



OTTHON Vitál Csoportos Egészségbiztosítás Biztosítási termékismertető

Biztosító: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Tevékenységi engedély száma: H-EN-II-88/2016.
Termék: szolgáltatásfinanszírozó, csoportos egészségbiztosítás



A jelen termékismertetőben foglalt tájékoztatás nem teljes körű. A termékre vonatkozó teljes körű, szerződéskötés előtti és szerződéses tájékoztatás az Általános és Különös Biztosítási Feltételekben található.

Milyen típusú biztosításról van szó?

Szolgáltatásfinanszírozó, csoportos egészségbiztosítás, mely a Biztosított betegsége vagy balesete esetén asszisztencia- és magánegészségügyi szolgáltatásokat nyújt.



Mire terjed ki a biztosítás?

	Standard egyéni / Standard családi csomag	Fókusz MINI csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
7/24 orvosi call center szolgáltatás	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Járóbeteg szakellátás megszervezése	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény szolgáltatás	-	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év
A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások*: - járóbeteg szakrendelés - diagnosztika - labordiagnosztika - ambuláns beavatkozások	-	Szolgáltatási limit: 200 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: - laborra és diagnosztikára: együttesen 50 000 Ft/fő/év - ambuláns beavatkozásokra: 50 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 500 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: - laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év - ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: - laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év - ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év
Rettegett betegség szolgáltatás	-	-	-	Biztosítási összeg: 1 200 000 Ft
Egynapos sebészeti beavatkozások	-	-	-	Szolgáltatási limit: 300 000 Ft/fő/év

***Fedezett járóbeteg-szakellátások: Fókusz MINI csomagban kizárólag belgyógyászat, kardiológia, fül-orr-gégészet, ambuláns sebészet, szemészet, allergológia és bőrgyógyászat szakágakban. Fókusz és Exkluzív csomagokban a kockázatkizárások kivételével bármely, járóbeteg-ellátásban elérhető orvosi szakágban.**



Mire nem terjed ki a biztosítás?

Általános kockázatkizárások:

- ✗ A kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás.
- ✗ A kockázatviselés ideje alatt bekövetkező olyan biztosítási esemény, amely előzménybetegséggel ok-okozati összefüggésbe hozható.
- ✗ Azok a biztosítási események, melyek összefüggésbe hozhatók a Biztosított szándékos, önmagának okozott kárral.
- ✗ Az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási események.
- ✗ A Biztosított alkoholos (0,8 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következő biztosítási esemény.
- ✗ Az a biztosítási esemény, amely nem szakvégzett és szakképzett orvos általi kezeléssel összefüggésben következett be, vagy orvos által végzett olyan gyógykezelés során, amelynél nem tartották be az orvosszakmai előírásokat.
- ✗ Kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal és kórházi ápolással, valamint az orvosilag nem indokolt műtétekkel, kórházi ápolásokkal és gyógyító eljárásokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási események.
- ✗ Az a biztosítási esemény, amely a Biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli járművezetésével okozati összefüggésben következett be.
- ✗ Felkelésben, lázadásban, zavargásban, terrorcselekményben, háborúban, harci cselekményben, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kormány elleni puccsban vagy puccskísérletben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határvillongásban való részvételből eredő biztosítási események.

A kizárások teljes listáját az általános és különös feltételek 4. számú melléklete tartalmazza.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

Várakozási idő: az egyes biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a Biztosító különböző hosszúságú várakozási időt köt ki:

Szolgáltatás	Várakozási idő
7/24 orvosi call center szolgáltatás	Nincs
Második orvosi vélemény szolgáltatás	Nincs
Járóbeteg szakellátás megszervezése	Nincs
A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások (kivéve terhességgel kapcsolatos szolgáltatások)	Nincs
A biztosításban fedezett, terhességgel kapcsolatos járóbeteg szakellátások	6 hónap
Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	Nincs
Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása	Nincs
Rettegott betegség szolgáltatás	3 hónap

A várakozási idő az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számítandó.

Amennyiben a nem baleseti eredetű, rettegett betegség szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási esemény a várakozási időszak alatt következik be, a Biztosító szolgáltatást nem teljesít, de a rettegett betegségre szóló fedezet életben marad. A Biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, amennyiben a biztosítási esemény baleset miatt következik be.

A várakozási idő értelmében terhességgel kapcsolatos járóbeteg-szakellátás [Általános és Különös Feltételek 8) dd) pontja] a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével vehető igénybe.

Bármely szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy a Biztosított a rá vonatkozó, különleges (egészségi állapottal kapcsolatos) adatainak kezeléséről és az orvosi titoktartás alóli felmentésről szóló **adatkezelési nyilatkozatát** postai úton (levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325), személyesen (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület) vagy e-mailben (mvm@cig.eu; szkennelt és fotózott másolat is megfelelő) az első kárbejelentés előtt a **Biztosítóhoz eljuttassa**. Ennek hiányában a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A Biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában, a Föld teljes területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki. A Biztosító szolgáltatásait Magyarország területén nyújtja.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

- Közlési és változás bejelentési kötelezettség teljesítése a csatlakozás és a biztosítás tartama során.
- Áthárított biztosítási díj havi rendszerességű megfizetése az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. (mint Szerződő) részére.
- A biztosítási esemény bekövetkezése esetén bejelentési, felvilágosítási és információadási kötelezettség teljesítése.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

- A havi rendszerességű biztosítási díj minden hónap első napján esedékes, és a Szerződő részére kell megfizetni a Szerződő által kiállított számlán, az energiadíjjal együtt. A biztosítás első díja a kockázatviselés első hónapjának 1. napján esedékes.

Standard egyéni csomag	Standard családi csomag	Fókusz MINI csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
990 Ft/fő/hó	2 490 Ft/hó*	3490 Ft/fő/hó	5 490 Ft/fő/hó	8 890 Ft/fő/hó

* Standard családi csomag: átalánydíjas csomag, a Biztosító az egy családból a biztosításba bevont Biztosítottak számától független, fix díjat alkalmaz.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

Kockázatviselés kezdete:

- adott naptári hónap 15. napjáig megtett csatlakozási nyilatkozat esetében a kockázatviselés kezdete a következő naptári hónap első napján 0 óra,
- adott naptári hónap 15. napja után megtett csatlakozási nyilatkozat esetében a kockázatviselés kezdete a csatlakozási nyilatkozat hónapját követő második hónap első napján 0 óra.

Kockázatviselés vége:

Az utolsó biztosítási időszak annak a hónapnak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése megszűnik, és ugyanannak a hónapnak az utolsó napján 24 óráig tart.

A biztosítás határozatlan időtartamra jön létre.

A biztosítási fedezet és ezzel a biztosító kockázatviselése megszűnik:

- a biztosítási szerződés Szerződő vagy Biztosító általi rendes felmondása esetén;
- abban az esetben, ha a Szerződő vagy a Biztosított elutasítja a Biztosító díjmódosítási javaslatát;
- a biztosítási díj esedékességének hónapjának utolsó napján, ha addig a Szerződő a hátralékos díjat nem fizette meg;
- a Biztosított halálával;
- ha a Biztosítottnak a Szerződővel kötött, energiaszolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik, vagy a felhasználási hely az energiaszolgáltatási vagy hálózathasználati szerződés megszegése miatt kikapcsolásra kerül;
- ha a Biztosított és a Szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi energiaszolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetős mérő kerül felszerelésre;
- a biztosítási csomagokhoz tartozó maximális szolgáltatási korhatár elérésekor.

A rettegett betegség szolgáltatás kockázatviselése adott Biztosított vonatkozásában megszűnik továbbá a rettegett betegség szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási összeg kifizetésével.



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

- Írásbeli, szóbeli (telefonon történő) vagy online csatlakozás esetén a Biztosított a csatlakozási nyilatkozatát a Szerződő által küldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 14 (tizennégy) napos határidőn belül azonnali hatállyal, a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, postai úton (MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) vagy e-mailben (ugyfelszolgalat@mvm.hu) visszavonhatja, amennyiben még nem vette igénybe a biztosítás valamely szolgáltatását. A nyilatkozat visszavonása esetén a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában díjfizetést nem vár el.
- A biztosítási fedezet ezen időszakot követően is bármikor felmondható az előző bekezdésben rögzített módon. Ez esetben a Biztosító kockázatviselése és a díjfizetési kötelezettség a nyilatkozat kézhezvétele hónapját tartalmazó biztosítási időszak utolsó napján szűnik meg.
- és a díjfizetési kötelezettség a nyilatkozat kézhezvétele hónapját tartalmazó biztosítási időszak utolsó napján szűnik meg.

