Szolidáris Alap létesítésének napján és azt követően pénztári tagsági jogviszonnyal és egyéni számláján a szükséges fedezettel rendelke-

ző, 16. életévét betöltött, de 75. életévét még be nem töltött pénztártag és a Pénztár által azonosított természetes személy (aki nem tett lemondó nyilatkozatot).

2.36. 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.

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

2.38. 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, alkalmoszerű és azonnali ellátást igénylő beavatkozások elvégzése, illetőleg fekvőbetegellátó intézetbe történő azonnali ellátási eset miatti beutalása, valamint a külön jogszabályokban meghatározott eljárásokban való részvétel.

2.39. Várakozási idő: A biztosítási szerződésben megadott, a biztosítottra vonatkozó jogviszony létrejött napjától, mint kockázatviselési kezdetétől, számított időszak, amely alatt a biztosító biztosítottra vonatkozó kockázatviselése korlátozott.

2.40. Vizsgálat: A biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és 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 OTP Országos Egészség- és Önségélyező Pénztár (székhely: 1133 Budapest, Váci út 76. Adószám: 18105564-1-41, ügyfélszolgálat elérhetősége: 1133 Budapest, Váci út 80.; továbbiakban: Pénztár), aki a biztosítóval a biztosítási szerződést a biztosítottak javára megkötö, köteles a jognyilatkozatok megtételére, valamint a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal, amennyiben az egyéni számláján a szükséges fedezet rendelkezésre áll, és akihez a biztosító nyilatkozatait intézi. A Pénztár köteles a biztosítottakat tájékoztatni a biztosítási keretszerződés megkötéséről, a biztosítási feltételekről, valamint a szolgáltatásokról.

3.3. Biztosított

A Pénztár által meghatározott csoporthoz tartozó természetes személy, akinek egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.

Az opcionálisan választható Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium biztosítási csomagok keretében biztosítási jogviszonyt létesíthet az a természetes személy, aki a Pénztárral tagsági vagy szolgáltatási kedvezményezett jogviszonyban áll, a Szolidáris Alaphoz tartozik, tehát a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag keretében biztosított jogviszonnyal is rendelkezik, az alábbiak figyelembevételével:

– Biztosítottnak minősül a a biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony

létrejöttkor legalább 16 éves, de legfeljebb 64 éves belépési korú, Pmt. előírásai szerint a Pénztár által azonosított természetes személy, aki a Pénztárral tagsági jogviszonyban áll, egyéni számláján rendelkezik a biztosítási díjhoz szükséges fedezettel, és írásos vagy a jelen feltételek 26. pontjában foglalt, távértékesítési rendelkezések alapján telefonon rögzített vonalon tett nyilatkozattal csatlakozott a biztosítottak köréhez (továbbiakban: pénztártag biztosított).

- A pénztártag biztosított által a társbiztosítottra megkötött Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium biztosítási csomagok keretében biztosított lehet a pénztártag biztosított által megnevezett, a biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony létrejöttkor legalább 16 éves, de legfeljebb 64 éves belépési korú természetes személy, aki egyben a pénztártag biztosított által az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény (továbbiakban: Öpt.) szerint bejelentett szolgáltatási kedvezményezettje a pénztártagnak, egyben a pénztártag biztosított Öpt. szerinti közeli hozzátartozója, és aki számára a pénztártag biztosított a biztosítási díjhoz szükséges fedezet mellett igényelte a biztosítást. (továbbiakban: társbiztosított).

(együttesen: biztosított).

A biztosítási fedezet létrejöttét a biztosító biztosítotti nyilatkozat tételéhez köti.

A kedvezményezett társbiztosítottá válásának feltétele, hogy a hozzátartozó pénztártag is folyamatosan biztosított legyen legalább a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag keretében.

A biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét a jelen szerződési feltételek 6. pontjában meghatározottak szabályozzák.

A biztosított belépési korát a biztosító a szerződéskötéskor úgy állapítja meg, hogy a biztosított csoportba történő belépés évszámából levonja a biztosított születési évének évszámát.

A biztosításba biztosítottat a keretszerződés tartama alatt bármikor be lehet jelenteni. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változását a Pénztár 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.

A biztosító, illetve a Pénztár jogosult a pénztártag vagy a pénztártag szolgáltatási kedvezményezettje csoportos biztosításhoz való csatlakozási szándékát elutasítani.

3.4. Kedvezményezett

A biztosítási szerződés keretében kedvezményezett az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult. A jelen feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés esetében a biztosítási szolgáltatás kedvezményezettjének a biztosított minősül. A biztosító a szolgáltatások igénybevételekor keletkezett számlák ellenértékét, mint „kárkifizetéseket”, a Teladoc Hungary Kft-nek teljesíti, a Teladoc Hungary Kft. azt – az Öpt. vonatkozó rendelkezéseire tekintettel – a Pénztáron keresztül téríti meg az egészségügyi szolgáltatóknak vagy a pénztártag számlájára téríti meg.

4. A biztosítási szerződés létrejötte

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

5. Kockázatbírálás

A biztosító a biztosítási szerződéssel összefüggésben kockázatbírálást nem alkalmaz.

6. A biztosító kockázatviselésének kezdete

A biztosító kockázatviselése az alábbi időpontban kezdődik meg:

6.1. Az opcionálisan választható biztosítási csomagok (Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum, Hello Egészség Prémium) keretében a

biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan a tételes adat-szolgáltatás alapján az alábbi időpontban kezdődik meg:

- a tárgyhónapot követő hónap első napján, amennyiben a biztosított nyilatkozat tárgyhónap 15. napjáig beérkezik, és a Pénztár a biztosított adatait tárgyhónap 20-ig a biztosító részére átadja;
- a tárgyhónapot követő második hónap első napján, amennyiben a biztosított a biztosított nyilatkozatot tárgyhónap 15. napját követően teszi meg rögzített vonalon, és a Pénztár a biztosított adatait tárgyhónap 20-át követően adja át a biztosító, illetve ellátásszervező partnere részére.

A Pénztár azon biztosított állomány adatait küldi át, akik esetében a tárgyhónapot megelőző hónap 15. napján a tagsági jogviszony és a keretszerződés szerinti egyéb feltételek fennállnak; kedvezményezettnek esetén fenti előírás megfelelően alkalmazandó azzal, hogy a tárgyhónapot megelőző hónap 15. napjáig az adott kedvezményezett esetében a pénztártagnak a kedvezményezettjének a biztosítási csomaghoz történő csatlakozására vonatkozó nyilatkozata rögzítésre került.

6.2. A biztosító kockázatviselésének feltétele adott biztosított vonatkozásában, hogy a Pénztár a csoportos egészségbiztosítás esedékes biztosítási díját adott biztosítottra vonatkozóan a kockázatviselési időtartamra a biztosító számlájára – az egészségpénztári tag számlájára történt áthárítást követően – megfizette a biztosítási keretszerződésben meghatározottak szerint. A biztosító kockázatviselése kizárólag a díjfizetéssel rendezett időtartamra áll fenn.

6.3. Amennyiben a Pénztár a biztosítottra vonatkozó díjat a biztosító részére az esedékességet követő 30. naptári napig nem fizeti meg, a biztosítási jogviszony és a biztosító kockázatviselése megszűnik adott biztosított vonatkozásában az esedékességet követő 30. napon 24 órakor.

A biztosítónak jogában áll az esedékességet követő 30. napig fennálló időszakra járó biztosítási díjat követelni a biztosítottól, különös tekintettel arra az esetre, amikor a biztosító ezen időszakra vonatkozóan szolgáltatást nyújtott, vagy amikor díjnemfizetés okán megszűnt biztosítási jogviszony újbóli kérelmezése történik.

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 biztosított csoportból

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

- a. a biztosított írásbeli nyilatkozata alapján mind a pénztártag biztosítottak, mind pedig a társbiztosítottak esetében a jelen feltételekben szabályozott, opcionálisan választott biztosítási csomag (Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum, Hello Egészség Prémium) lemondása esetén a lemondási (kilépési) nyilatkozat Pénztárhoz történő beérkezését (legkésőbb az évfordulót megelőző hónap 15. napja) követően, adott biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napján 0 órakor, feltéve, hogy a lemondási nyilatkozat az évfordulót megelőző 15. napig a Pénztárhoz megérkezik, és a lemondásról a Pénztár a biztosítottot értesítette az évfordulót megelőző hónap 20. napjáig; amennyiben a Pénztár a biztosított az évfordulót megelőző hónap 20. napját követően értesíti (mert pl. a biztosított lemondási/kilépési nyilatkozat határidőn túl érkezett be az évfordulót megelőző hónapban), úgy az értesítés biztosítóhoz történő beérkezését követő 2. hónap első napjának 0 órájkor szűnik meg a biztosított jogviszony;
- b. amennyiben a Pénztárral való tagsági jogviszony és ezzel együtt a biztosított csoportba való tartozás megszűnik, és a Pénztár az adott biz-

tosított jogviszonyának megszűnését a biztosítónál írásban kezdeményezi (a vonatkozó havi adatszolgáltatásban), annak a hónapnak az utolsó napján 24 órakor, melyben a pénztári tagsági jogviszony megszűnt;

- c. amennyiben az esedékességétől számított 30. napig az elmaradt biztosítási díj nem kerül megfizetésre a biztosító részére a 15. pontban és a keretszerződésben meghatározottak szerint, úgy az esedékességtől számított 30. napon 24 órakor;
- d. a biztosított halála esetén, a biztosított halálának időpontjával (a biztosító a biztosított halálát követően a tudomásszerzésig részére megfizetett biztosítási díjat a Pénztár részére visszautalja a keretszerződésben foglaltak szerint);
- e. pénztártag biztosított vagy társbiztosított esetében a Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium biztosítási csomag keretében a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évforduló napján 0 órakor;
- f. a biztosított 100%-os baleseti eredetű rokkantsága, egészségkárosodása esetén, az egészségkárosodás megállapításának időpontjában (a biztosító a biztosított egészségkárosodása megállapításának napját követően a tudomásszerzésig részére megfizetett biztosítási díjat a Pénztár részére visszautalja a keretszerződésben foglaltak szerint);
- g. amennyiben a keretszerződés megszűnik, a keretszerződés megszűnésének időpontjában;
- h. amennyiben a biztosított biztosítotti jogviszonya a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag keretében bármely ok miatt megszűnik, adott biztosított vonatkozásában a Hello Egészség Bázis csomag megszűnésével egyidejűleg az opcionálisan választott Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum, Hello Egészség Prémium csomag keretében is megszűnik a biztosító kockázatviselése;
- i. pénztártag biztosított biztosítási jogviszonyának megszűnésével egyidejűleg a társbiztosított biztosítási jogviszonya is megszűnik;
- j. az a biztosított, aki a biztosítotti nyilatkozatot rögzített vonalon tette meg (telefonon csatlakozott a biztosítási szerződéshez), a rá vonatkozóan létrejött biztosítási jogviszonyt a részére küldött visszaigazolás kézhezvételétől számított 14 (tizennégy) napos határidőn belül azonnali hatállyal felmondhatja. Az azonnali hatályú felmondás a megtétel napján 24 órakor lép hatályba.

9. A biztosítási időszak

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

9.2. A csoportos biztosítási szerződés keretében 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).

9.4. Az egyes biztosítottak esetében a biztosítási évforduló minden évben a biztosító adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetének napja.

10. A biztosítás tartama

A Pénztár és a biztosító között létrejött biztosítási keretszerződés határozott, egy éves tartamra jön létre. Jelen feltételek alapján létrejött, egy éves tartamú biztosítási keretszerződés 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 lejártá előtti 45 nappal megtenni a másik fél részére, figyelembe véve a jelen feltételek 15.2. pontjában leírtakat.

A biztosítás tartamának kezdete a kockázatviselési időszak kezdetével megegyezik. A tartam kezdetét a felek a biztosítási keretszerződésben rögzítik. Az egyes biztosítottakra vonatkozó biztosítási tartam megegyezik a jelen szerződési feltételek 6. pontjaiban szabályozott kockázatviselési időszakával.

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 – adott fedezetre vonatkozó eltérő rendelkezés hiányában – a kockázatviselési időszak kezdetéhez képest előzmény nélküli, olyan valószínűsíthető betegség, kóros állapota, várandóssága, amelyet az ellátásszervező partner részére a kockázatviselési időszak alatt 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.

12.3. A biztosítási esemény időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél bejelenti azzal, hogy a bejelentést is a rá vonatkozó kockázatviselési időszakban kell a biztosítottnak megtennie. Abban az esetben, ha a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés megszűnését követően jelenti be a biztosítási eseményt, a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

12.4. A biztosított által önállóan kezdeményezett, szűrővizsgálatra vagy influenza elleni védőoltásra vonatkozó online vagy telefonos időpontfoglalás esetében a biztosítási esemény időpontja az egészségügyi szolgáltatónál történő időpontfoglalás ideje.