**Az OTTHON Vítál Csoportos Egészségbiztosítás
Általános és Különös Feltételei I. rész**

1) Általános rendelkezések

Az OTTHON Vítál csoportos egészségbiztosítás (továbbiakban: biztosítás) jelen Általános és Különös Feltételekben foglaltak szerint jön létre a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (székhely: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület, továbbiakban: „**Biztosító**”), valamint az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. (továbbiakban: „**Szerződő**”) között.

A jelen Általános és Különös Feltételek alapján létrejövő szerződés nem fogyasztói szerződés.

2) Fogalmak

a) Baleset: az emberi szervezetet ért, a Biztosított akaratától függetlenül, egyszeri és hirtelen bekövetkező külső behatás (mechanikai, elektromos vagy vegyi), amely sérülést vagy mérgezést vagy más testi károsodást eredményez, amely azonnali klinikai, anatómiai és funkcionális károsodás jeleit mutatja, valamint akut (3 napon belüli) szakorvosi ellátást tesz szükségessé. A kialakult sérülés (károsodás) a balesettel közvetlen oksági összefüggésben van bizonyíthatóan, és egy éven belül halált, átmeneti vagy állandósult testi egészségkárosodást hoz létre.

b) Beavatkozás: azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.

c) 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.

d) Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.

e) Biztosítási évforduló: minden naptári év január 1.

f) Biztosított: a Szerződővel a Szerződő szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személy, a Szerződő ügyfele, aki a csoportos biztosításhoz írásbeli vagy szóbeli csatlakozási nyilatkozattal csatlakozik, és akire vonatkozó biztosítási díjat a Szerződő megfizette. Biztosított továbbá a Szerződő ügyfelével egy háztartásban élő, a Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontban megjelölt közeli hozzátartozója (házastársa, egyeneságbeli rokona, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülője, valamint a testvére), illetve a Szerződő ügyfelének élettársa, továbbá az élettárs, házastárs gyermekei és az élettárs, házastárs szülei is (továbbiakban együttesen: „**hozzátartozó**”), akiket felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfele a csoportos biztosításba írásbeli vagy szóbeli csatlakozási nyilatkozattal Biztosítottként bejelent, és akikre vonatkozó biztosítási díjat a Szerződő megfizette.

A Biztosított életkora a kockázatviselés kezdetekor legalább 3 hónap. A Biztosított maximális kora a kockázatviselés kezdetekor:

- Standard egyéni és Standard családi csomag esetén: 75 év,
- Fókusz MINI csomag esetén: 65 év,
- Fókusz csomag esetén: 65 év,
- Exkluzív csomag esetén: 65 év.

A Biztosító szolgáltatást legfeljebb a Biztosított alábbi életkoráig teljesít:

- Standard egyéni és Standard családi csomag esetén: 80 év,
- Fókusz MINI csomag esetén: 70 év,
- Fókusz csomag esetén: 70 év,
- Exkluzív csomag esetén: 70 év.

g) Biztosító: az a jogi személy, amely a – a biztosítási díj megfizetése ellenében – a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen Általános és Különös Feltételekben meghatározott esetekben, módon és mértékben egészségbiztosítási szolgáltatást nyújt. A Biztosító legfontosabb adatai:

Név: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

Tevékenység: a Biztosító biztosítási tevékenységet végez

Székhely: Magyarország, 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület

Levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325

Forint bankszámlaszám: 10918001-00000024-98060007 (IBAN: HU11 1091-8001-0000-0024-9806-0007)

Számlavezető bank neve: UniCredit Bank Hungary Zrt.

A Biztosító jogi formája: nyilvánosan működő részvénytársaság

Cégjegyzékszám: 01-10-045857

A Biztosító a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál van nyilvántartva.

h) Család: az alábbi személyek összessége:

- a Szerződővel érvényes szerződéses jogviszonyban álló természetes személy, a Szerződő ügyfele, valamint
- a Szerződő ugyanezen ügyfelével egy háztartásban élő, a Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontban megjelölt közeli hozzátartozója (házastársa, egyeneságbeli rokona, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülője, valamint a testvére), illetve a Szerződő ügyfelének élettársa, továbbá az élettárs, házastárs gyermekei és az élettárs, házastárs szülei is.

Az egy családból a biztosításba bevonható Biztosítottak száma maximum 5 fő.

i) Egészségügyi dokumentáció: a beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:

- a Biztosított személyazonosító adatait,

- cselekvőképes Biztosított esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló Biztosított esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
- a kórelőzményt, a kórtörténetet,
- az első vizsgálat eredményét,
- a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
- az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
- a beteg gyógyszer-túlérzékenységre vonatkozó adatokat,
- a bejegyzést tevő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
- a Biztosítottak (betegnek), illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- a beleeegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
- minden olyan egyéb adatot és tény, amely a Biztosított gyógyulására befolyással lehet.

Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:

- az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
- a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
- az ápolási dokumentációt,
- a képalakító diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint a Biztosított testéből kivett szövetmintákat, illetve azok szövettani eredményeit.

Több résztvevővel álló, összefüggő ellátási folyamat végén vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárvéleményt) kell készíteni, és azt a Biztosítottak át kell adni.

j) Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység: az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen:

- a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak,
- a keresőképességnek,
- a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.

k) Egészségügyi ellátás: a Biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.

l) Egészségügyi szolgáltatás: a magyar egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amelyek az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a Biztosított (beteg) vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a Biztosított (beteg) vizsgálati anyagainak feldolgozására irányulnak, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.

m) Egészségügyi szolgáltató: az erre jogosult magyar szerv vagy hatóság által kiadott működési engedély alapján egészségügyi szolgáltatást nyújtására jogosult minden egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet, a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül.

n) Ellátásszervező: a Teladoc Hungary Kft., amely a Biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy az egészségügyi szolgáltatókkal szerződést kössön, és a Biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszervezze, a szolgáltatást lebonyolítsa a Biztosítottak számára.

o) Éves szolgáltatási limit: a Biztosító egyes szolgáltatások tekintetében biztosítási évre vonatkozó szolgáltatási limitet alkalmaz, melynek mértékét az 1. számú melléklet tartalmazza.

p) Előzménybetegség: a kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy ténnyel összefügg.

q) Járóbeteg-szakellátás: a Biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a Biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmasszerű egészségügyi ellátás.

r) Járóbeteg-szakellátás keretében végzett ambuláns beavatkozások: olyan, járóbeteg-ellátás keretében, altatás nélkül igénybe vehető sebészeti, illetve egyéb szakterületi kezelések, beavatkozások, amelyek elvégzését követően a beteg azonnal, szakfelügyelet és megfigyelés nélkül, saját lábán otthonába bocsátható, a kezelés, beavatkozás a hatályos jogszabályok szerint járóbeteg-ellátás keretében történhet, és nem minősül egynapos sebészeti ellátásnak.

s) Kedvezményezett: a Biztosító minden szolgáltatására a Biztosított jogosult.

t) Kezelőorvos: a Biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a Biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.

u) Műtét: minden olyan, orvos által a mindenkorai orvosszakmai szabályoknak megfelelően végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás céljából hajtottak végre, és amelynél a beavatkozást végző orvos és intézménye a szükséges hatályos, érvényes engedélyekkel rendelkezik.

v) Szerződő: az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., amely a biztosítási szerződést megkötő, az érvényes jognyilatkozatokat teszi, és a biztosítás tartama alatt a díjfizetést teljesíti.

w) Területi és időbeli hatály: a Biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában, a Föld teljes területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki. A Biztosító a szolgáltatásait Magyarország területén nyújtja.