12.5. A biztosító által a Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium csomag keretében nyújtott szolgáltatásokat a jelen feltételek részét képező 1. számú melléklet és 2. számú melléklet tartalmazza.

12.6. Biztosítási esemény bejelentése

12.6.1. A 12.1. pontban meghatározott biztosítási események esetében az ellátásszervezővel – online 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 12.7.5. pontban, továbbá a jelen feltételek 2. számú mellékletében meghatározott iratok bemutatását kérheti.

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

12.6.3. A biztosítási esemény telefonon történő bejelentésének, valamint az online vagy telefonon történő időpontfoglalásnak a feltétele, hogy a biztosító, illetve ellátásszervező partnere rendelkezésére álljanak a biztosítottra vonatkozó, általa megadott és az azonosítására alkalmas adatok.

12.6.4. 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.

12.7. A biztosító szolgáltatásai

12.7.1. A biztosítás szolgáltatási elemeit csomagonként a jelen feltételek részét képező 1. számú melléklet tartalmazza.

12.7.2. 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.

12.7.3. Amennyiben a biztosító kockázatviselése a biztosítottra vonatkozóan a 8. b. és g. 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 a Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium biztosítási csomagok esetében csak a járóbeteg-szakellátás keretében és legfeljebb egy szakorvosi vizsgálat megszervezésére és térítésére vállal kötelezettséget.

12.7.4. 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.

12.7.5. Az ellátásszervező a szolgáltatási igény bizonyításához és elbírálásához a 2. számú mellékletben felsoroltakon túl az alábbi iratok bemutatását kérheti:

- orvosi beutaló vagy javaslat;
- szakorvosi beutaló vagy javaslat;
- az orvosi ellátás szükségességét igazoló dokumentáció;
- a biztosított nevére kiállított számla.

Amennyiben a pénztárgy biztosított vagy társbiztosított rendelkezik Hello Egészség Bázis csomaggal, továbbá választott Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum, Hello Egészség Prémium csomaggal, úgy azon szolgáltatások esetében, melyek mind a Hello Egészség Bázis csomag, mind pedig az opcionálisan választott, emelt szintű csomagban szerepelnek, de eltérő biztosítási összeghatárral, úgy a biztosító kizárólag abban az esetben nyújtja a magasabb szintű biztosítási szolgáltatást, amennyiben az igényelt szolgáltatás szükségességét igazoló orvosi dokumentumok az opcionálisan választott, emelt szintű biztosítási csomag kockázatviselési időszakának kezdetét követően kerültek kiállításra.

12.7.6. Az 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 a Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum, Hello Egészség Prémium biztosítási csomagok keretében azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem indokolt vagy szükséges.

12.7.7. Az ellátásszervező kizárólag a vele szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg az egészségügyi szolgáltatást. Amennyiben biztosított a járóbeteg-szakellátás keretében nyújtott szolgáltatásokat olyan szolgáltatónál szeretné igénybe venni, akivel ellátásszervező még nem áll szerződésben, javasolhatja, hogy az egészségügyi szolgáltatások nyújtására vonatkozóan az általa preferált szolgáltató és az ellátásszervező szerződéses jogviszony létrehozását kezdeményezze. Ellátásszervező biztosított kérésének megfelelően felveszi a kapcsolatot a még nem szerződött szolgáltatóval, és amennyiben az a szerződéskötés orvosszakmai és minőségbiztosítási kritériumainak megfelel, megkezdji a szerződéskötés folyamatát. A biztosított tudomásul veszi, hogy a szerződéskötésnek időbeli átfutása van

és nem garantálható. Ebben az esetben a biztosító szolgáltatásának felső határa az az összeg, amennyibe adott szolgáltatás igénybevétele akkor került volna, ha azt az egészségügyi ellátásszervező partner szervezi meg.

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

12.7.9. A biztosított a jelen szerződési feltételek alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.

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

12.7.11. A biztosító kockázatviselése kizárólag az ellátásszervező szervezésében és előzetes jóváhagyásával igénybe vett szolgáltatásokra terjed ki, figyelembe véve a jelen feltételek 2. számú mellékletében foglalt speciális rendelkezéseket.

13. A biztosítási csomag választása és módosítása

A Hello Egészség Bázis biztosítási csomag által nyújtott biztosítási fedezetek köre – a biztosított vonatkozó telefonon, rögzített vonalon tett nyilatkozata alapján – kiterjeszhető opcionálisan választható, emelt szintű biztosítási csomaggal. A Hello Egészség Bázis biztosítási csomag szolgáltatásainak kiegészítése céljából opcionálisan választható biztosítási csomagokat a jelen szerződési feltételek 1. számú melléklete tartalmazza.

A Hello Egészség Bázis biztosítási csomag mellé opcionális (Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum, Hello Egészség Prémium) biztosítási csomagot igényelni telefonon, rögzített vonalon van lehetőség, a vonatkozó biztosított nyilatkozat telefonon, rögzített vonalon történő megtételével, bármely hónapban. A biztosító kockázatviselésének kezdetét ebben az esetben a jelen feltételek 6. pontja tartalmazza.

Amennyiben a biztosított már rendelkezik a Hello Egészség Bázis biztosítási csomagja mellett bármely opcionális biztosítási csomaggal, úgy a meglévő opcionális biztosítási csomag (Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum, Hello Egészség Prémium) módosítására legalább egy biztosítási időszak (egy év) elteltét követően, az adott biztosítottra vonatkozó, a 9.4. pontban meghatározott egyéni biztosítási évfordulóra van lehetőség. Az opcionálisan választható biztosítási csomagok közül a biztosított egy csomagot választhat, azaz a biztosító a biztosított kizárólag egy opcionális biztosítási csomag alapján vállal kockázatot a Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium csomagok közül.

14. A biztosítás újra érvénybe helyezése

14.1. Amennyiben az opcionális (Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum, Hello Egészség Prémium) biztosítási csomagok keretében a biztosítási jogviszony a biztosított írásbeli lemondási nyilatkozata alapján biztosítási évfordulóra megszűnt, úgy az opcionális biztosítás újra érvénybe helyezésére bármely hónapban van lehetőség. Ez esetben a biztosító kockázatviselésének kezdetét a biztosított telefonon, rögzített vonalon tett biztosított nyilatkozata alapján a jelen feltételek 6. pontja tartalmazza. Lemondással megszüntetett biztosítási fedezet újra érvénybe helyezésére több alkalommal is lehetőség van.

14.2. Abban az esetben, ha az opcionális (Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum, Hello Egészség Prémium) biztosítási csomagok

keretében a biztosítási jogviszony a biztosítási díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, úgy az opcionális biztosítás újra érvénybe helyezésére legfeljebb egy alkalommal van lehetőség a biztosított vonatkozó, telefonon, rögzített vonalon tett nyilatkozata alapján.

15. A biztosítási díj

15.1. 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 díj fizetés gyakoriságának és módjának meghatározásával együtt.

15.2. Amennyiben a biztosítási tartam meghosszabbodik, és a biztosított csoportra vonatkozó kockázati viszonyok alakulása (a biztosítási események előfordulási gyakoriságának változása a veszélyközösségen belül) vagy a piaci körülmények változása (a biztosító által a Csoportos Egészségbiztosítás keretében nyújtott magánegészségügyi szolgáltatások piaci árainak változása, a biztosított csoport átlagéletkorának változása) szükségessé teszik, úgy a **biztosító** a korábban megfizetett biztosítási díjhoz képest **új díjat állapíthat meg, és a biztosítási szolgáltatásokat (azok körét és összeghatárát) is módosíthatja a veszélyközösség védelme érdekében a Pénztár előzetes egyetértésével, a biztosító és a Pénztár között létrejött keretszerződésben foglaltak szerint. A módosítás okai az alábbiak lehetnek:**

- a biztosítottak aktuális átlagéletkorában és összetételében történt 10%-nál nagyobb emelkedés;
- a kártapasztalat díjkalkulációban feltételezettnél nagyobb mértéke (gyakoriságban és/vagy volumenben);
- a magánegészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások árának változása.

Az a. pontban meghatározott esetekben a díjemelés mértéke (és/vagy az ezzel egyenértékű szolgáltatáscsökkentés) legfeljebb az emelkedés mértékével megegyező lehet.

A b. pontban meghatározott esetben a díjemelés mértéke (és/vagy az ezzel egyenértékű szolgáltatáscsökkentés) a kártapasztalat tényleges és díjkalkulációban feltételezett mértéke közötti különbség lehet.

A c. pontban meghatározott esetben a magánegészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások árának változása megállapításához a biztosító egy referenciaértéket vesz alapul. A referenciaérték számításának alapja a biztosító tíz legjelentősebb magánegészségügyi szolgáltató partnerének átlagos árváltozása. Amennyiben a magánegészségügy szolgáltatói árak átlagos növekedése eléri az 5%-ot, a biztosító az átlagos növekedés mértékével történő növelésre tesz javaslatot (és/vagy szolgáltatások csökkentésére tesz javaslatot). A biztosítási díj jelen bekezdésben meghatározottak szerinti emelése a biztosítási szolgáltatások összeghatárait nem növeli. Amennyiben a szolgáltatói árak átlagos növekedése nem éri el az 5%-ot egy adott évben, a biztosító nem él az árváltozás miatti díjemelés lehetőségével. Amennyiben tárgyévben a biztosító nem emelt díjat a szolgáltatói áremelkedés miatt, úgy a tárgyévét követő biztosítási év(ek)ben a magánegészségügyi szolgáltatások átlagos áremelkedésének az eltelt években bekövetkezett mértékét veszi alapul a díjmódosításhoz.

A biztosítási díj vagy szolgáltatás módosítása kizárólag a Pénztár és a biztosító közös megegyezése alapján lehetséges a közöttük létrejött keretszerződésben foglaltak szerint. A biztosító a módosításra vonatkozó javaslatát részletes kárstatisztikával vagy egyéb elemzéssel támasztja alá. A biztosító a módosítási javaslatról legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 60. napon értesíti a Pénztárat, és kezdeményezi az egyeztetést. Amennyiben a Pénztár és a biztosító az egyeztetést követően nem jut közös megegyezésre, úgy a szerződés megszüntetését bármely fél jogosult kezdeményezni. A megszüntetésre vonatkozó nyilatkozatnak a másik fél részére a jelen szerződési feltételek 10. pontjában meghatározott határidőig kell megérkeznie a másik félhez.

15.3. Amennyiben a biztosítottakra vonatkozó létszámváltozást a Pénztár (különös tekintettel a kilépő biztosítottak vonatkozásában) nem jelenti le a biztosító felé a keretszerződésben és a jelen szerződési feltételek 16.1.4. pontban meghatározott határidőn belül, úgy a felek egyeztetnek, és a biz-

tosítónak jogában áll az adott biztosítottra vonatkozó következő havi biztosítási díjat követelni a Pénztártól, amely időszakra a biztosító kockázatviselése adott biztosított vonatkozásában változatlanul fennáll.

15.4. A Pénztár tudomásul veszi, hogy a biztosító kizárólag díjrendezett szerződés esetében nyújtja a biztosítási szolgáltatásokat. Amennyiben a Pénztár nem vagy csak részben fizeti meg az esedékes időarányos biztosítási díjat, úgy a biztosítónak jogában áll a szolgáltatását felfüggeszteni a díjrendeztettség dátumától kezdve mindaddig, amíg a teljes biztosítási díj kiegyenlítésre nem kerül. A biztosító részére történő biztosítási díj megfizetésére a szerződőnek az esedékességtől számítva 30. napig van lehetősége adott biztosított vonatkozásában. Amennyiben a Pénztár elmulasztja az esedékes biztosítási díjat a biztosító részére a jelen pontban meghatározottak szerint megfizetni, a biztosító kockázatviselése adott biztosított vonatkozásában megszűnik a biztosítási díj esedékességét követő 30. napon 24 órákor.

A biztosítónak jogában áll az esedékességet követő 30. napig fennálló időszakra járó biztosítási díjat követelni a biztosítotttól, különös tekintettel arra az esetre, amikor a biztosító ezen időszakra vonatkozóan szolgáltatást nyújtott, vagy amikor díj nem fizetés okán megszünt biztosítási jogviszony újbóli kérelmezése történik.

15.5. A szerződőt a biztosító az egyes biztosítottak vonatkozásában annak a hónapnak az utolsó napjáig kérheti a biztosítási díj – az egészségpénztári tag számlájáról történt átvezetést követően – megfizetésére, amíg a biztosítottra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése fennáll.

16. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

16.1. A Pénztár és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

16.1.1. A Pénztár és a biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor, továbbá azt követően a szerződés tartama alatt köteles – a biztosítási kockázat vállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítóval, valamint az ellátásszervezővel írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett, valamint amire vonatkozóan a biztosító vagy az ellátásszervező kérdést tett fel (így pl. a személyes adatok: név, lakcím, elérhetőség). 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 Pénztártól 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.

16.1.2. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a Pénztár és a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

16.1.3. A Pénztár és a biztosított köteles a biztosítás tartama alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a biztosítónak a szerződés keretében, illetve nyilatkozataiban közölt lényeges körülmények megváltozását.