3) A szerződés létrejötte, tartama és a Biztosítottak csatlakozása

- a) A biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosítók között írásban, határozatlan időtartamra jön létre. Az egyes Biztosítottak tekintetében a biztosítás tartama a rájuk vonatkozó kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam.
- b) A Biztosítottak belépése a csoportos biztosítási szerződésbe:
- ba) A Szerződő ügyfelei az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg lépnek be a biztosításba.
 - bb) A csoportos biztosítási szerződésbe továbbá Biztosítottként beléphetnek mindazon természetes személyek (hozzátartozók), akik megfelelnek a 2) f) pontban foglaltaknak. A hozzátartozókat felhatalmazásuk alapján a Szerződő ügyfele jelenti be a biztosításba a nevükben tett csatlakozási nyilatkozat útján. **Hozzáartozók biztosításba történő bevonásának nem feltétele, hogy a Szerződő ügyfele is Biztosított legyen.**
 - bc) A csoportos biztosításba új Biztosított a szerződés tartama alatt bármikor beléphet. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változását a Szerződő köteles a Biztosítónak bejelenteni, és a tárgyhoz első napján élő biztosítási fedzettel rendelkező Biztosítottak után járó biztosítási díjat megfizetni.
 - bd) A Biztosított a csoportos biztosítási szerződésbe az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján léphet be:
 - írásbeli csatlakozási nyilatkozat útján;
 - szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján, amennyiben az alábbi feltételek teljesülnek:

Szóbeli (telefonon történő) belépés esetén a csatlakozási nyilatkozat megtételét követően a Szerződő postai úton vagy elektronikusan írásbeli visszaigazolást küld ügyfelének arról, hogy a Biztosító kockázatviselése rá és/vagy hozzátartozóira kiterjed. A Biztosított csatlakozási nyilatkozatát a Szerződő által küldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 14 (tizennégy) napos határidőn belül azonnali hatállyal a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, postai úton (MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) vagy e-mailben (ugyfelszolgalat@mvm.hu) visszavonhatja, amennyiben még nem vette igénybe a biztosítás valamely szolgáltatását. A nyilatkozat visszavonása esetén a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában díjfizetést nem vár el.
 - a Szerződő honlapján, online módon tett csatlakozási nyilatkozat útján.Online belépés esetén a belépési nyilatkozat megtételét követően a Szerződő elektronikus írásbeli visszaigazolást küld a Biztosított részére arról, hogy a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra, illetve családi változat esetén a Társbiztosítottakra kiterjed (a továbbiakban: írásbeli visszaigazolás). Ezekben az esetekben a Biztosított a csatlakozási nyilatkozatát a Szerződő által küldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 14 (tizennégy) napos határidőn belül azonnali hatállyal a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, postai úton (MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700.) vagy e-mailben (ugyfelszolgalat@mvm.hu) visszavonhatja, amennyiben még nem vette igénybe a biztosítás valamely szolgáltatását. A nyilatkozat visszavonása esetén a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában díjfizetést nem vár el.
- be) A Szerződő ügyfele a csatlakozási nyilatkozattal:
- a csoportos biztosítási szerződésbe Biztosítottként belép, és/vagy belépteti hozzátartozóit;
 - elfogadja jelen Általános és Különös Feltételeket, és hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rá, illetve a hozzátartozóira kiterjedjen;
 - felhatalmazást ad arra, hogy a havi biztosítási díj rá és hozzátartozóira eső részét a Szerződő tőle beszedje;
 - a biztosítás adminisztrációjához szükséges személyes adatai kezeléséhez kapcsolódó hozzájárulását megadja.
- c) A Szerződő ügyfelének – akár saját magát, akár hozzátartozóit jelenti be Biztosítottként – a csatlakozási nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.
- d) **Bármely szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy a Biztosított a rá vonatkozó, különleges (egészségi állapottal kapcsolatos) adatainak kezeléséről és az orvosi titoktartás alóli felmentésről szóló adatkezelési nyilatkozatát postai úton (levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325), személyesen (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület) vagy e-mailben (mvm@cig.eu; szkennelt és fotózott másolat is megfelelő) az első kárbejelentés előtt a Biztosítóhoz eljuttassa. Ennek hiányában a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.**
- e) A csoportos biztosítási szerződés részét képezi a Szerződőnek a Biztosító részére átadott dokumentációja, amely tartalmazza a Biztosítottak személyes adatait, valamint csatlakozási és adatkezelési nyilatkozataikat.

4) A kockázatviselés kezdete és vége, valamint a biztosítási időszak

- a) A kockázatviselés kezdete az egyes Biztosítottakra vonatkozóan, a Biztosítottnak a biztosítási szerződésbe való belépésének időpontjától függően:
- aa) adott naptári hónap 15. napjáig megtett csatlakozási nyilatkozat esetében a csatlakozási nyilatkozat megtételének hónapját követő hónap első napján 0 óra;
 - ab) adott naptári hónap 15. napja után megtett csatlakozási nyilatkozat esetében a csatlakozási nyilatkozat megtételének hónapját követő második hónap első napján 0 óra.
- b) Földgázszolgáltatáshoz kapcsolódóan: Az egyes Biztosítottakra vonatkozóan a biztosítási időszak 3 hónap. Az első biztosítási időszak a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés kezdetének naptári hónapját követő második hónap utolsó napjáig tart. Az utolsó biztosítási időszak annak a három hónapos időszaknak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése megszűnik, és ugyanennek a három hónapos időszaknak az utolsó napján 24 óráig tart.
- Villamosenergia-szolgáltatáshoz kapcsolódóan: Az egyes Biztosítottakra vonatkozóan a biztosítási időszak 1 hónap. Az első biztosítási időszak a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés kezdete naptári hónapjának utolsó napjáig tart. Az utolsó biztosítási időszak annak a hónapnak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése megszűnik, és ugyanannak a hónapnak az utolsó napján 24 óráig tart.

c) A kockázatviselés a teljes biztosított csoportra megszűnik:

- ca) a biztosítási díj esedékessége hónapjának utolsó napján, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, a Szerződő a díjfizetésre halasztást nem kapott, és a Biztosító követelését bírósági úton sem érvényesítette;
- cb) a biztosítási szerződés Szerződő vagy Biztosító általi rendes felmondása esetén. A felmondás a biztosítási időszak utolsó napjára, a megszűnés hatálynapjánál legalább 60 nappal korábban a másik félhez írásban intézett nyilatkozattal kezdeményezhető.
- a biztosított csoport megszűnésével, a megszűnés hatálynapja hónapjának utolsó napján;
- cd) amennyiben a Szerződő elutasítja a Biztosító díjmódosítási javaslatát, a díjmódosítás hatálynapját megelőző utolsó hónap utolsó napján.

d) A kockázatviselés adott Biztosított vonatkozásában a fentiekben túl megszűnik (a biztosított csoport többi tagjára vonatkozóan változatlan kockázatviselés mellett):

- da) a Biztosított halálával a halál napján;
- db) ha a Biztosítottnak a Szerződéssel kötött, energiaszolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik, vagy a felhasználási hely az energiaszolgáltatási vagy hálózathasználati szerződés megszegése miatt kikapcsolásra kerül, a megszűnés/kikapcsolás hatálynapja hónapjának utolsó napján. Nem minősül a kockázatviselés megszűnésének, ha a Szerződő és a Biztosított energiaszolgáltatási szerződéses jogviszonyában a szolgáltatás folytonosságának fenntartása mellett változás áll be, így különösen, de nem kizárólag, ha a felek közös megegyezéssel módosítják az energiaszolgáltatási szerződés tartalmát, ideértve azt az esetet is, ha a felek egyetemes szolgáltatási szerződés helyett a jövőre nézve szabadpiaci szerződéses feltételekben állapodnak meg, és a felek személye nem változik;
- dc) ha a Biztosított és a Szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi energiaszolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetős mérő kerül felszerelésre, a megszűnés, szüneteltetés, illetve az előre fizetős mérő felszerelésének hónapja utolsó napján;
- dd) a Biztosítottnak a Szerződéshöz írásban (e-mailben vagy postai úton) intézett felmondó nyilatkozata esetén a nyilatkozat kézhezvétele hónapját tartalmazó biztosítási időszak utolsó napján;
- de) a biztosítási csomagokhoz tartozó maximális szolgáltatási korhatár elérése hónapjának utolsó napján;
- df) a csatlakozási nyilatkozat 3) bd) szerinti visszavonása esetén. Amennyiben a nyilatkozat visszavonása a kockázatviselés kezdetét követően történik, a kockázatviselés annak kezdetére visszamenőleges hatállyal szűnik meg.

e) A rettegett betegség szolgáltatás kockázatviselése adott Biztosított vonatkozásában megszűnik továbbá a rettegett betegség szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási összeg kifizetésével.