16.1.4. Ellenkező megállapodás hiányában a Pénztár köteles a biztosítót a biztosítottak személyében beállt változásról a következők szerint írásban értesíteni: tárgy hónap 20-ig szükséges a biztosító részére megadni a tárgy hónapot megelőző hónap 16. napja és tárgy hónap 15. napja között a biztosítottak körében bekövetkezett változások adatait (a biztosított állományadatakat) a biztosító részére. A biztosítottak állományadataiban, illetőleg adataiban bekövetkezett változást a biztosító a hozzá beérkezett változásbejelentés beérkezését követően, adott hónap 30-áig vezeti át.

16.1.5. A biztosított az egészségi állapotában történt változást nem köteles a biztosítónak bejelenteni.

16.1.6. 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.

16.1.7. 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.

16.1.8. A közlésre és változásbejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Pénztárat 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.

16.1.9. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél (Pénztár), 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 kideríthetetlenül válik.

16.1.10. 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.

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

16.2.1. 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 nappal írásban felmondhatja.

16.2.2. Amennyiben a Pénztár 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.

16.2.3. Amennyiben a szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a 16.2.1. és 16.2.2. pontokban meghatározott jogait a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.

16.2.4. Jelen szerződési feltételek szempontjából nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

16.3. 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 keretösszegeből (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.**

16.4. 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.

17. Szolgáltatási limitek és fedezetfeltöltés

17.1. 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.

17.2. 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.

18. A biztosító mentesülésének esetei

18.1. 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 biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségét megszegi, kivéve azt, ha a biztosított az öt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

18.2. Jelen feltételek értelmében súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény a 18.1. 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 gépjárművezetésével
- közvetlen összefüggésben következett be.**

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

19. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események

19.1. 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, határviillongások, felkelés.

19.2. 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.

19.3. 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 kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt;
- b. a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.

19.4. 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.

19.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:

- terhességgel, szüléssel, gyermekággal összefüggő egészségügyi szolgáltatások, kivéve a Hello Egészség Optimum és a Hello Egészség Prémium csomag keretében, ahol 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 a Hello Egészség Prémium csomag keretében;
- meddővé tétel igény szerinti végrehajtása;
- a művi terhességmegszakítás (nem egészségügyi okok miatt);
- a fogamzásgátlás.

19.6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:

- azokra az egészségügyi szolgáltatásokra, melyeket nem az ellátásszervező szervezésében és előzetes jóváhagyásával vettek igénybe;

- sürgősségi ellátás vagy vizsgálat, életveszély elhárítása;
- járóbeteg-szakellátás keretében elvégzett ambuláns műtétekre;
- CT lézer mammográfia vizsgálat;
- szakértői tevékenység, szakvélemény orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, láttelel céljából történő vizsgálat vagy ellátás;

- öröklött és veleszületett rendellenességekkel kapcsolatos szolgáltatások;
- ápolás és hospice ellátás, életfenntartó beavatkozások, a geriátriai ellátás, minden hosszú távú ellátás kivétel nélkül, gyógyfürdő, szanatórium, krónikus fekvőbeteg-ellátó intézmény, idősek otthona;
- jogszabályban meghatározott krónikus betegségek kezelése, gondozása, rehabilitációja (ideértve a daganatos betegek 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, fizioterápia és egyéb hasonló típusú ellátások, úgy mint például manuálterápia, tapeing, masszázs, fürdőkúra;
- 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 gastroscopia, és colonoscopia esetén, illetve nagyértékű diagnosztikai vizsgálatoknál (MR, CT) az altatás költségei, kivéve a Hello Egészség Prémium csomag esetében jelzett altatás, továbbá a virtuális endoscopia és kapszula endoscopia költsége, valamint az IgG ételintolerancia teszt;
- légúti allergiával kapcsolatos labor és diagnosztikai vizsgálatok szakorvosi javaslatra sem, kivéve Hello Egészség Prémium csomag esetében;
- a fogászati ellátások és kezelések;
- szájsebészeti vizsgálatok, beavatkozások és ellátások;
- látásjavító szemészeti műtét;
- orrsövényferdülés kezelése;
- alsó végtagi visszeresség injekciós, lézeres, radiofrekvenciás vagy egyéb műtéti kezelése;
- a kockázatviselés kezdetét 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 a Hello Egészség Prémium csomagnál;
- bennalvásos alvásvizsgálat (somnia, polysomnia);
- a védőoltások, valamint a védőoltások szövödményeinek 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 meghatározott mozgást segítő segédeszközök;
- emberen végzett orvostudományi kutatások;
- esztétikai céllal végzett kezelések, sebészeti beavatkozások és szövödményeik 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 kötelezett-

- sége nem terjed ki azon anyajegykimetszés költségeire, amikor elváltóság nem történt az anyajegyben, 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. ásványvizés 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 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;
- 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 elszendvedett 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 szívatültetést, műszívkezelést;
- nemváltoztatás, történéjk az egészségügyi vagy egyéb célból;
- szubjektív panaszokra épülő betegségek, melyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók;
- egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység;
- tudógyógyászati gondozás;
- addiktológiai gondozás;
- foglalkozás egészségügyi 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;
- székletgenomikai teszt;
- az alábbi genetikai vizsgálatok: thrombózis panel, örökletes véralvadási zavar, habituális vetélés panel;

- multiplex allergia teszt (FABER 244, ALEX 282);
- keményítő terhelés;
- M2PK teszt;
- Pro PSA, phi PSA, PCA3 vizsgálatok;
- hisztamin intolerancia teszt;
- AMH (antimüller hormon);
- sztereotaxiás biopszia;
- kiváltott válasz vizsgálatok (vizuális kiváltott válasz (VEP), agytörzsi akusztikus kiváltott válasz (BAEP), szomatoszenzoros kiváltott válasz (SEP), transzkranialis mágneses ingerlés (motoros kiváltott válasz [MEP])).

19.7. 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 következtében az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba).

19.8. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított alábbi sporttevékenységével összefüggő eseményekre: autómotor 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, vizisí, hydrospeed, canyoning, surf, mountainboard, síakrobatika, siugrás, snowboard, pankráció).

19.9. 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.

19.10. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra a kötbérré, melyet az ellátó partner amiatt ró a biztosítottra a közöttük létrejött megállapodás alapján, mert az egynapos sebeszet esetében vagy a műtéti térítés esetén a műtét időpontját nem mondta le, illetve nem módosította a tervezett műtét időpontját megelőző munkanap végén 16 óráig.

20. A biztosítási szerződés megszűnése

20.1. A biztosítási keretszerződés az alábbi esetekben szűnhet meg:

- a. Amennyiben a Pénztár jogutód nélkül megszűnik, úgy a jogutód nélküli megszűnés időpontjával.
- b. Amennyiben a biztosítás tartama lejárt, mert azt a felek nem hosszabították meg, a biztosítási tartam utolsó napján 24 órakor.
- c. Amennyiben a biztosított csoport megszűnik, a csoport megszűnésének időpontjában.
- d. Amennyiben a Pénztár az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Pénztárt a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tüzésével

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 Pénztár 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 15.4. pontjában leírtaktól eltérően a biztosító szolgáltatást nyújtott a biztosított részére, úgy a biztosítónak jogában áll a bejelentett biztosítási eseményekkel kapcsolatosan nyújtott szolgáltatásokat a Pénztártól visszakövetelni.

- e. A biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén a biztosító felmondásával a jelen szerződési feltételek 16.2. pontjában leírtak szerint.
- f. Amennyiben a 15.2. pontban leírtak szerint a biztosító szolgáltatás- vagy díjmódostó javaslatáról a biztosító és a Pénztár nem egyezik meg, a tartam végén 24 órákor.
- g. Amennyiben a biztosító ellátásszervező partnere megváltozik és a Pénztár a felmondási jogával él a 25.1. pont szerint.

20.2. A biztosítási fedezet megszűnése

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

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

21. 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 szűrővizsgálatra vagy influenza elleni védőoltásra vonatkozó online időpontfoglalás keretében az igény esedékessége az online időpontfoglalás ideje.

22. Elévülési idő

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

23. Jognyilatkozatok

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

24. Maradékjog és értékkövetés

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

25. Egyéb rendelkezések

25.1. 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 Pénztárnak 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.**

25.2. A jelen feltételek elválaszthatatlan részét képezik az 1., 2. és 3. számú mellékletek. A biztosítási feltételek csak az 1., 2. és 3. számú mellékletekkel együtt érvényesek. Amennyiben a jelen feltételekben meghatározott rendelkezések és a 2. mellékletben szereplő speciális rendelkezések között eltér

és van egy adott fedezet vonatkozásában, úgy a 2. mellékletben szereplő speciális rendelkezések irányadók adott fedezet vonatkozásában.

25.3. 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.

25.4. 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 dokumentumban található.

25.5. Felhívjuk figyelmét arra, hogy a biztosító mentesülésének, a biztosító szolgáltatása korlátozásának feltételeit és a biztosítási szerződésben alkalmazott kizárásokat jelen szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, felkövér betűtípussal tartalmazza.

26. Távértékesítésre vonatkozó rendelkezések

A biztosított az alábbiak szerint csatlakozhat a csoportos biztosítási szerződéshez:

Szöbeli csatlakozási nyilatkozat útján:

a szerződő vagy a pénztártartag által kezdeményezett és az ügyfélszolgálat által rögzítésre került telefonhívás során távbeszélő útján tett szóbeli csatlakozási nyilatkozattal.

Távértékesítési tájékoztató szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján vagy elektronikus csatornán tett csatlakozási nyilatkozat útján létrejött biztosítási jogviszony esetén

26.1. Távértékesítés

Távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésnek az a szerződés minősül, amelyet a szolgáltató és fogyasztó köt egymással szervezett távértékesítés keretében olyan módon, hogy a szerződés megkötése érdekében a szolgáltató kizárólag távközlő eszközt alkalmaz.

Szolgáltató: aki meghatározott szolgáltatást gazdasági vagy szakmai tevékenysége keretében nyújtja.

Fogyasztó: az a természetes személy, akinek a részére – önálló foglalkozása és gazdasági tevékenysége körén kívül eső célból – a szolgáltatást nyújtják, továbbá, aki a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatás vagy ajánlat (ajánlati felhívás) címzettje.

Távközlő eszköz: olyan eszköz, amely alkalmas a felek távollétében szerződési nyilatkozatok megtételére. Távközlő eszköznek minősül többek között a DM levél, a sajtótermékben közzétett hirdetés megrendelőlappal, a telefon, internetes honlap, e-mail, telefax.

Távértékesítés keretében történő szerződéskötésnek kell tekinteni minden olyan szerződéskötési módot és eljárást – jelen esetben a csatlakozási nyilatkozat megtételét – amelyre a felek, vagyis a szolgáltató és a fogyasztó egyidejű fizikai jelenléte (face to face kapcsolat) nélkül kerül sor. Amennyiben a csatlakozás folyamata során, annak bármely szakaszában a felek egyidejű jelenlétében történik nyilatkozattétel, tájékoztatás vagy egyéb, a csatlakozási nyilatkozat megtételére irányuló magatartás, akkor az adott értékesítés nem minősül távértékesítésnek. A távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény alapján a biztosító és a fogyasztó távközlő eszköz alkalmazásával is köthet biztosítási szerződést. A jogsza-

bály a fogyasztó érdekeit szem előtt tartva útmutatást ad a szolgáltató (továbbiakban: biztosító) szerződéskötést, illetve csatlakozási nyilatkozat megtételét megelőző tájékoztatási kötelezettségére, valamint a fogyasztó szerződéstől való elállási (felmondási) jogának gyakorlására, amelyekről az alábbiakban tájékoztatjuk. A biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény által előírt szerződéskötést megelőző tájékoztatást a jelen biztosítási feltételek formájában teljesít, így a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatásokról rendelkező törvényben meghatározott azonos tartalmú tájékoztatási kötelezettségének is eleget tesz, ezért a biztosító által nyújtandó szolgáltatás, ellenszolgáltatás, a fizetés és a biztosító teljesítésének feltételeit, a biztosító adatait, valamint a biztosító felett felügyeletet gyakorló szerv adatait a jelen biztosítási feltételek tartalmazzák. Tájékoztatjuk továbbá, hogy a fogyasztó tájékoztatását kizárólag az első ügyletre vagy műveletre kell alkalmazni abban az esetben, ha ugyanazon felek között kerülnek végrehajtásra egymást követő ügyletek, illetve azonos jellegű elkülönült műveletek, amelyek időbeli kapcsolatban állnak egymással. Amennyiben egy évnél hosszabb ideig nem

kerül sor ügylet vagy azonos jellegű művelet teljesítésére, az ezt követő ügyletet vagy műveletet új ügyletnek, illetve egy újabb művelet sor első műveletének kell tekinteni, és a tájékoztatást teljesíteni kell. A távértékesítés keretében kötött biztosítási szerződés, illetve ahhoz történő csatlakozás a fogyasztó terhére többletköltséget nem okoz.

26.2. További információk

A biztosító, illetve a Pénztár jogosult a pénztártag vagy a pénztártag szolgáltatási kedvezményezettje csoportos biztosításhoz való csatlakozási szándékát elutasítani.

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 a Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium csomag keretében

A jelen 1. számú mellékletben meghatározott biztosítási csomagok a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag szolgáltatásait egészítik ki. A jelen 1. számú mellékletben meghatározott biztosítási csomagokat csak azon személyek választhatják, akik rendelkeznek a Hello Egészség Bázis biztosítási csomaggal.

A jelen 1. számú mellékletben meghatározott biztosítási csomagok a Hello Egészség Bázis csomaggal rendelkező pénztárg biztosítottak vagy a társbiztosítottak részére igényelhetők. A jelen pontban meghatározott opcionálisan választható Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium csomag egyszerre nem választható, azaz egy biztosított vonatkozásában a Hello Egészség Bázis csomagot kizárólag egy csomag egészítheti ki.

Az opcionális csomagok fedezeteit és biztosítási összegeit az alábbi táblázatok tartalmazzák:

HELLO EGÉSZSÉG MINDENNAPOK BIZTOSÍTÁSI CSOMAG	
(a Hello Egészség Bázis csomagot kiegészítő, opcionálisan választható csomag a pénztárg biztosítottak és társbiztosítottak részére) a biztosítási csomag havi díja (a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag díján felül fizetendő): 5990 Ft/fő	
Biztosítási fedezet	Biztosítási összeg
Járóbeteg szakellátás minden szakterületre, ezen belül: <ul style="list-style-type: none">– alkalmazott szublimiték/maximum biztosítási összeg a következő szakterületekre: labor 50 000 Ft, bőrgyógyászat 50 000 Ft;– diagnosztikai vizsgálatok.	összesen 300 000 Ft
Nagyértékű diagnosztika	A Hello Egészség Bázis csomag keretében meghatározott összeghatáron belül az ott alkalmazandó szublimitet jelen csomagban a biztosító nem alkalmazza.
Megjegyzés, kizárások (részletesen jelen feltételek megfelelő pontjában található): <ul style="list-style-type: none">– Előzménybetegségek kizárva.– Ambuláns műtétekre nem terjed ki a fedezet.– Járóbeteg-szakellátás keretében igénybe vehető vizsgálatok a diagnosztikai vizsgálatok.– A csomag keretében a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra a biztosító Hello Egészség Bázis csomag keretében a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra meghatározott összeghatáron belül az ott alkalmazandó szublimitet jelen csomagban nem alkalmazza. Azaz a Hello Egészség Bázis csomagban szereplő, egy diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó szublimitet összesen felül is téríthető annak költsége az itt meghatározott biztosítási összeg limitig.– Járóbeteg-szakellátás keretében a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a terhességgel, szüléssel, gyermekágyal összefüggő egészségügyi ellátásokra, továbbá a meddőség kezelésével, kivizsgálásával kapcsolatos műtétekre, beavatkozásokra.	

HELLO EGÉSZSÉG OPTIMUM BIZTOSÍTÁSI CSOMAG	
(a Hello Egészség Bázis csomagot kiegészítő, opcionálisan választható csomag a pénztárg biztosítottak és társbiztosítottak részére) a biztosítási csomag havi díja (a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag díján felül fizetendő): 9990 Ft/fő	
Biztosítási fedezet	Biztosítási összeg
Járóbeteg szakellátás minden szakterületre, ezen belül: <ul style="list-style-type: none">– alkalmazott szublimiték/maximum biztosítási összeg a következő szakterületekre: labor 50 000 Ft, bőrgyógyászat 50 000 Ft, terhesgondozás 100 000 Ft;– diagnosztikai vizsgálatok.	összesen 300 000 Ft
Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok	200 000 Ft (és a biztosító a Hello Egészség Bázis csomag keretében meghatározott szublimitet jelen csomagban nem alkalmazza.)
Nemzetközi második orvosi szakvélemény	igen
Egynapos sebészet	150 000 Ft
Mozgást segítő segédeszköz térítése	maximum 20 000 Ft
Asszisztenciaszolgáltatások online Egészségportál szolgáltatásai: <ul style="list-style-type: none">– Szív- és érrendszeri online állapotfelmérés;– Szív- és érrendszeri kalkulátor, BMI kalkulátor;– Online és telefonos táplálkozási tanácsadás;– Edzői, illetve mozgásszervi tanácsadás online és telefonon;– Egészségügyi szolgáltatói díjkedvezmények, térképes kereső.	igen
Megjegyzés, kizárások (részletesen jelen feltételek megfelelő pontjában található): <ul style="list-style-type: none">– Előzménybetegségek kizárva. Ambuláns műtétekre nem terjed ki a fedezet.– Járóbeteg-szakellátás keretében igénybe vehető vizsgálatok a diagnosztikai vizsgálatok.– A csomag keretében a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra a biztosító a Hello Egészség Bázis csomag keretében a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra meghatározott összeghatáron belül az ott alkalmazandó szublimitet jelen csomagban nem alkalmazza. Azaz a Hello Egészség Bázis csomagban szereplő, egy diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó szublimitet összesen felül is téríthető annak költsége az itt meghatározott biztosítási összeg limitig.– Járóbeteg-szakellátás keretében a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a meddőség kezelésével, kivizsgálásával kapcsolatos műtétekre, beavatkozásokra.– Várakozási idő: egynapos sebészet esetén 1 hónap.	

HELLO EGÉSZSÉG PRÉMIUM CSOMAG

(a Hello Egészség Bázis csomagot kiegészítő, opcionálisan választható csomag a pénztártag biztosítottak és társbiztosítottak részére)
a biztosítási csomag havi díja (a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag díján felül fizetendő): 19 990 Ft/fő

Fedezet	Biztosítási összeg
Járóbeteg szakellátás minden szakterületre (szakorvosi vizsgálatok, laborvizsgálat szakorvosi javaslatra, diagnosztikai vizsgálatok)	limit nélkül, ezen belüli szublimit: terhesgondozás 200 000 Ft
Házi vizit Budapest	évente egy alkalommal
Nagyértékű diagnosztika	limit nélkül
Nemzetközi második orvosi szakvélemény	igen
Asszisztenciaszolgáltatások online Egészségportál szolgáltatásai: – Szív- és érrendszeri online állapotfelmérés; – Szív- és érrendszeri kalkulátor, BMI kalkulátor; – Online és telefonos táplálkozási tanácsadás; – Edzői, illetve mozgásszervi tanácsadás online és telefonon; – Egészségügyi szolgáltatói díjkezdvezmények, térképes kereső; – Influenza elleni védőoltásra, továbbá szűrővizsgálatra szóló telefonos vagy online időpontfoglalás közvetlenül az egészségügyi ellátónál.	igen
Egynapos sebészet	800 000 Ft
Műtéti költségtérítés	1 000 000 Ft
Betegszállítás	igen
VIP kórházi ellátás	50 000 Ft
Mozgást segítő segédeszköz térítése	maximum 100 000 Ft
Influenza elleni védőoltás évente egyszer	igen
Évente egy alkalommal igénybe vehető szűrővizsgálati csomag: a Budai Egészségközpont Optimum szolgáltatásait nyújtjuk (vizsgálatok részletes meghatározása a 2. számú melléklet 4. pontjában).	igen
Megjegyzés, kizárások (részletesen jelen feltételek megfelelő pontjában található): – Előzménybetegségek kizárva. – Ambuláns műtétekre nem terjed ki a fedezet. – Várakozási idő: járóbeteg-szakellátás keretében a terhesgondozással kapcsolatos szolgáltatásokra 6 hónap; a szűrővizsgálati csomag esetében 6 hónap; egynapos sebészet esetében 1 hónap; műtéti költségtérítés kapcsán 1 hónap.	

Speciális rendelkezések az opcionális csomagokra:

Az egészségpénztári tagok által igényelt, továbbá az egészségpénztári kedvezményezettek által – a pénztártag útján – igényelt opcionális csomagok (Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium), esetében a biztosítási fedezet megszűnik a biztosított (pénztártag biztosított vagy társbiztosított) 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón a szerződési feltételek 8.e. pontjában meghatározottak szerint.

A jelen 1. számú mellékletben szereplő táblázatokban meghatározott biztosítási összeg és darabkorlátok – a 2. számú mellékletben meghatározott eltérő rendelkezés hiányában – egy biztosítási időszakra vonatkoznak.

Felhívjuk a figyelmet, hogy a Hello Egészség Bázis és a Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum vagy Hello Egészség Prémium egészség-biztosítási csomagok egyéni biztosítási évfordulója eltérő lehet. Az egyes csomagok éves szolgáltatási limitjei adott biztosított tekintetében az egyes biztosítási csomagok esetében érvényes biztosítási időszakhoz igazodnak.

A Hello Egészség Bázis biztosítási csomagban meghatározott szolgáltatásokat és az azokra vonatkozó rendelkezéseket a Hello Egészség Bázis csomagra vonatkozó szerződési feltételek tartalmazza.

Amennyiben valamely szolgáltatás a Hello Egészség Bázis csomagban és a Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum vagy Hello Egészség Prémium csomag keretében is elérhető (eltérő szolgáltatási limittel), úgy szolgáltatási igény teljesítésekor a biztosító a 12.7.5. pontban foglaltak szerint jár el.

2. számú melléklet: A biztosító szolgáltatásai

A jelen 2. számú melléklet kizárólag az opcionálisan választható, Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium biztosítási csomagokban elérhető szolgáltatásokat tartalmazza.

1. Az Online Egészségportál keretében igénybevehető alapszolgáltatások a Hello Egészség Prémium csomag keretében

1.1. Biztosítási szolgáltatások

1.1.1. 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, ki nyomtathatja vagy e-mailen elküldheti tetszőleges címre a válaszok alapján készült értékelést és életmódtanácsot. A jelen pontban meghatározott szolgáltatással kapcsolatban is kérhető telefonon vagy online orvosi tanácsadás.

1.1.2. 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.

1.1.3. 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 órán belül a szolgáltatásra jogosult által megadott e-mail címre küldi meg válaszát.

1.1.4. 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 órán belül a szolgáltatásra jogosult által megadott e-mail címre küldi meg válaszát, vagy visszahívás során – amennyiben a biztosított ezt kérte – válaszol, nyújt telefonos tanácsot.

1.1.5. 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.

1.1.6. Influenza elleni védőoltásra, továbbá szűrővizsgálatra szóló telefonos vagy online időpontfoglalás 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 4., illetve a 10. és a 11. pontjában leírtak szerint.

1.2. Biztosítási szolgáltatási limit

Az 1.1.1.–1.1.5. pontokban meghatározott szolgáltatások korlátlan alkalommal igénybe vehetők, az 1.1.6. pontban leírt szolgáltatások évente egyszer vehetők igénybe.

1.2.1. Az Online Egészségportál szolgáltatások igénybevétele

A jelen 2. számú melléklet 1.1. pontjában meghatározott szolgáltatások az 1.1. pontban meghatározott webhelyen érhetők el.

1.2.2. Az 1.1. pontban meghatározott Online Egészségportál szolgáltatá-

sok keretében a biztosítási szerződés létrejöttkor 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) a Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium csomag keretében

A jelen pontban meghatározott szolgáltatások szervezésére vonatkozó rendelkezéseket a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag szerződési feltételeinek 2. számú mellékletének 2. pontja tartalmazza.

2.1. Biztosítási szolgáltatások

A járóbeteg-szakellátás keretein belül elvégzett műszeres vizsgálatokra, beavatkozásokra ez a szolgáltatás nem nyújt fedezetet.

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;
- 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 biztosítási csomagonként az 1. számú melléklet tartalmazza.

A terhesgondozás szolgáltatás keretében a biztosító fedezetet nyújt bármilyen jellegű szakorvosi vizsgálatra. **A terhesgondozás szolgáltatást a biztosító kizárólag a Hello Egészség Optimum és a Hello Egészség Prémium csomag keretében nyújtja.**

A járóbeteg-szakellátás szolgáltatás keretében a biztosító kockázatviselése Hello Egészség Prémium csomag keretében kiterjed a szakorvosi javaslat alapján szükséges, a szerződési feltételek 19. pontja szerint kizárásnak nem minősülő meddőséggel kapcsolatban elvégzett szakorvosi vizsgálatokra is. A biztosító a járóbeteg-szakellátás keretében végzett szakorvosi vizsgálat megszervezését 5 munkanapon belüli időpontra vállalja, amennyiben minden, az igényelt vizsgálat megszervezéséhez szükséges információ az ellátásszervező rendelkezésére áll, és feltéve, hogy rendelkezésre áll megfelelő egészségügyi ellátó kapacitás.

2.1.2. Laborvizsgálatok

A laborvizsgálatokhoz az ellátásszervező a szerződési feltételek 12.7.5. pontjában leírtak szerint jogosult szakorvosi beutalót, illetve írásos orvosi javaslatot kérni.