5. A biztosítási díj

- a) A biztosítás havi rendszeres díjfizetésű.
- b) A biztosítás díja adott Biztosított vonatkozásában a kockázatviselés kezdetének napján, majd havonta, minden hónap első napján válik esedékessé, és az esedékesség napjától a következő esedékesség napját megelőző napig tartó, egy hónapos időszakra vonatkozik.
- c) A tárgyhavi biztosítási díj az ugyanazon hónap első napján élő biztosítási fedezettel rendelkező Biztosítottakra vonatkozik.
- d) A szerződés – vagy az egyes Biztosítottak biztosítotti jogviszonyának – megszűnése esetén annak a hónapnak az utolsó napjáig járó díjat kell megfizetni, amelyben a Biztosító kockázatviselése véget ért.
- e) **Ha a Szerződő a biztosítás díját az esedékesség hónapjának utolsó napjáig nem egyenlíti ki, halasztást nem kap, és a Biztosító a díj iránti igényét bírósági úton sem érvényesíti, a Biztosító a kockázatot az esedékesség hónapjának utolsó napjáig viseli. A türelmi idő alatt a Szerződő az elmaradt díjrészek befizetését pótolhatja. Amennyiben ez nem történik meg, a biztosítási szerződés és ezzel a Biztosító kockázatviselése az esedékesség hónapjának utolsó napján 24 óráig megszűnik minden Biztosítottra. A Biztosító az egyes Biztosítottak vonatkozásában részleges díjfizetést nem fogad el.**
- f) Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat a Biztosítottakra továbbhárítja, akkor a biztosított csoporthoz történő csatlakozáskor a Biztosítottak figyelmét erre fel kell hívnia.

6) A biztosítási díj módosítása

- a) **A Biztosító évente legfeljebb egy alkalommal jogosult a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása miatt a szerződés felülvizsgálatára és a biztosítási díj módosítására.**
- b) A Biztosító a Szerződőt a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változásával indokolt díjmódosításról annak tervezett hatálybalépése előtt legalább 90 nappal értesíti. Ha a Szerződő a tervezett hatálybalépést megelőző 60. napig nem nyilatkozik írásban a díj módosításával kapcsolatban, úgy a szerződés díja a módosítási javaslatnak megfelelően változik.
- c) A Szerződő a Biztosítottakat a módosított díj hatálybalépése előtt legalább 45 nappal értesíti postai vagy elektronikus levélben.
- d) Ha a módosított biztosítási díj mellett a Biztosított nem kívánja fenntartani a biztosítási fedezetet, akkor azt írásban, a Biztosítónak címezve a biztosítási időszak végére felmondhatja. **Ha a Biztosított a módosított díjat a hatálybalépést megelőző 15. napig írásban nem utasítja vissza, akkor azt elfogadottnak kell tekinteni, és a biztosítási fedezet a módosított díjjal érvényben marad.**
- e) A módosított díj annak hatálynapjától minden Biztosított vonatkozásában alkalmazandó.
- f) **Amennyiben a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása a biztosítási kockázat jelentős növekedését okozza, és a Szerződő a hatálybalépést megelőző 60. napig elutasítja a Biztosító díjmódosítási javaslatát, a biztosítási szerződés a díjmódosítás hatálynapját megelőző utolsó hónap utolsó napján megszűnik.**

7) A biztosítási csomagok

- a) A Biztosító jelen csoportos biztosítás keretében öt különböző biztosítási csomagot tesz elérhetővé (Standard egyéni, Standard családi, Fókusz MINI, Fókusz, Exkluzív). Ezen öt csomag különbözik a bennük foglalt szolgáltatások számában, típusában, valamint a biztosítási díjban.
- b) Biztosítási csomagot a csatlakozási nyilatkozat megtételekor egyéni igényeinek megfelelően a Biztosított választ, figyelembe véve a 2) f) pontban rögzített korhatárokat is.

c) Egy család Biztosítottjaira (a Szerződő ügyfelére és hozzátartozóira) csak ugyanaz a csomag választható.

d) Egy családban legfeljebb egy Biztosítottra választható Standard egyéni csomag. Egy családból több Biztosított bevonása ezen a fedezeti szinten a Standard családi csomaggal lehetséges. Standard családi csomag választása esetén ugyanabban a családban Standard egyéni csomag nem köthető.

e) Csomagok közötti váltás a korábban választott csomag lemondásával (biztosítási fedezet megszüntetésével) és új csatlakozási nyilatkozat megtételével lehetséges.

f) Egy Biztosítottra egy időben egy csomag lehet érvényben.

g) A csomagokba foglalt szolgáltatásokat és szolgáltatási limiteket, valamint a csomagok díját az 1. számú melléklet tartalmazza.

8) Biztosítási események és szolgáltatások

Adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási esemény és kapcsolódó szolgáltatás függ a választott biztosítási csomagtól, jelen pontban az öt elérhető csomag összes biztosítási eseménye és kapcsolódó szolgáltatása bemutatásra kerül.

a) 7/24 orvosi call center szolgáltatás

aa) Biztosítási esemény a Biztosított betegsége, megbetegedése.

ab) Az orvosi call center szolgáltatás telefonon történő orvosi tanácsadást jelent, amelyet a Biztosított az Ellátásszervező call centerének felhívásával vehet igénybe. Az orvosi tanácsadás keretében a call center az év minden napján, napi 24 órában fogadja a hívásokat, melyek rögzítésre és tárolásra kerülnek.

ac) **Az Ellátásszervező telefonszáma: +36 1 461 1598.**

ad) Az orvosi tanácsadás keretében a Biztosított a következőkről kaphat tájékoztatást magyar és angol nyelven:

- betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
- gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
- orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
- ügyeletes gyógyszerárakról,
- egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

ae) **A szolgáltatás során a call center által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem pótolják a személyes orvosi vizsgálatot.**

af) A szolgáltatás igénybevétele az alábbiak szerint történik:

- A Biztosított felhívja az Ellátásszervező call centerét, ahol egy operátor fogadja a hívást.
- Megtörténik a Biztosított azonosítása és a jogosultság ellenőrzése az alábbi adatok alapján: Biztosított neve, születési dátum, Biztosított édesanyjának leánykori neve.
- Az operátor egy orvos munkatárnak továbbítja a hívást, aki megválaszolja a Biztosított kérdéseit.

b) Járóbeteg-szakellátás megszervezése

ba) Biztosítási esemény a Biztosított betegsége vagy balesete.

bb) Ha a Biztosított betegsége vagy balesete miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra, képalkotó diagnosztikai vizsgálatra, illetve labor-diagnosztikai vizsgálatra szorul, úgy az Ellátásszervező vállalja, hogy segítséget nyújt a Biztosított szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltató megtalálásában, ahol az igényelt szakorvosi ellátás elérhető. Az Ellátásszervező az egészségügyi szolgáltató ajánlásán túl a Biztosított kérésére az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja.

bc) **A megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját a választott csomagtól, a járóbeteg-szakellátást kiváltó biztosítási eseménytől és az aktuálisan rendelkezésre álló szolgáltatási limittől függően vagy a biztosítás fedezi, vagy a Biztosított fizeti. A biztosítás által fedezett szolgáltatások leírását a 8) pont későbbi alpontjai tartalmazzák.**

bd) **A szolgáltatás igénylése az Ellátásszervező call centerének (+36 1 461 1598) felhívásával történik:**

- Ellátásszervezés igénylésére az általános orvosi tanácsadástól eltérően **munkanapokon 8 és 20 óra között** van lehetőség.
- A hívás során megtörténik a Biztosított azonosítása és a jogosultság ellenőrzése az 8) af) pontban felsorolt adatok alapján.
- Az operátor rögzíti az igényt, egyeztet a Biztosítottal a preferált helyszínt és időpontot, majd megkezdi a kért szakvizsgálat, illetve ellátás megszervezését, illetve tájékoztatja a Biztosítottat a folyamatról.
- A megszervezett vizsgálat időpontjáról, helyszínéről, valamint a Biztosított által fizetendő várható költségről az operátor telefonon vagy e-mailben ad tájékoztatást. Az operátor a vizsgálat időpontját és helyszínét telefonos tájékoztatás esetén is megerősíti írásban.
- **Amennyiben a Biztosított a számára megrendelt szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az Ellátásszervezőt, úgy a Biztosított az adott szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.**

c) Második orvosi vélemény szolgáltatás

ca) A második orvosi vélemény alatt a Biztosított által az Ellátásszervezőnek feltett, a Biztosított súlyos betegségére vonatkozó, orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvos szakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni.

cb) **A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza:** hozzáférés nemzetközi orvos szakértők szaktudásához. Elismert orvos szakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az Ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá beterveztett minden esetben. Vezető kórházak kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. Az Ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a Biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a beteggel és kezelőorvosával.

cc) A második orvosi véleményt az Ellátásszervező az alábbi, a Biztosítottak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül **előzmény nélkül bekövetkező** betegsége esetén nyújtja:

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

cd) **A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az Ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.**

ce) **A szolgáltatási igény bejelentése a járóbeteg-szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az Ellátásszervező call centerén (+36 1 461 1598) keresztül.**

d) A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások

da) Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélkül bekövetkező betegsége vagy balesete, amely miatt egészségügyi ellátása válik szükségessé.