2.1.3. Diagnosztikai vizsgálatok

A biztosítási szolgáltatás a biztosított panaszának 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.

A biztosító a diagnosztikai vizsgálat megszervezését 10 munkanapon belüli időpontra vállalja, amennyiben minden, az igényelt vizsgálat megszervezéséhez szükséges információ az ellátásszervező rendelkezésére áll, és feltéve, hogy rendelkezésre áll megfelelő egészségügyi ellátó kapacitás.

2.1.4. Házi vizit Budapesten

A biztosítási esemény a biztosítottnak orvosszakmailag indokolt, akut esetben házi vizit orvosi ellátásra vonatkozó igénye. Az igénybejelentést követően az ellátásszervező orvosának felülbírálati joga van minden esetben tekintetben, hogy a bejelentett esemény a biztosítási esemény kritériumának megfelel-e.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az ellátásszervező megszerve-

zi, 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 tájékoztatói 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 az igénybejelentés napján 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 biztosítási időszakonként egy alkalommal vehető igénybe.

A házi vizit szolgáltatás utólagos térítési igénnyel nem vehető igénybe.

A házi vizit szolgáltatást a biztosító kizárólag a Hello Egészség 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.

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 keretösszegeből (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

A jelen pontban meghatározott biztosítási szolgáltatásra vonatkozó rendelkezések a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag szerződési feltételeinek 2. számú mellékletében találhatók.

Jelen pontban kizárólag a Hello Egészség Bázis csomag rendelkezéseinek kiegészítése szerepel, az itt meghatározott opcionális csomagokra vonatkozóan.

A biztosító szolgáltatása

A biztosító által meghatározott nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó térítési kötelezettségének felső határát (biztosítási összeg) az opcionálisan választható Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium csomagok szolgáltatása vonatkozásában az 1. számú melléklet tartalmazza. Azzal az eltéréssel, hogy a vizsgálatra nem vonatkozik a Hello Egészség Bázis csomagban meghatározott 40 000 Ft-os vizsgálatonkénti összeghatár (szublimit), azaz a biztosított jogosult a jelen szolgáltatás keretében a szublimitet meghaladó értékű diagnosztikai vizsgálatot igénybe venni a nagyértékű diagnosztikára meghatározott teljes biztosítási összeghatárig.

Hello Egészség Mindennapok csomag esetében a Hello Egészség Bázis csomag keretében nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra meghatározott szolgáltatási összeghatáron belül vehetők igénybe a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok, melyekre a Hello Egészség Bázis csomag keretében meghatározott szublimitet a biztosító nem alkalmazza.

Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium csomagok esetében a szolgáltatási kötelezettség felső határára meghatározott összegkorláton belül szublimitet a biztosító nem alkalmaz.

4. Szűrővizsgálat

Szűrővizsgálatok kizárólag a Hello Egészség Prémium biztosítási csomag keretében érhetők el.

4.1. A biztosító szolgáltatása

A Hello Egészség Prémium biztosítási csomag esetén a jelen pontban meghatározott szolgáltatás keretében biztosítási időszakonként egy alkalommal az alábbi, „Optimum” elnevezésű szűrővizsgálati csomag vehető igénybe:

Általános vizsgálatok:

vényomás, pulzus, testmagasság, testsúly, testtömeg index-BMI, derékkörfogat-mérés

Laboratóriumi diagnosztikai vizsgálatok:

vérkép, süllyedés, májfunkció, vesefunkció, vörzsírok, LDL-, HDL-koleszterin, vércukor, nátrium, kálium, kalcium, foszfor, ALP, húgysav, bilirubin, vas, vaskötő kapacitás, vizelet, széklet-vér vizsgálat 40 év felett, PSA-tumor marker vizsgálat (40 év felett, férfiak részére), TSH (nők részére)

Radiológiai diagnosztikai vizsgálatok:

kétirányú mellkas röntgen, áttekintő hasi és kismedencei ultrahangvizsgálat, emlődiagnosztika (emlő ultrahang, 40 év alatt, mammográfia 40 év felett, nők részére)

Egyéb diagnosztikai vizsgálatok:

EKG (12 csatornás nyugalmi), csontsűrűség mérés – ODM (sarokcsont, ultrahangos módszerrel, 40 év feletti nők részére), arteriográfiás vizsgálat (kardiovaszkuláris rizikófelmérés)

Szűrővizsgálatok:

belgyógyászati szűrővizsgálat, manuális végbél vizsgálat, szemészeti szűrővizsgálat, urológiai szűrővizsgálat, prosztatata vizsgálat (férfiak részére), nőgyógyászati szűrővizsgálat, citológia, hüvelyi ultrahang

Összefoglaló vélemény:

Az egészségügyi szolgáltató az eltéréseket véleményezi, javaslatokat állít össze.

Egyszeri kiegészítő leletkonzultáció, tanácsadás:

A szűrővizsgálatot követő 90 napon belül, külön egyeztetett időpontban van lehetőség az egészségügyi szolgáltatónál.

4.2. A szűrővizsgálatok igénybevételére vonatkozó rendelkezések

A szűrővizsgálati csomag biztosítási időszakonként egy alkalommal vehető igénybe.

A szűrővizsgálati csomagban foglalt vizsgálatok egyenként (külön-külön más időpontban vagy csak a szűrővizsgálati csomag egy része) nem vehetők igénybe, csak a teljes csomag kérhető.

A biztosítási csomag keretében a jelen pontban meghatározott szűrővizsgálatok kizárólag a Budai Egészségközpontban vehetők igénybe.

A biztosított a szűrővizsgálatok igénybevételét telefonon az orvosi call centeren keresztül vagy az online Egészségportálon kezdeményezheti.

A biztosítási fedezet igazolása online az Egészségportálon történő időpontfoglalás esetén a biztosítottnak megküldött virtuális egészségkártyával történik.

A biztosított kérésére a szűrővizsgálatok eredményei – az orvosi call centeren keresztül, illetve online feltöltve azokat az Egészségportálra – a biztosító által kiértékelésre kerülnek.

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

4.3. Várakozási idő

A biztosító jelen 4. pontban meghatározott szűrővizsgálat-szolgáltatása vonatkozásában 6 hónap várakozási időt köt ki.

4.4. Időpont módosítása, lemondása

A biztosítottnak a jelen 4. pontban meghatározott szűrővizsgálatokat megelőzően – az egészségügyi szolgáltató rendelkezési alapján – a szűrővizsgálat időpontját megelőző 3. 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 keretösszegeből (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. 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: 13613781-2-43, a továbbiakban: szolgáltató) révén szolgáltatást nyújt.

5.1. Fogalommeghatározás

Életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás: Azon megbetegedések, állapotok, mikor az orvossal 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 az 5.2. 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 Egészséggépjártár 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 T1MONO stádiumú daganatok);
- a bőrök, 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 körlefolrásában 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 agyér katasztrófát: 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 műtéte. Jelen feltétel szempontjából agyér katasztrófának minősül az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfal szakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombozissal vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszernek az ér által ellátott területei elhalása, infarktusa és maradandó szer- vi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett göctünet) 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 sejttátültetés 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 szívizom-elhalás (szívinfarktus) a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának elégtelensége. Csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizom-elhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza, azaz a szívizom elhalás transzmurális. Jelen feltétel szempontjából szív- és érsebészetnek minősül a nyitottan végzett szív- és annak koszorúereit, 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 összeegyeztethetlenné válik, és rendszeres vesegondozói ellenőrzése történik.

5.2. 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 agyér katasztrófát;
- idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;
- veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;
- életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

5.3. 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 1559

- 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 képkötő 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 másodikvéleményt 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 igénybevételeire, ha öt 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 feltételül 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 igénybevétele feltételei:

- egy adott megbetegedés kapcsán csak egy alkalommal kérhető második orvosi vélemény;**
- már elvégzett beavatkozásokat követően csak a további kezelésre, gondozásra vonatkozó javaslat kérhető (az elvégzett beavatkozás véleményezése nem);**
- sürgős ellátási igényű esetben nem ajánlott a véleménykérés az annak beszerzéséhez szükséges idő (kb. 1 hónap) miatt;**
- nem kérhető vélemény azon biztosított esetében, aki kisérteti eljárásban vesz részt, továbbá a magyar egészségügyi rendszer által nem engedélyezett eljárásokra;**
- a második orvosi vélemény sem jogi eljárásban, sem egyéb (pl. tudományos) célra nem használható fel;**
- örökletes vagy vele született betegségek, illetve rendellenességek esetén nem vehető igénybe.**

A nemzetközi második orvosi szakvélemény szolgáltatás kizárólag a Hello Egészség Optimum és a Hello Egészség Prémium csomag keretében vehető igénybe.

5.4. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító a jelen 5. pontban meghatározott második orvosi

szakvélemény szolgáltatása vonatkozásában a várakozási idő kikötésétől eltekint.

A biztosító kockázatviselése a jelen 5. pontban meghatározott második orvosi szakvélemény szolgáltatása vonatkozásában az 5.2. pontban meghatározottak szerint kizárólag a kockázatviselési időszakon belül diagnosztizált betegség, felárt kóros állapot esetében áll fenn.

6. Műteti költségtérítés

6.1. Biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása

A biztosított kockázatviselési időszak alatt bekövetkezett balesete vagy betegsége miatt végzett – a szerződési feltételek 2.27. pontjában meghatározottaknak megfelelő – műtete esetén a biztosító megszervezi a biztosított számára a műtėti beavatkozást, valamint megtéríti a műtét és az ahhoz kapcsolódóan felmerült fekvőbeteg-gyógyintézet ellátás költségeit, a fekvőbeteg-gyógyintézet által kiállított számla ellenében az Öpt. vonatkozó rendelkezéseire tekintettel – a Pénztáron keresztül az egészségügyi szolgáltató részére az 1. számú mellékletben meghatározott összeghatárig.

A biztosító jelen pontban meghatározott szolgáltatása kizárólag a 3. számú mellékletben szereplő műtétek esetében vehető igénybe.

A jelen pontban részletezett műteti költségtérítés keretében csak akkor számolható el az adott műtét költsége, ha a műtétet többnapos beavatkozás keretében végezték el, azaz a kórházban tartózkodás ideje meghaladta a 24 órát.

A műteti költségtérítés szolgáltatást kizárólag a Hello Egészség Prémium csomag tartalmazza.

6.2. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító jelen 6. pontban meghatározott műteti költségtérítés szolgáltatása vonatkozásában 1 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.

6.3. Időpont módosítása, lemondása

A biztosítottnak a jelen 6. 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 keretösszegeből (limitből) levonásra kerül. Ebben az esetben 3 hónapig nem vehető igénybe a kért szolgáltatás. A lemondott egészségügyi ellátás időpontját az ellátásszervező egy alkalommal módosítja.

7. Betegszállítás

7.1. Biztosítási szolgáltatás

Arra jogosult orvos rendelése alapján a biztosított – jogszabályban meghatározott feltételeknek megfelelő – állami egészségügyi szolgáltatáson kívüli 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, rosszullet, ájulás stb.) okán igényli, úgy a központi mentőegység telefonszámát kell hívni (104). Betegszállítás biztosítása kizárólag szakorvosi vizsgálatra történő szállításra vonatkozik.

A betegszállítási szolgáltatást kizárólag a Hello Egészség Prémium csomag tartalmazza.

7.2. 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 16.00 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.

7.3. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító a jelen 7. pontban meghatározott betegszállítási szolgáltatása vonatkozásában a várakozási idő kikötésétől eltekint.

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.

7.4. Időpont módosítása, lemondása

A biztosítottnak a jelen 7. 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.

8. VIP kórházi ellátás utólagos térítéssel

8.1. Biztosítási szolgáltatás

A biztosító az Öpt. vonatkozó rendelkezéseire tekintettel – a Pénztáron keresztül utólag megtéríti a biztosítottnak az ellátásszervező által előzetesen jóváhagyott, magyarországi fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelése esetén felmerülő, fekvőbeteg-gyógyintézet által kiállított számlával igazolt azon költségeit, melyek az egészségügyi ellátáson kívül merültek fel (például: magasabb komfortfokozatú szoba).

VIP kórházi ellátás szolgáltatás kizárólag a Hello Egészség Prémium csomag keretében vehető igénybe.

8.2. 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.

8.3. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító a jelen 8. 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.

9. Mozgást segítő segédeszközök finanszírozása

9.1. Biztosítási szolgáltatás

A biztosító az Öpt. vonatkozó rendelkezéseire tekintettel – a Pénztáron keresztül 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, jelen pontban meghatározott, mozgást segítő gyógyászati segédeszköz költségét, melyet az ellátásszervező előzetesen jóváhagyott. A Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium csomag keretében a biztosító szolgáltatási kötelezettségének csomagonkénti felső határát az 1. számú melléklet tartalmazza. A jelen feltételek értelmében gyógyászati segédeszköz alatt kizárólag a vonatkozó jogszabályokban ekként meghatározott eszközök közül az alábbiak értendők:

- kerekesszék;
- járóbot;
- mankó;
- rögzítő.