- **Fókusz MINI csomagban kizárólag belgyógyászat, kardiológia, fül-orr-gégészet, ambuláns sebészet, szemészet, allergológia és bőrgyógyászat szakágakban (a 4. számú mellékletében foglalt kockázatkizárások figyelembevételével),**
- **Fókusz és Exkluzív csomagban a kockázatkizárásokat tartalmazó 4. számú mellékletében szereplő ellátások kivételével bármely, járóbeteg-ellátásban elérhető orvosi szakágban,**

mely ellátás járóbeteg-szakellátás, ezen belül

- szakorvosi vizit,
- diagnosztikai vizsgálatok,
- labordiagnosztikai vizsgálatok,
- ambuláns beavatkozások
- és gyógyszerek felírása

keretén belül valósul meg, amennyiben az orvosilag indokolt és szükséges.

db) A Biztosító és az Ellátásszervező a szerződött egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi az ellátást, és az 1. számú mellékletben rögzített éves limit erejéig fedezi annak költségét. A Biztosító az ellátás költségét az Ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak téríti meg.

dc) **A biztosítás kizárólag az első szakorvosi vizsgálat költségeire nyújt fedezetet olyan tünetek és megbetegedések esetén, melyek a kockázatviselés kezdetekor vagy azt megelőzően fennálló megbetegedéssel (előzménybetegséggel) ok-okozati kapcsolatba hozhatók. Az ilyen betegségek és tünetek miatt szükséges laboratóriumi és diagnosztikai vizsgálatok, valamint a további gyógykezelés költségeit a biztosítás nem fedezi.**

dd) **Terhesség ideje alatt a Biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít (maximum az éves limit erejéig).** A szakorvosi vizsgálatnál egy időben, annak részeként végzett ultrahang-(UH-)vizsgálat a térítés szempontjából nem számít önálló ellátásnak. A terhességhez kapcsolódó térítéses ellátás keretében genetikai ultrahangvizsgálat, valamint a genetikai rendellenességek kiszűrésére szolgáló kombinált teszt ultrahang eleme is igénybe vehető.

de) Az Ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limittől rendelkezésére álló összegről az ellátásra való jelentkezéskor.

df) **Amennyiben a Biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 95%-át már felhasználta, a Biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított részére az éves limit erejéig. A Biztosító ugyancsak utólag téríti meg a terhességi kombinált teszt ultrahang elemének költségét a felhasznált éves limit mértékétől függetlenül, amennyiben az egészségügyi szolgáltató az ultrahangvizsgálatról önálló számlát nem állít ki.**

dg) **A Biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az Ellátásszervező megalapozottnak minősítse.**

dh) A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a járóbeteg-szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az Ellátásszervező call centerén (+36 1 461 1598) keresztül.

e) Képkalkító diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása

ea) Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélkül bekövetkezett, **szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított** betegsége vagy balesete, amely miatt további gyógyulásához a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások elvégzése válik szükségessé.

eb) **MR (mágneses rezonanciás diagnosztika):** a Biztosított betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely első sorban a koponya, a gerinc, az ízületek, a hasi és kismedencei szervek, valamint az erek és a szív betegségeinek diagnosztikáját segíti elő.

ec) **CT (komputertomográfia – számítógépes rétegfelvételes diagnosztika):** a Biztosított betegsége miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret-, struktúra-, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy térbeli részletességgel.

ed) **Cardio-CT (tomográfias diagnosztika):** a Biztosított betegsége miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely alkalmas arra, hogy kimutasson olyan megbetegedéseket is és azok eredetét, melyeket a kardiológiai vizsgálatok (pl. terheléses EKG) nem mutatnak ki egyértelműen. Főként a koszorúerek megbetegedéseinek feltárásában jelentős a szerepe.

- ee) **PET-CT (pozitronemissziós tomográfias diagnosztika):** a Biztosított betegsége miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban rosszindulatú daganatos megbetegedések, szívbetegségek és különböző központi idegrendszeri megbetegedések korai felismerésére, valamint az alkalmazott terápiák meghatározására és eredményességének követésére szolgál.
- ef) A Biztosító és az Ellátásszervező a szerződött egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi a vizsgálatot, és az 1. számú mellékletben rögzített éves limit erejéig fedezi annak költségét. A Biztosító a vizsgálat költségét az Ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak téríti meg.
- eg) Az Ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésére álló összegről az orvosi képkalkotó diagnosztikai vizsgálatokra való jelentkezéskor.
- eh) **Amennyiben a Biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 95%-át már felhasználta, a Biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított részére az éves limit erejéig.**
- ei) **A szolgáltatások megszervezésének és a Biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a Biztosított rendelkezzen az ellátáshoz szükséges (szak)orvosi beutalóval vagy javaslattal. A Biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az Ellátásszervező megalapozottnak minősítse.**
- ej) A szolgáltatási igény bejelentése, valamint a vizsgálat szervezése a járóbeteg-szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az Ellátásszervező call centerén (+36 1 461 1598) keresztül.
- f) **Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása**
- fa) Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélkül bekövetkezett betegsége vagy balesete, amely miatt olyan tervezhető, tervezett gyógyászati beavatkozás válik szükségessé, amely a Biztosított ambuláns műtéti kiváltása és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerekkel működő intézményben történik, és a Biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát.
- fb) A Biztosító és az Ellátásszervező a szerződött egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi az ellátást, és az 1. számú mellékletben rögzített éves limit erejéig fedezi annak költségét. A Biztosító az ellátás költségét az Ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak téríti meg.
- fc) A műtéthez kapcsolódó előzetes ellátások, vizsgálatok (általában, de nem kizárólag laborvizsgálat, mellkasröntgen és altatóorvosi vizsgálat) költségét, a műtétnél felhasznált implantátumok költségét, valamint a 24 órát meg nem haladó kórházi tartózkodás egyéb költségeit (hotelszolgáltatás költségeit) is fedezi a biztosítás.
- fd) **Amennyiben a biztosításban fedezett sebészeti beavatkozás során komplikáció merül fel, és emiatt orvosilag indokolt módon meghosszabbított, 24 órát meghaladó kórházi tartózkodás, illetve további ellátások, vizsgálatok válnak szükségessé, az ezekhez kapcsolódó költségeket a Biztosító nem téríti meg.**
- fe) Az Ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésére álló összegről az ellátásra való jelentkezéskor.
- ff) **Amennyiben a Biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 95%-át már felhasználta, a Biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított részére az éves limit erejéig.**
- fg) **A szolgáltatások megszervezésének és a Biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a Biztosított rendelkezzen az ellátáshoz szükséges (szak)orvosi beutalóval vagy javaslattal. A Biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az Ellátásszervező megalapozottnak minősítse.**
- fh) A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a járóbeteg-szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az Ellátásszervező call centerén (+36 1 461 1598) keresztül.
- g) **Rettegett betegség szolgáltatás**
- ga) Biztosítási esemény a Biztosítottnál (a Biztosítotton) a rá vonatkozó kockázatviselés ideje alatt 25 különböző kritikus betegség, illetve orvosi beavatkozás valamelyikének diagnosztizálása, illetve alkalmazása. **A betegségek, illetve eljárások részletes leírását a 2. számú melléklet tartalmazza.**
- gb) A rettegett betegségekhez kapcsolódó bármely, 2. számú mellékletben foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az 1. számú mellékletben rögzített biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére, **feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisának megállapítását, illetve az orvosi beavatkozás elvégzését követően a Biztosított legalább 30 napig életben van. A Biztosító csak egy, a legkorábban bekövetkező rettegett betegség vonatkozásában teljesít szolgáltatást.**
- gc) **A 2. számú mellékletben felsorolt események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha az esemény, valamint az eseményhez vezető baleset vagy betegség a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be. Előzménynek az tekintendő, ha a Biztosított csatlakozása előtt olyan betegséget diagnosztizáltak, amelyre a fent felsorolt esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésben áll. Előzménynek tekintendő továbbá, ha a kockázatviselés kezdete előtt 3 hónapon belül olyan tünetet észleltek, illetve laboratóriumi vagy képkalkotó vizsgálat olyan eredménnyel zárult, melynek alapján betegség kialakulását és/vagy fennállását feltételezve részletes kivizsgálást javasoltak, illetve kezdeményeztek, s e betegségre a fent felsorolt esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésben áll. Műtéti beavatkozás végrehajtásával definiált események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha a kockázatviselés kezdetekor nem állt fenn az adott típusú beavatkozásra vonatkozó műtéti indikáció és/vagy műtéti előjegyzés.**
- gd) A Biztosító szolgáltatást csak a 3. számú mellékletben felsorolt dokumentumok benyújtása esetén teljesít.
- ge) A Biztosító a rettegett betegség szolgáltatását (a biztosítási összeg kifizetését) a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül fizeti ki. A biztosítási összeg kifizetésével a rettegett betegség fedezet megszűnik (a többi fedezet változatlan tartalommal érvényben marad).

gf) **A szolgáltatási igényt a többi szolgáltatástól eltérően a Biztosítónál kell bejelenteni a 10) ab) pontban rögzített módon.**

Egyes biztosítási szolgáltatások megszervezésének határideje:

- a 8) b) és d) pontban rögzített szolgáltatások (járóbeteg-szakellátások) keretében igénybe vett **szakorvosi vizsgálat** esetén a bejelentéstől számított **öt (5) munkanap**;
- a 8) e) pontban rögzített képalkotó **diagnosztikai vizsgálatok** esetén:
 - **Budapesten** a bejelentéstől számított **tíz (10) munkanap**,
 - **Budapesten kívül** a bejelentéstől számított **húsz (20) munkanap**;
- a 8) f) pontban rögzített **egynapos sebészeti beavatkozás** esetén:
 - **Budapesten** a bejelentéstől számított **huszonkettő (22) munkanap**,
 - **Budapesten kívül** a bejelentéstől számított **harminckettő (32) munkanap**.

9) Várakozási idő

a) Az egyes biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a Biztosító különböző hosszúságú várakozási időt köt ki:

Szolgáltatás	Várakozási idő
7/24 orvosi call center szolgáltatás	Nincs
Második orvosi vélemény szolgáltatás	Nincs
Járóbeteg-szakellátás megszervezése	Nincs
A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások (kivéve terhességgel kapcsolatos szolgáltatások)	Nincs
A biztosításban fedezett, terhességgel kapcsolatos járóbeteg-szakellátások	6 hónap
Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	Nincs
Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása	Nincs
Rettegett betegség szolgáltatás	3 hónap

b) A várakozási idő az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számítandó.

c) **Amennyiben a nem baleseti eredetű, rettegett betegség szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási esemény a várakozási időszak alatt következik be, a Biztosító szolgáltatást nem teljesít, de a rettegett betegségre szóló fedezet érvényben marad.** A Biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, amennyiben a biztosítási esemény baleset miatt következik be.

d) **A várakozási idő értelmében terhességgel kapcsolatos járóbeteg-szakellátás [8) dd) pont] a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével vehető igénybe.**

10) A Biztosító teljesítése

a) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 munkanapon belül be kell jelenteni:

aa) rettegett betegség szolgáltatás kivételével kizárólag telefonon, az Ellátásszervező call centerén keresztül (+36 1 461 1598);

ab) rettegett betegség szolgáltatás esetében a szolgáltatási igénybejelentő formanyomtatvány Biztosítónak történő elküldésével (levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325; e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu; fax: +36 1 247 2021).

A bejelentés során a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

b) **A határidő elmulasztása, késedelmes kárbejelentés esetén a Biztosító a szolgáltatás alól mentesül, de csak abban az esetben, ha a késedelmes kárbejelentés következtében a Biztosító teljesítési kötelezettsége megállapításának szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenné válnak.**

c) A Biztosító teljesítésének feltétele, hogy a Biztosított a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges körülményekre vonatkozóan felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték, és felhatalmazza a Biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszeresse, valamint ugyanebből a célból más Biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. **Amennyiben a Biztosított a rá vonatkozó különleges (egészségi állapottal kapcsolatos) adatainak kezeléséről és az orvosi titoktartás alóli felmentésről szóló adatkezelési nyilatkozatát az első kárbejelentés előtt a Biztosítóhoz nem juttatja el, a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.**

d) A Biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.

e) A Biztosított a Biztosító előírásai és utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. Ennek megfelelően a betegség első orvosi diagnózisát követően, illetve balesetet követően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás végéig folytatnia kell. Továbbá gondoskodnia kell a megfelelő

ápolásról, és törekednie kell a további biztosítási esemény lehetőség szerinti elhárítására, illetve a bekövetkezett károk enyhítésére. **Ha a Biztosított a kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, és emiatt a Biztosított állapota súlyosbodott, a Biztosító mentesül az ilyen jellegű állapotsúlyosbodásból eredő szolgáltatási kötelezettség alól.** A kárenyhítési kötelezettség szabályainak alkalmazása során nem tekinthető a Biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

11) A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

a) A Biztosító a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosítási esemény jellegétől függően a következő iratokat kérheti:

- aa) Kedvezményezett személyazonosságát igazoló dokumentum;
 - a biztosítási esemény bekövetkezésének tényét igazoló dokumentumok, a biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok másolata (mint pl. a Biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy, tanúk nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, az ezt tartalmazó jegyzőkönyvek másolata, munkahelyi, iskolai, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv másolata, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos szakértői vélemények másolatai);
 - ab) véralkohol-vizsgálati eredmény, drogteszt;
 - ac) gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata;
 - ad) amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata;
 - ae) a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel, valamint a körelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumainak másolata (mint pl. házi- vagy üzemorvosi, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, kórházi zárójelentések, a műtétről szóló orvosi dokumentáció, gyógyszerfelhasználást igazoló iratok, szövettani vizsgálati eredmények, ideértve CT-, MRI- és röntgenfelvételeket és azok vizsgálati eredményeit is);
 - af) a társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok;
 - ag) azon további nyilatkozatok, amelyeket a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételeként meghatároznak;
 - ah) idegen nyelvű iratok esetén azok fordítása;
 - ai) hiánytalanul kitöltött adatkezelési nyilatkozat;
 - aj) az eljáró törvényes képviselő jogosultságát igazoló dokumentum;
 - ak) rettegett betegség szolgáltatás esetén hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány;
 - al) rettegett betegség szolgáltatás esetén a 3. számú mellékletben rögzített dokumentumok.
- b) A listában szereplő, a Biztosító által bekért iratok beszerzésének költségei a Kedvezményezettet terhelik.
- c) Amennyiben egy adott irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az Érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a Biztosított kötelezettsége, és az iratok beszerzésének költsége is a Biztosítottat terheli.

12) Közlési kötelezettség

- a) A Szerződő és a Biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.
- b) A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott – a valóságnak megfelelő – írásbeli válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- c) A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.
- d) A közlésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Biztosított biztosításba való belépésekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- e) A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a Biztosított belépésétől az adott Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- f) Ha a közlési kötelezettség megsértése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi Biztosított vonatkozásában nem hivatkozhat.
- g) A közlésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna.