9.2. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító a jelen 9. pontban meghatározott mozgást segítő 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.

10. Influenza elleni védőoltás térítésmentesen

10.1. 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 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.

Az influenza elleni védőoltás szolgáltatás kizárólag a Hello Egészség Prémium csomag keretében vehető igénybe.

10.2. Várakozási idő és előzményvizsgálat

A biztosító a jelen 10. 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.

11. Az önállóan szervezhető online alapszolgáltatások

Az influenza elleni védőoltásra, továbbá szűrővizsgálatra szóló telefonos vagy online időpontfoglalás közvetlenül az

egészségügyi ellátónál igénybe vehető szolgáltatás az Online Egészségportál alapszolgáltatásai, melyek a <http://egeszsegbiztositas.groupama.hu> helyen érhetők el.

11.1. 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 a jelen pontban meghatározott 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. számú melléklet 4. pontjában meghatározott szűrővizsgálatokra, valamint a jelen 2. számú melléklet 10. pontjában meghatározott influenza elleni védőoltásra jogosult online vagy telefonon, önállóan, a biztosító ellátásszervező partnere előzetes értesítése nélkül egészségügyi szolgáltatásra időpontot egyeztetni.

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

A jelen pontban meghatározott önállóan szervezhető online

alapszolgáltatások kizárólag a Hello Egészség Prémium csomag keretében vehetők igénybe.

11.2. Biztosítási szolgáltatási limit

A 11.1. pontban meghatározott szolgáltatás biztosítási esemény bekövetkezte esetén egy alkalommal vehető igénybe.

11.3. Az online alapszolgáltatások igénybevétele

Az online alapszolgáltatások a jelen pontban meghatározott webhelyen az 1.2.2. pontban meghatározottak szerint (e-mail cím és egyedi jelszó alapján azonosítva) érhetők el.

12. Egynapos sebészet

A jelen pontban meghatározott biztosítási szolgáltatásra vonatkozó rendelkezések a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag szerződési feltételeinek 2. számú mellékletében találhatók. Jelen pontban kizárólag a Hello Egészség Bázis csomag rendelkezéseinek kiegészítése szerepel, az itt meghatározott opcionális csomagokra vonatkozóan.

A biztosító szolgáltatása

A biztosító által meghatározott egynapos sebészetre vonatkozó térítési kötelezettségének felső határát az opcionálisan választható Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium csomagok vonatkozásában az 1. számú melléklet tartalmazza.

3. számú melléklet

Műtéti költségtérítés – Műtéti lista

55118	Cholecystectomy laparoscopica	58041	Meniscectomia partialis, arthrotomia
58040	Meniscectomia partialis, arthroscopos	58230	Aponeurectomia partialis manus
56830	Méheltávolítás-hasi	52150	Turbinectomia, conchotomia, operculumresectio
58149	Elülső keresztszalag plastica	55435	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica unilat.
55310	Hernioplastica inguinofemoralis c. inplant.	57064	Hüvelyconk transabdominalis felfüggesztése
58033	Lumbalis discectomia flavotomian keresztül	54933	Haemorrhoidectomia sec. Esenhammer
56550	Salpingo-oophorectomia-kétoldali	50435	Egyéb Tunnel syndromák műtétei
52271	Endoscopos (mikroszkópos) rostaműtétek (FES)	5666C	Adnexectomia laparoscopica
56530	Salpingo-oophorectomia-féloldali	58031	Discectomia cervicalis anterior multiplex
5381E	TEA carotis	51951	Tympanoplastica, cholesteatoma sanatioval
55300	Hernioplastica inguinofemoralis	56540	Petefészek eltávolítás-kétoldali (castratio)
55340	Hernioplastica umbilicalis	55331	Hernioplastica inguinofem. bilat. laparoscopica
56840	Méheltávolítás-hüvelyi	52850	Adenotomia, readenotomia
52270	Endoscopos (mikroszkópos) arcüregműtét	58322	Baker-cysta eltávolítása
55731	TUR Resectio transurethralis vesurin.therapeutic.	56817	Enucleatio myomae hysteroscopica
53844	Varicektomia	56510	Petefészek localis kimetszése
56723	Méhpolyp eltávolítás	57063	Hüvelyconk magas felfüggesztése
56850	Méheltávolítás radicalis-hasi (kiterjesztett)	56620	Salpingectomia-mindkét oldalon
53002	Microlaryngoscopiás műtét	56012	Prostata TUR-radicalis
55110	Cholecystectomy	52820	Tonsillo-adenotomia
58620	Mastectomy con.lymphadenect. reg.	56821	Hysterectomia subtotalis laparoscopica.
50432	Carpal tunnel felszabadítás	58231	Aponeurectomia totalis manus
56810	Myoma enucleatio	56112	Hydrocele műtét.
55311	Hernioplastica inguinofemoralis laparoscopica	53003	Mikrolaryngoscopias műtét LASER-rel
5815E	Csípőprotézis hibrid TEP	58055	Arthroscopos szalagplasztika
56611	Salpingectomia laparoscopica unilateralis	52121	Polypectomia ethmoidektomia nélkül az orrűregből
54930	Haemorrhoidectomia	56622	Salpingectomia laparoscopica bilaterale
55119	Cholecystectomy, LC-kezdés után konvertált	56020	Prostatectomia transvesicalis
56610	Salpingectomia-egyik oldalon	5816C	Oldalszalag plasztika (térd)
55541	Nephrectomia radicalis	50640	Thyreoidectomia substernalis
56816	Enucleatio myomae uteri laparoscopica	56514	Petefészek eltávolítás, részleges-mindkét oldalon
58030	Discectomia anterior cervicalis	5681A	Resectio myomae hysteroscopica
56518	Resectio ovarii laparoscopica unilateralis	55330	Hernioplastica inguinofem. bilat. c. inplant.
54932	Haemorrhoidectomia sec. Milligan Morgan	56803	Hysterectomia laparoscopica
56011	Prostata TUR	55436	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica bilat.
51950	Tympanoplastica	56600	Salpingotomia
56040	Prostatectomia radicalis	55138	Cholecystectomy laparoscopica + cysticus drain
56302	Scrotalis varicokelectomia	55131	Cholecystectomy choledochotomiamque+Kehr drainage
54688	Adhaesiolysis interintestinalis	54560	Colectomia
58034	Lumbalis discectomia flaminect v.haemilaminect.at	56519	Resectio ovariorum laparoscopica bilateralis
54920	Excisio fissurae ani	52030	Mastoidectomia, atticantrotomia
53957	Angioplastica arteriae subclaviae PTA	58042	Meniscus reinsertio, arthroscopos
54931	Haemorrhoidectomia sec. Parks	56730	Cervix amputatio
50511	Sympathectomia lumbalis	57043	Hátsó hüvelyboltozat plasztikája
55732	TUR Resectio transurethralis ves.urin.palliativa	55733	TUR Resectio transurethralis colli ves. urin.
56513	Petefészek eltávolítás, részleges-egyik oldalon	56013	Transurethralis prostata incisio
56570	Petefészek és a kürt összenövéseinek oldása	56651	Salpingectomia parziale laparoscopica
55600	Ureterorendoscopos kőeltávolítás	56833	Hysterectomia totalis laparoscopica sec. Reich
56531	Salpingo-oophoprectomia laparoscopica unilateralis	55320	Hernioplastica inguinofemoralis bilateralis
56520	Petefészek eltávolítás-féloldali	56552	Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica
		58691	Excisio gynecomastiae
		58036	Dissecto percutanea

A SZEMÉLYES ADATOK, A BIZTOSÍTÁSI TITOKNAK MINŐSÜLŐ ADATOK KEZELÉSÉRE, VALAMINT A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS PANASZOK ÜGYINTÉZÉSÉRE VONATKOZÓ ELVI ÉS GYAKORLATI TUDNIVALÓK (TUDNIVALÓK)

1. Adatkezelő főbb adatai, elérhetőségei

Adatkezelő neve: **Groupama Biztosító Zrt.** (a továbbiakban: biztosító; adatkezelő)

Székhelye: Magyarország, 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C

Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-041071

Európai egyedi azonosító (EUID): HUOCCSZ.01-10-041071

Levelezési cím: 1380 Budapest, Pf. 1049

Telefonszám: +36 1 467 3500

Fax: +36 1 361 0091

Honlap: www.groupama.hu

E-mail: <https://www.groupama.hu/irjon-nekunk> vagy adatvedelem@groupama.hu

2. Az adatkezelés célja, jogalapja

2.1. Az adatkezelés célja

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban Bit.) 135.§ (1) bekezdése alapján a biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. A biztosító adatkezelésének célja a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit-ben meghatározott egyéb cél. A fentiekől eltérő célból végzett adatkezelést biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A Bit. 379.§-a alapján a biztosításközvetítő (kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy) az ügyfelek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, a biztosítás fenntartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. A fentiekől eltérő célból végzett adatkezelést a biztosításközvetítő (kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy) csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

2.2. Az adatkezelés jogalapja

A GDPR alapján a biztosító adatkezelésének jogszerűségét az alábbi jogalapok alkalmazása biztosítja:

- Az érintett hozzájárulását adta személyes adatainak egy vagy több konkrét célból történő kezeléséhez. Az érintett hozzájárulásán alapul az adatkezelés különösen a reklámcélú megkeresések, a nyereményjátékokban történő részvétel esetében.
- Az adatkezelés olyan szerződés teljesítéséhez szükséges, amelyben az érintett az egyik fél, vagy az a szerződés megkötését megelőzően az érintett kérésére történő lépések megtételéhez szükséges. A biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő adatkezelések esetében az adatkezelés jogalapja ezen pont alapján a biztosítási szerződés teljesítése.
- Az adatkezelés az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. Jogszabályi kötelezettségen alapul különösen a pénzmossás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról, a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról szóló törvény, az adó jogszabályok, illetve az adóügyi információcserére vonatkozó törvények alapján történő adatkezelés.
- Az adatkezelés az érintett vagy egy másik természetes személy létfontosságú érdekeinek védelme miatt szükséges. Ez a jogalap a biztosító üzemszerű működésével összefüggésben nem merül fel.

- Az adatkezelés közérdekű vagy az adatkezelőre ruházott közhatalmi jogosítvány gyakorlásának keretében végzett feladat végrehajtásához szükséges. Ez a jogalap a biztosító üzemszerű működésével összefüggésben nem merül fel.
- Az adatkezelés az adatkezelő vagy egy harmadik fél jogos érdekeinek érvényesítéséhez szükséges, kivéve, ha ezen érdekekkel szemben elsőbbséget élveznek az érintett olyan érdekei vagy alapvető jogai és szabadságai, amelyek személyes adatok védelmét teszik szükségessé, különösen, ha az érintett gyermek. Jogos érdeken alapul a biztosító adatkezelése különösen az esetlegesen felmerülő visszaélések, biztosítási csalásra utaló körülmények észlelése és kivizsgálása, jövőbeli megelőzése érdekében tett intézkedések esetén. A biztosító jogos érdeken alapul továbbá az adatkezelés a biztosítót megillető követelések behajtásával, a követelések átruházásával összefüggő adatkezelések esetén.

A 16. életévét betöltött kiskorú érintett hozzájárulását tartalmazó jognyilatkozatának érvényességéhez törvényes képviselőjének beleegyezése vagy utólagos jóváhagyása nem szükséges.

Az ügyfél a biztosítási ajánlat, csatlakozási nyilatkozat, biztosítási szerződés, illetve a titoktartás alóli felmentésről szóló nyilatkozat aláírásával tudomásul veszi az adatainak a jelen „Tudnivalókban”, illetve a szerződésben meghatározottak szerinti kezelését.

3. A kezelt adatok meghatározása (biztosítási titokkörök)

3.1. Biztosítási szerződéssel összefüggő adatok

- Az ügyfél személyi adatai, a nem természetes személyek adatai;
- a biztosított vagyontárgyak jellemző adatai és értéke, a kockázatbírálás adatai;
- élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosításnál az egészségi állapottal összefüggő adatok;
- a kifizetett biztosítási szolgáltatás és kártérítés összege, a kifizetés ideje;
- a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, módosításával, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő, valamint a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges összes lényeges tény és körülmény, ideértve a biztosítási szerződésből eredő jogok és kötelezettségek érvényesítéséhez, jogi igények előterjesztéséhez szükséges adatokat is.

Az a-b. pontokba tartozó, a biztosítási ajánlaton szereplő adatok, valamint a c. pontban meghatározott adatok nélkülözhetetlenek a szerződés megkötéséhez, illetve a szolgáltatás teljesítéséhez.

Az adatszolgáltatás minden adat vonatkozásában önkéntes, de a fentebb megjelölt adatok hiánya a kockázat meghatározását lehetetlenné teszi, amely a biztosítási ajánlat visszautasítását vonhatja maga után.

3.2. Egészségügyi adatok kezelése

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a Bit. 135.§ (1) bekezdésében meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezelheti.

3.3. Automatizált döntéshozatal (profilalkotás)

A biztosító az ügyfél személyes adatait a biztosítási szerződés megkötése érdekében olyan automatizált adatkezelés keretében is kezeli, amelynek eredményeként megszülető döntés az ügyfélre nézve joghatással jár, vagy jelentős mértékben érinti a biztosítási szerződés megkötése kapcsán. A biztosító az automatizált döntéshozatal során – a biztosítási szerződés megkötésére vonatkozó döntés meghozatala (kockázatbírálás) érdekében – a személyes adatokat számítástechnikai eszközzel végrehajtott, automatizált adatkezelés keretében elemzi, amely során az ügyfél jellemzőinek értékelését is elvégzi (profilalkotást végez). Az automatizált döntéshozatal, illetve profilalkotás következménye az ügyfélre nézve: a biztosítási szerződés létrejöttének lehetősége vagy a biztosítási ajánlat elutasítása.

3.4. Közvetlen üzletszerzési célú adatkezelések

A biztosító az ügyfél hozzájárulása esetén a tevékenységéhez kapcsolódó információkról hírlevélben, e-mailen tájékoztatást adhat az ügyfeleinek.

A biztosító vagy a biztosító nevében eljáró biztosításerősítő az ügyfél hozzájárulása esetén e-mailen, telefonon, személyesen megkeresheti az ügyfelet ajánlattétel céljából, vagy közvetlen üzletszerzést célzó küldeményt juttathat el a részére.

Amennyiben az ügyfél nem kívánja, hogy a biztosító a továbbiakban ajánlataival megkeresse, az info@groupamdirekt.hu e-mail címre, illetve az 1380 Budapest, Pf. 1049 postai címre küldött levelével korlátozásmentesen leiratkozhat.

Az ügyfél az általa tett, tájékoztatást célzó és reklámküldeményre vonatkozó adatkezelési nyilatkozatát megváltoztathatja telefonon keresztül a biztosító TeleCenter +36 1 467 3500 telefonszámán.

4. A biztosítási titoknak minősülő személyes adatok kezelése

4.1. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

4.2. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad;
- a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn;
- a biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárást lefolytatása keretében ismeri meg.

4.3. A Bit. 138.§ (1) bekezdése alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a feladatkörében eljáró Felügyelettel;
- az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel;
- büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal;
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel;
- a Bit. 138.§ (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal;
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal;
- a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal;
- a feladatkörében eljáró gyámhatósággal;
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§ (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel;
- törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel;
- a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal;
- törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével;
- az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval;
- a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképvi-

selővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval;

- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval;
 - fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel;
 - a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával;
 - a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal;
 - a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval;
 - a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel;
 - a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal szemben, ha az a.-j., n., s., t. és u. pontban megjelölt szerv vagy személy adatkérésrel, illetve írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p.-s. pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.
- A Bit. 138.§ (2) bekezdése szerint az (1) bekezdés e. pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentebb meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben, a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját.
- Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H.§-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- 4.4.** A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a. a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel;
- b. a 2013. július 1-jétől hatályos a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény szerinti kábítószer-kereskedéssel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel

van összefüggésben.

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

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot;
- a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezett-ségét teljesíti.

4.5. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezet-hez történő adattovábbítás abban az esetben:

- a. ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b. ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.

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

4.6. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg; fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak; a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása, a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

A 4.6. pontban meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 4.3. pont b., f. és j. pontjai, illetve a 4.4. pont első bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

A biztosító a 4.2.–4.6. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait a Bit-ben foglaltak szerint továbbíthatja.

4.7. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, a Bit. 136.§-a alá eső adatok

vagy az Infotv. szerint különleges adatnak vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

4.8. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

4.9. A biztosító, biztosításközvetítői vállalkozás jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító, biztosításközvetítői vállalkozás által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adataira vonatkozó, az Infotv.-ben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

4.10. Biztosítók egymás közötti adatátadására vonatkozó szabályok

A Bit. lehetővé teszi a biztosítók számára, hogy a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségeik teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – megkereséssel forduljanak más biztosítóhoz a megkeresett biztosító által – a Bit. 135.§ (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt a Bit. 149.§ (3)-(6) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, hogy a kérdező (megkereső) biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős a Bit. 149.§ (1) bekezdésében meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

A Bit. 149.§ (3)-(6) bekezdése biztosítási ágazatonként meghatározza, hogy a megkereső biztosító a különböző ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban milyen adatokat kérhet. A biztosítási szerződés típusától (ágazati besorolásától) függően átadhatók a szerződő, biztosított, kedvezményezett, károsult személy azonosító adatai, a biztosított személy adatfelvételtől, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok, a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatok, korábbi biztosítási eseményre vonatkozó adatok, a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok, valamint a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.

Felelősségbiztosítási ágazatba tartozó biztosítási szerződések esetében a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén lehetőség van a károsult személy azonosító adataira, a személyi sérülés miatt kárigényt, személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételtől, valamint a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó, valamint e személyt, illetve a károsodott vagyontárgyat érintő korábbi, ugyanezen ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos biztosítási eseményre vonatkozó adatok átadására is. Felelősségbiztosítási ágazatba tartozó biztosítási szerződések esetén nem szükséges a károsult személy előzetes hozzájárulása a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt érvényesítő személyt érintő korábbi – felelősségbiztosítási ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatok átadásához.

Szárazföldi jármű-casco, valamint önálló szárazföldi járművekkel összefüggő felelősségbiztosítási ágazatba tartozó biztosítások esetében – ez utóbbiaknál a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – lehet kérni másik biztosítótól a járműazonosító adatok (rendszám, alvázsám) alapján az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményre (így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső

biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is), az elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó adatokat.

A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.

A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti. Abban az esetben azonban, ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig. Amennyiben a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem került sor, az adat a megismerését követő egy évig kezelhető.

A megkereső biztosító a jelen pont szerinti megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére, az Infotv-ben szabályozott módon, személyes adataihoz hozzáférést biztosít. Amennyiben a megkereső biztosító az adatok kezelésének törvényi határidejére figyelemmel már nem kezeli az adatokat, akkor az Infotv. alapján a személyes adataival kapcsolatos hozzáférési jogával élő ügyfelet ennek a tényéről kell tájékoztatni.

4.11. A Bit. 381.§-a alapján a 4.1.-4.9., valamint az 5. pontban szereplő rendelkezéseket alkalmazni kell a biztosításközvetítők esetében is azzal, hogy ahol az adott rendelkezés biztosítót nevesít, azon a biztosításközvetítőt kell érteni.

5. Az adatkezelés időtartama

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

A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

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

6. Az érintett jogai

6.1. Az érintett jogosult arra, hogy:

- tájékoztatást kapjon személyes adatainak kezeléséről (tájékoztatáshoz való jog);
- hozzáférést kapjon személyes adataihoz és az adatkezeléssel kapcsolatos törvényben meghatározott információkhoz (hozzáférési jog);
- az adatkezelő helyesbítse a rá vonatkozó pontatlan személyes adatokat (helyesbítéshez való jog);
- az adatkezelő törölje a rá vonatkozó személyes adatokat (elfeledtetéshez való jog);
- a tárolás kivételével megtiltsa a személyes adatainak kezelését (korlátozáshoz való jog);
- a rá vonatkozó személyes adatokat tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban megkapja (adathordozhatósághoz való jog);
- bármikor tiltakozzon személyes adatainak közérdekű célból vagy közhatalmi feladat gyakorlásához szükséges célból történő kezelése ellen, vagy olyan adatkezelés ellen, amely az adatkezelő vagy harmadik fél jogos érdekeinek érvényesítéséhez szükséges, vagy személyes adatainak közvetlen üzletszerzés céljából történő kezelése ellen (tiltakozáshoz való jog);
- automatizált döntéshozatal (beleértve a profilalkotást) esetén emberi

beavatkozást kérjen, álláspontját kifejezze, és a döntéssel szemben kifogást nyújtson be.

6.2. A biztosító az érintettet egy hónapon belül tájékoztatja a 6.1. pontban felsorolt jogainak érvényesítése céljából, a biztosítóhoz eljuttatott kérelme nyomán hozott intézkedésekről. Szükség esetén, figyelembe véve a kérelem összetettségét és a kérelmek számát, ez a határidő további két hónappal meghosszabbítható.

6.3. Az ügyfél az adatkezeléssel összefüggő jogainak megsértése esetén, vagy, ha az adatkezelőnek a jogai gyakorlásával összefüggésben hozott döntésével nem ért egyet, az adatkezeléssel érintett felügyeleti hatósághoz, illetve bírósághoz fordulhat.

A biztosító adatkezelésével érintett felügyeleti hatóság: Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (NAIH)

Székhely: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C

Levelezési cím: 1530 Budapest, Pf. 5

E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

Tel: +36 1 391 1400

Fax: +36 1 391 1410

Honlap: <http://naih.hu>

6.4. Kártérítés, sérelemdíj

Amennyiben az adatkezelő az érintett adatainak jogellenes kezelésével vagy az adatbiztonság követelményeinek megszegésével másnak kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Amennyiben az adatkezelő az érintett adatainak jogellenes kezelésével vagy az adatbiztonság követelményeinek megszegésével az érintett személyiségi jogát megsérti, az érintett az adatkezelőtől sérelemdíjat követelhet. Az érintettel szemben az adatkezelő felel az adatfeldolgozó által okozott kárért és az adatkezelő köteles megfizetni az érintettnek az adatfeldolgozó által okozott személyiségi jogsértés esetén járó sérelemdíjat is. Az adatkezelő mentesül az okozott kárért való felelősség és a sérelemdíj megfizetésének kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt vagy az érintett személyiségi jogának sérelmét az adatkezelés körén kívül eső elháríthatatlan ok idézte elő. Nem kell megtéríteni a kárt és nem követelhető a sérelemdíj annyiban, amennyiben a kár a károsult vagy a személyiségi jog megsértésével okozott jogsérelem az érintett szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásából származott.

7. Az adatok továbbítása, adatfeldolgozók

A Bit. 138.§ (1) bekezdésének o. pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben. A kiszervezett tevékenységet végzők részére a biztosító az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja. Amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatát továbbítja a kiszervezett tevékenységet végzőhöz, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító részére különösen az alábbi szervezetek/személyek végeznek az ügymenet kiszervezése során tevékenységet:

Kiszervezett tevékenységet végzők	Adatátadás célja, tevékenység
nyomdák	az ügyfeleket tájékoztató levelek, nyomtatványok előállítás, csekkek nyomtatása
kárszakértők, autókereskedők, javítók	kárfelvétel, kárfelmérés, kárigény elbírálása
igazságügyi szakértők	szolgáltatási igény elbírálása, szakértői tevékenység
üggyédek	a biztosító jogi képvisellete
orvosok	kockázat és szolgáltatási igény elbírálása
magánnyomozók	kárbejelentés ellenőrzése
követeléskezelő cégek	követelések kezelése, behajtása

Kiszervezett tevékenységet végzők	Adatátadás célja, tevékenység
informatikai szolgáltatók	folyamatos és mindennapi IT rendszerkarbantartás és -támogatás; adatkezelés, -tárolás, -archiválás
vagyonkezelő	vagyonkezelés
asszisztencia partnerek	szolgáltatásszervezés
szakfordítók, tolmácsok	fordítás, tolmácsolás
ügyfélszolgálati kapcsolattartók	ügyfélszolgálati tevékenység

Az ügymenet kiszervezését végző fontosabb jogalanyokra, szervezetekre, az általuk végzett tevékenység leírására vonatkozó tájékoztató megtekinthető a biztosító ügyfélszolgálati irodáiban és a www.groupama.hu honlapon is. A biztosítóval kötött szerződés alapján kizárólag a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges célokra használhatóak a biztosítótól kapott adatok. A kiszervezett tevékenységet végzők az adat- és titokvédelemre vonatkozó jogszabályokat kötelesek betartani. A biztosítási titok megőrzésére vonatkozó kötelezettséget, felelősséget és a titok megtartása érdekében teendő intézkedéseket a velük kötött szerződés is biztosítja. A kiszervezett tevékenységgel harmadik személynek okozott kárért a biztosító felelős és a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni.

8. Egyéb adatkezelések

A társaság közös adatkezeléseket folytat, a közös adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat, valamint a harmadik országba történő adattovábbításokra vonatkozó tájékoztatót a honlapon elérhető Általános Adatvédelmi Információk elnevezésű dokumentum tartalmazza.

9. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok kezelése

Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő esetleges kérdés, panasz esetén személyesen a biztosító ügyfélszolgálati irodáiban dolgozó munkatársaihoz fordulhat. Ügyfélszolgálati irodáink elérhetőségéről a www.groupama.hu weboldalunkon tájékozódhat. Telefonon keresztül a biztosító TeleCenter +36 1 467 3500 telefonszámán, illetve elektronikus levélben a www.groupama.hu weboldal „Írjon nekünk” menüpontjában is állunk rendelkezésére. Amennyiben írásban kíván bejelentést tenni azt az 1380 Budapest, Pf. 1049 levélcímen és a +36 1 361 0091 telefax számon is megteheti.