13) Maradékjogok, technikai kamatláb, többlethozam

- a) A szerződés nem rendelkezik maradékjogokkal, kötvénykölcsönre, a szerződés díjmentesítésére, valamint visszavásárlására nincs lehetőség.
- b) A Biztosító a biztosítás díjának kalkulációja során technikai kamatlábat nem használt, a biztosítás többlethozam-visszatérítéssel nem rendelkezik.

14) A Biztosító mentesülése

- a) **A Biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Biztosított vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója okozta.**

15) Kockázatkizárások

- a) **A Biztosító kockázatviselése a szolgáltatások típusától függően nem terjed ki a 4. számú mellékletben található esetekre.**

16) A biztosítási szerződés megszűnése

a) A biztosítási szerződés megszűnik azon a napon, amikor a biztosított csoport utolsó tagjára megszűnik a Biztosító kockázatviselése. A kockázatviselés megszűnésének eseteit a 4) pont tartalmazza.

17) Az Ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó rendelkezések

a) Az Ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó rendelkezéseket az 5. számú Adatkezelési tájékoztató melléklet tartalmazza.

18) Jognyilatkozatok

- a) Azon jognyilatkozatok, amelyek érvényességéhez jogszabály írásbeli alakot követel meg, a Biztosítóval szemben csak akkor hatályosak, ha azokat írásban nyújtották be a Biztosítóhoz (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület). Abban az esetben, ha az adott jognyilatkozat érvényességéhez jogszabály nem írja elő az írásbeliség követelményét, akkor az arra jogosult által aláírt papíralapú dokumentum szkennelt változatát tartalmazó elektronikus levél beérkezése pótolja az írásbeli benyújtást.
- b) Minden jognyilatkozat akkor hatályos, amikor az a Biztosítóhoz (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület) beérkezett.

19) Egyéb rendelkezések

a) A Szerződő a biztosítás tartalmáról, a hozzá intézett, Biztosítottakat érintő tájékoztatások tartalmáról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.

b) A biztosításból származó szolgáltatási igények elévülési ideje 5 év.

c) Panaszkezelés

A biztosítási szerződésekkel kapcsolatban felmerült panaszokat a Biztosítónál lehet bejelenteni az alábbiak szerint:

- személyesen: 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B épület
- telefonon: +36 1 5 100 100
- telefaxon: +36 1 247 2021
- postai úton: 1476 Budapest, Pf. 325
- elektronikus úton: panasz@cig.eu

A panaszbeadványokon címzettként kérjük feltüntetni a Panaszkezelés megnevezést is. A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól (Panaszkezelési Szabályzat) a www.cigpannonia.hu/altalanos-biztosito/panaszkezeles honlapunkon nyújtunk részletes tájékoztatást. A Biztosító köteles a panaszokat kivizsgálni, és a vizsgálat eredményéről a panaszost 30 napon belül értesíteni.

Amennyiben a fogyasztónak minősülő ügyfélnek a Biztosítóhoz benyújtott panasz

- részben vagy egészben elutasításra került, vagy
- nem a biztosítási törvényben előírtak szerint került kivizsgálásra, vagy
- annak kapcsán a Biztosító válaszából a biztosítási törvényben előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez az ügyfél, vagy
- kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelenül telt el, akkor:

1. a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz (a továbbiakban: MNB) fordulhat (székely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55., levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP, Pf. 777; telefon: +36 80 203 776 [helyi tarifával hívható kékszám]; web: www.mnb.hu/fogyasztovedelem; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
2. a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület (a továbbiakban: PBT) előtt kezdeményezheti eljárást (székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.; levelezési cím: 1525 Budapest BKKP, Pf. 172; telefon: +36 80 203 776 [helyi tarifával hívható kékszám]; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
3. vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

A PBT- és az MNB-eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy a fogyasztónak minősülő ügyfél a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a Biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

Ezúton tájékoztatjuk Önt továbbá az online vitarendezési platform igénybevételeének lehetőségéről. Amennyiben az Ön és Társaságunk között létrejött online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatosan pénzügyi fogyasztói jogvita merül fel, úgy Ön kezdeményezheti az online vitarendezési platformon keresztül a jogvita bírósági eljárásán kívül történő rendezését a közösen megválasztott vitarendezési fórumnál.

Tájékoztatjuk, hogy Magyarországon a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult. Az online vitarendezési platform honlapja a következő linken érhető el: ec.europa.eu/odr

Fogyasztónak nem minősülő ügyfél Társaságunk elutasító döntésével szemben a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

d) A jelen Általános és Különös Feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog Magyarország joga.

e) A jelen Feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.

f) A jelen feltételekkel meghatározott biztosításokból származó valamennyi per elbírálására a Pp. 30. § (1) bekezdése alapján az általános illetékességgel rendelkező bíróságok járnak el.

g) A biztosítással összefüggő legfontosabb adózási szabályok a következők: a Biztosító minden szolgáltatása a magánszemély Biztosított adómentes bevétele.

- h) A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnak ajánlott levélben kézbesítette, megkísérelte kézbesíteni, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekelten írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta.
- i) A Biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről köteles évente jelentést közzétenni. A Biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentést a honlapján (www.cigpannonia.hu) és a Budapesti Értéktőzsde honlapján teszi közzé.
- j) A Biztosító egyes alkalmazottai a biztosítási szerződéssel, a rendszeres díjak teljesítésével összefüggésben jutalékra jogosultak.
- k) A Biztosító a biztosítási termékre vonatkozóan tanácsadást nem nyújt.

1. számú melléklet: A biztosítási csomagok bemutatása

	Standard egyéni / Standard családi csomag	Fókusz MINI csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
7/24 orvosi call center szolgáltatás	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Járóbeteg-szakellátás megszervezése (az ellátás díját a Biztosított fizeti)	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény szolgáltatás	-	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év
A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások a 8) da) pontban rögzített szakágakban: járóbeteg-szakrendelés diagnosztika labordiagnosztika ambuláns beavatkozások	-	Szolg. limit: 200 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: – laborra és diagnosztikára: együttesen 50 000 Ft/fő/év – ambuláns beavatkozásokra: 50 000 Ft/fő/év	Szolg. limit: 500 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: – laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év – ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év	Szolg. limit: 1 000 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: – laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év – ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év
Rettegett betegség szolgáltatás	-	-	-	Biztosítási összeg: 1 200 000 Ft
Egynapos sebészeti beavatkozások	-	-	-	Szolgáltatási limit: 300 000 Ft/fő/év

A biztosítási csomagok havi díja

Érvényes: 2023. 08. 01-től

Standard egyéni csomag	Standard családi csomag	Fókusz MINI csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
990 Ft/fő/hó	2490 Ft/hó*	3490 Ft/fő/hó	5490 Ft/fő/hó	8890 Ft/fő/hó

* Standard családi csomag: átalánydíjas csomag, a Biztosító az egy családból a biztosításba bevont Biztosítottak számától független, fix díjat alkalmaz.

2. számú melléklet: Rettegett betegség szolgáltatás biztosítási eseményei

1) Alzheimer-kór

A szellemi teljesítőképesség hanyatlása és/vagy elvesztése a teljes agyi működés visszafordíthatatlan károsodása miatt, melyet Alzheimer-kór és demencia kórismézésére kifejlesztett, klinikai bizonyítékokon alapuló, szabványosított tesztek egyértelműen alátámasztanak. A betegségnek jelentős gondolkodóképességbeli károsodást kell eredményeznie, melyet neurológus szakorvosnak kell igazolnia.

Alkoholfogyasztással, kábítószer-használattal vagy AIDS-szel összefüggő szellemi hanyatlás (demencia) nem képez biztosítási eseményt.

2)Aortaműtét

Életet veszélyeztető érrendszeri betegség miatt az aorta (fő verőér) mellkasi vagy hasi szakaszán végzett nagy műtét. Idetartozik az aortaszűkület helyreállítása, aortatágulat vagy érfalsérülés, -szakadás korrekciója beültetett érpótlással. A minimal invazív eljárással beültetett stent nem képez biztosítási eseményt. Az aortából leágazó verőereken végzett műtétre sem terjed ki a biztosítás.

3) Aplasztikus vérszegénység

Krónikus és tartósan fennálló csontvelő-elégtelenség, mely vérszegénységhez, a fehérvérsejtszám és/vagy a vérlemezkék számának csökkenéséhez vezet, ami az alábbiak közül legalább egyféle kezelést tesz szükségessé:

- a) vértermék-transzfúzió,
- b) csontvelő-stimuláló szerek,
- c) immunszuppresszív szerek,
- d) csontvelő-átültetés.