A biztosító felett a szakmai felügyeletet a Magyar Nemzeti Bank gyakorolja. A Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ elérhetőségei: cím: 1013 Budapest, Krisztina körút 39.; levélcím: 1534 Budapest, BKKP Pf. 777; a személyes ügyfélszolgálat nyitvatartási idejében hívható, ingyenes telefonszám: +36 80 203 776; központi fax: +36 1 489 9102; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu.

A Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben foglalt fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy – amennyiben Ön fogyasztó – a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti. A Pénzügyi Békéltető Testület telefonon: +36 1 489 9700 vagy az ingyenesen hívható: +36 80 203 776 telefonszámon; interneten: www.penzugyibekeltetes.hu; levélben: Pénzügyi Békéltető Testület 1525 Budapest Pf. 172 érhető el. A Pénzügyi Békéltető Testület meghallgatásainak helyszíne: 1133 Budapest, Váci út 76. (Capital Square Irodaház); 2016. október 15-től bármelyik kormányablakban is lehetséges van pénzügyi fogyasztóvédelmi panasz, kőzérdekű bejelentés vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására irányuló kérelem leadására.

Amennyiben online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatos a jogvitája, az Európai Unió online vitarendezési platformján kezdeményezheti a jogvita bírósági eljárásán kívüli rendezését. Az Európai Unió online vitarendezési

platformjáról bővebb információkat talál a www.groupama.hu weboldalunkon. Az Európai Unió online vitarendezési platformjának elérhetősége: web: <http://ec.europa.eu/odr>.

A bíróság eljárására 2017. december 31-ig a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadók. A bíróság eljárására a 2018. január 1-jén és az azt követően indult ügyekben a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvényt kell alkalmazni. Panaszkezelésre vonatkozó további részletes információk és a biztosító Panaszkezelési Szabályzata megtekinthető a www.groupama.hu weboldal „fogyasztóvédelem” menüpontjában.

10. Tájékoztató a FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségekről

Jelen tájékoztató a Bit. 148.§ (2) bekezdésében szereplő írásbeli tájékoztatói kötelezettség teljesítését célozza.

A biztosító, mint a FATCA-törvény szerinti ún. Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény, köteles az ún. készpénz egyenértékkel rendelkező biztosítások (tőkegyűjtéses életbiztosítások, a FATCA-törvény szerint pénzügyi számlák) vonatkozásában elvégezni a számlatulajdonos FATCA-törvényben foglalt Megállapodás (a továbbiakban: FATCA Megállapodás) I. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban jelen pontban: illetőségvizsgálat).

A FATCA Megállapodás értelmében az illetőségvizsgálat során a természetes személy ügyfél köteles az arra vonatkozó adatait, illetve nyilatkozatát a biztosító rendelkezésére bocsátani, hogy adóügyi szempontból belföldi illetőségű-e az Egyesült Államokban (ebből a szempontból egy egyesült államokbeli állampolgár adózás tekintetében belföldi illetőségűnek minősül az Egyesült Államokban még akkor is, ha a számlatulajdonos egy másik országban szintén adózási kötelezettség alá esik), illetve a jogi személy ügyfél köteles nyilatkozni arról, hogy a FATCA-törvényben meghatározott kategóriák közül melyikbe tartozik.

Az illetőségvizsgálat eredménye alapján a biztosító egy pénzügyi számlát (életbiztosítási szerződést) az Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként, vagy Nem Jelentendő Számlaként azonosít.

A biztosító a pénzügyi számlát a FATCA-törvényben meghatározott Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként minősíti, amennyiben az ügyfél az illetőségvizsgálat elvégzéséhez nem járul hozzá, vagy az illetőségvizsgálat más okból sikertelen.

Az illetőségvizsgálathoz szükséges nyilatkozatok beszerzésére a pénzmossási ügyfél-azonosítási kötelezettség lefolytatásával együtt kerül sor.

A FATCA-törvény értelmében, az Aktv. 43/B–43/C.§-ában meghatározott szabályok alapján az illetőségvizsgálat keretében Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként azonosított életbiztosításról és számlatulajdonosánadatairól a biztosító évente, az adóévet követő év június 30-ig köteles a Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV) tájékoztatni a Magyarország Kormánya és az Egyesült Államok Kormánya közötti információcsere teljesülése érdekében.

Az Aktv. 43/B–43/C.§-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről a biztosító a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított 30 napon belül írásban tájékoztatja.

A számlatulajdonost a biztosító felé 5 munkanapon belül változásbejelentési kötelezettség terheli, amennyiben adataiban – így különösen, melyek adóügyi illetőségét befolyásolják – változás következik be.

11. Tájékoztató az Aktv. alapján fennálló kötelezettségekről

A biztosító, mint az Aktv. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Intézmény köteles az ún. visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések (az Aktv. szerint pénzügyi számlák) vonatkozásában elvégezni a Számlatulajdonos (ügyfél) illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban jelen pontban: illetőségvizsgálat).

Az Aktv. értelmében az illetőségvizsgálat során az ügyfél köteles az adóügyi illetőségére vonatkozó adatait, illetve nyilatkozatát a biztosító rendelkezésére bocsátani. Az Aktv. szerinti Passzív Nem Pénzügyi Jogalany ügyfél köteles továbbá nyilatkozni az Aktv. alapján Jelentendő Személynek minősülő, Ellenőrzést gyakorló személyekről.

Amennyiben a nyilatkozat alapján a Számlatulajdonos (ügyfél) adózási

szempontból tagállamban vagy az Aktv. szerinti más államban rendelkezik illetőséggel, a biztosító a számlát Jelentendő Pénzügyi Számlaként kezeli. Az Aktv. értelmében a biztosító az illetőségvizsgálat keretében megszerzett, az Aktv. alapján jelentendő adatokról évente, az adóévet követő év június 30-ig köteles tájékoztatni a Nemzeti Adó- és Vámhivatalt (NAV), amely az automatikus információcsere keretében közli az Európai Unió tagállama vagy más állami hatáskörrel rendelkező hatóságával az Aktv.-ben meghatározott adatokat. Az Aktv. szerinti, NAV felé fennálló adatszolgáltatás teljesítése esetén az adatszolgáltatás tényéről a biztosító a Számlatulajdonost (ügyfelet) az adatszolgáltatás teljesítésétől számított 30 napon belül írásban – ha az lehetséges, elektronikus úton – tájékoztatja.

12. Tájékoztató a fizetőképességről és a pénzügyi helyzetről szóló beszámoló közzétételéről

A biztosító a Bit. 108.§ (1) bekezdése alapján köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről. A jelentéssel összefüggő részletszabályokat a Kormány rendeletben állapítja meg. A biztosító a Bit. 108.§ (1) bekezdése szerinti, a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről szóló jelentését a honlapján közzéteszi.

13. Értelmező rendelkezések

- a. Személyes adat:** azonosított vagy azonosítható természetes személyre („érintett”) vonatkozó bármely információ; azonosítható az a természetes személy, aki közvetlen vagy közvetett módon, különösen valamely azonosító, például név, szám, helymeghatározó adat, online azonosító vagy a természetes személy testi, fiziológiai, genetikai, szellemi, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára vonatkozó egy vagy több tényező alapján azonosítható.
- b. Érintett:** bármely meghatározott, személyes adat alapján azonosított vagy – közvetlenül vagy közvetve – azonosítható természetes személy.
- c. Az érintett hozzájárulása:** az érintett akaratának önkéntes, konkrét és megfelelő tájékoztatáson alapuló és egyértelmű kinyilvánítása, amellyel az érintett nyilatkozat vagy a megerősítést félreérthetetlenül kifejező cselekedet útján jelzi, hogy beleegyezését adja az őt érintő személyes adatok kezeléséhez.
- d. Adatkezelő:** az a természetes vagy jogi személy, közhatalmi szerv, ügynökség vagy bármely egyéb szerv, amely a személyes adatok kezelésének céljait és eszközeit önállóan vagy másokkal együtt meghatározza; ha az adatkezelés céljait és eszközeit az uniós vagy a tagállami jog határozza meg, az adatkezelőt vagy az adatkezelő kijelölésére vonatkozó különös szempontokat az uniós vagy a tagállami jog is meghatározhatja.
- e. Adatkezelés:** a személyes adatokon vagy adatállományokon automatizált vagy nem automatizált módon végzett bármely művelet vagy műveletek összessége, így a gyűjtés, rögzítés, rendszerezés, tagolás, tárolás, átalakítás vagy megváltoztatás, lekérdezés, betekintés, felhasználás, közlés, továbbítás, terjesztés vagy egyéb módon történő hozzáférhetővé tétel útján, összehangolás vagy összekapcsolás, korlátozás, törlés, illetve megsemmisítés.
- f. Adattovábbítás:** az adat meghatározott harmadik személy számára történő hozzáférhetővé tétele.
- g. Adatfeldolgozó:** az a természetes vagy jogi személy, közhatalmi szerv, ügynökség vagy bármely egyéb szerv, amely az adatkezelő nevében személyes adatokat kezel.
- h. Harmadik fél:** az a természetes vagy jogi személy, közhatalmi szerv, ügynökség vagy bármely egyéb szerv, amely nem azonos az érintettel, az adatkezelővel, az adatfeldolgozóval vagy azokkal a személyekkel, akik az adatkezelő vagy adatfeldolgozó közvetlen irányítása alatt a személyes adatok kezelésére felhatalmazást kaptak.

- i. Infotv.:** az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény.
- j. Biztosítási titok:** minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- k. Ügymenet kiszervezése:** a biztosító biztosítási vagy azzal közvetlenül összefüggő tevékenysége valamely részének végzésére másat bíz meg.
- l. Biztosító:** Groupama Biztosító Zrt., székhely: Magyarország, 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C; Fővárosi Törvényszék Cégbírósága által Cg. 01-10-041071 szám alatt bejegyezve; európai egyedi azonosítója (EUID): HUOCCSZ.01-10-041071.
- m. Ügyfél:** a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy, továbbá a független biztosításközvetítő esetén az a személy is, aki a független biztosításközvetítővel alkuszi megbízási szerződést kötött.
- n. Egészségügyi adat:** egy természetes személy testi vagy szellemi egészségi állapotára vonatkozó személyes adat, ideértve a természetes személy számára nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó olyan adatot is, amely információt hordoz a természetes személy egészségi állapotáról;
- o. Külföldi:** a devizakorlátozások megszüntetéséről, valamint egyes kapcsolódó törvények módosításáról szóló 2001. évi XCIII. törvény 2.§-ának 2. pontjában meghatározott fogalom.
- p. Üzleti titok:** a gazdasági tevékenységhez kapcsolódó, titkos – egészben vagy elemeinek összességéként nem közismert vagy az érintett gazdasági tevékenységet végző személyek számára nem könnyen hozzáférhető –, ennélfogva vagyoni értékkel bíró olyan tény, tájékoztatás, egyéb adat és az azokból készült összeállítás, amelynek a titokban tartása érdekében a titok jogosultja az adott helyzetben általában elvárható magatartást tanúsítja.
- q. Know-how:** védett ismeret know-how az üzleti titoknak minősülő, azonosításra alkalmas módon rögzített, műszaki, gazdasági vagy szervezési ismeret, megoldás, tapasztalat vagy ezek összeállítása.
- r. Adatvédelmi incidens:** a biztonság olyan sérülése, amely a továbbított, tárolt vagy más módon kezelt személyes adatok véletlen vagy jogellenes megsemmisítését, elvesztését, megváltoztatását, jogosulatlan közlését vagy az azokhoz való jogosulatlan hozzáférést eredményezi.
- s. Általános adatvédelmi rendelet vagy GDPR:** a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról szóló az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679. számú rendelete (2016. április 27.)
- t. Profilalkotás:** személyes adatok automatizált kezelésének bármely olyan formája, amelyek során a személyes adatokat valamely természetes személyhez fűződő bizonyos személyes jellemzők értékelésére, különösen a munkahelyi teljesítményhez, gazdasági helyzethez, egészségi állapothoz, személyes preferenciákhoz, érdeklődéshez, megbízhatóságához, viselkedéshez, tartózkodási helyhez vagy mozgáshoz kapcsolódó jellemzők elemzésére vagy előrejelzésére használják.
- u. Közös adatkezelő:** az az adatkezelő, aki vagy amely – törvényben vagy az Európai Unió kötelező jogi aktusában meghatározott keretek között – az adatkezelés céljait és eszközeit egy vagy több másik adatkezelővel közösen határozza meg, az adatkezelésre (beleértve a felhasznált eszközt) vonatkozó döntéseket egy vagy több másik adatkezelővel közösen hozza meg és hajtja végre vagy hajtja végre az adatfeldolgozóval.