A diagnózist egy hematológusnak meg kell erősítenie.

4) Jóindulatú agydaganat, amely műtétet igényel vagy állandó neurológiai tüneteket okoz

Neurológus vagy idegsebész által megerősített életveszélyes, de nem rákos agydaganat. Idetartoznak a koponyán belüli, agyi roncsolódást okozó daganatok is. Tumornak minősül mindaz, ami idegsebészeti kimetszést tesz szükségessé, vagy ha nem operálható, állandó neurológiai károsodást okoz.

5) Vakság

Mindkét szemre visszafordíthatatlan látásvesztés betegség vagy baleset következtében. A vakságot szemész szakorvosnak kell igazolnia. A vakságot orvosi eljárással nem lehet javítani vagy helyreállítani.

6) Agyműtét

Általános anesthesiában (altatásban) a koponya megnyitásával (kraniotomia) az agyban aktuálisan végzett műtét. A kulcslyukbehatolás is ide tartozik. Baleseti eredetű agyműtét nem tartozik a biztosítási események közé. A beavatkozás szükségességét minősített specialistának kell véleményeznie.

7) Rák

A kórszövettani lelettel igazolt rosszindulatú tumor diagnózisa. Ráknak minősül például a rosszindulatú limfóma és a rosszindulatú csontvelő-rendellenességek, beleértve a leukémiát is.

A következők nem tartoznak ide:

- a) in situ rákos megbetegedések, rákos in situ, nem invazív rák, diszplázia és minden rosszindulatút megelőző (pre malignus) állapot,
- b) a T2bNOMO-nál nem súlyosabb prosztaták,
- c) papilláris vagy follikuláris pajzsmirigyrák, mely enyhébb, mint T2NOMO,
- d) a bőr bazálsejtes és laphámsejtes karcinómái, valamint a dermatofibrosarcoma protuberans,
- e) ha a rák diagnózisa a testnedvekben és testváladékokban (vér, nyál, széklet vizelet) kimutatható tumorsejteken, illetve tumorasszociált molekulákon alapul további egyértelmű, döntő klinikai bizonyíték hiányában.

8) Állandó egészségkárosodáshoz vezető kóma

Az eszméletvesztéses állapot során külső ingerekre vagy belső szükségletekre a Biztosított nem reagál. Az állapot minimum 96 órán át folyamatosan fennáll, s külső gépi támogatással tartható fenn az élet. Neurológus szakorvosnak kell igazolnia a folyamatos neurológiai károsodást. Kábítószer- vagy alkoholfogyasztással közvetlenül összefüggő kóma nem képez biztosítási eseményt.

9) Koszorúér-(bypass-)műtét

Nyitott szívű műtét, amelynél sternotómiát hajtanak végre (a szegycsont szétvágása) azért, hogy a beszűkült vagy elzáródott egy vagy több koszorúeret elkerülő graft beültetésével korrigálják. Bőrön keresztül végzett (percután) koszorúér-beavatkozások, mint például angioplastica vagy más artériás katéteralapú technikával kivitelezett eljárás vagy lézeres eljárás nem képez biztosítási eseményt.

10) Műtétet igényelő Crohn-betegség

Crohn-betegség, ahol többszörös, részleges bélkimetszést (resectio) végeztek több különböző kórházi bent fekvés során.

11) Sükettség

A hallás teljes, visszafordíthatatlan károsodása betegség vagy baleset következtében. Fül-orr-gégész szakorvosnak kell igazolnia, mely igazolásnak audiometrikus és hangküszöbvizsgálatot kell tartalmaznia. A sükettség orvosi eljárással nem orvosolható.

12) Szívsebészeti műtét

Nyílt vagy endoszkópos szívsebészeti beavatkozás, melynek során egy vagy több szívbillentyű cseréjét, korrekcióját hajtják végre olyan rendellenesség miatt, melyet artériás katéteres eljárásokkal nem tudnak orvosolni. A műtétet kardiológus szakorvos javaslata alapján kell végrehajtani.

13) HIV-fertőzés vérátömlesztés miatt

HIV-vírus által okozott fertőzés következményeként diagnosztizált szerzett immunhiányos szindróma (AIDS), ha a fertőzés bizonyíthatóan fertőzött vér vagy vérkészítmények transfúziójából származik, valamint hatóságilag igazoltan és bizonyíthatóan a biztosítási szerződés megkötését követően történt vérátömlesztésből ered. A HIV-fertőzéssel való szérumkonverzióknak a transfúziót követő hat hónapon belül meg kell történnie.

14) Végstádiumú veseelégtelenség, amely állandó dialízist igényel

Végstádiumú krónikus vesebetegség (veseelégtelenség), amely miatt rendszeres dialízis szükséges.

15) Végstádiumú májelégtelenség

A végstádiumú májbetegség vagy májsugor a krónikus végstádiumú májelégtelenséget jelenti, amely az alábbiak legalább egyikét okozza:

- a) kontrollálhatatlan aszcitesz,
- b) állandó sárgaság,
- c) nyelőcső- vagy gyomorértágulatok (várixok),
- d) májeredetű agyi elváltozás (hepatikus encefalopátia).

Az alkohol- vagy a kábítószer-használat miatt kialakuló májbetegség kizárt.

16) Végtagvesztés

Sérülés következtében kettő vagy több végtag anatómiai vagy funkcionális teljes és vissza nem állítható elvesztése.

17) A beszéd teljes és végleges elvesztése

A beszédkészség teljes és végleges elvesztése legalább folyamatosan tizenkét hónapig. Az orvosi bizonyítékot megfelelő (fül-orr-gégész) szakembernek kell igazolnia, és meg kell erősítenie a hangszálak sérülését vagy betegségét. Minden pszichiátriai ok kizárt. Az állapot orvosi eljárással nem gyógyítható, javítható.

18) Jelentős (harmadfokú) égési sérülések

Harmadik fokú égési sérülések, amelyek a testfelület legalább 20%-át fedik le.

19) Szervátültetés (szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy)

A következő teljes emberi szervek egyikének transzplantációja: szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy.

Nem terjed ki a következőkre: egyéb szervek, szervek részei, szövetek vagy sejtek transzplantációja.

20) Motoneuron betegség (mozgató idegsejt károsodásával járó betegség)

A motoneuron betegség egyértelmű diagnózisa a neurológiai tanácsadóval, a megfelelő és releváns neurológiai jelek végleges bizonyítékával.

21) Szklerózis multiplex

A szklerózis multiplex az agy és/vagy a gerincvelő gyulladásos és demyelinizációs betegsége, mely neurológiai tüneteket és panaszokat is okoz. A betegség diagnosztizálását neurológus szakorvosnak kell megerősítenie a nemzetközileg elfogadott, hatályos kritériumok alapján. Jelenleg a felülvizsgált McDonald 2010* kritériumrendszer a hatályos.

A lehetséges szklerózis multiplex és az izolált neurológiai szindrómákra utaló jelek, amelyeket nem e betegséggént diagnosztizáltak, kizártnak tekintendők.

* Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. A sclerosis multiplex diagnosztikája: a McDonald-kritériumok 2010. évi felülvizsgálata. Ann Neurol 2011; 69: 292–302

22) Szívinfarktus

Az akut miokardiális infarktus végleges diagnózisa: a szívizom elhalása, melyet a véráramlás elzáródása okoz. Ezt a típusos kardiális biokémiai markerek emelkedésével vagy csökkenésével kell alátámasztani (TroponinI, Troponin T vagy CK-MB). A kapott értéknek a felső referencia-határérték 99. percentilise felett kell lennie, valamint az alábbiak egyikének kell teljesülnie:

- a) akut szívroham következményeként kialakult szívbetegségek,
- b) sorozatos EKG-elváltozások a következők bármelyikének kifejlődésével: ST-eleváció vagy -depresszió, T-hullám-inverzió, kóros Q-hullám vagy bal Tawara-szár-blokk.

Egyéb akut koszorúér-szindrómák, ideértve többek között az instabil anginát is, kizártak.

23) Parkinson-kór

A Parkinson-kór egyértelmű diagnosztizálása neurológus által, a progresszív és tartós neurológiai károsodás végleges jeleire alapozva, ahol a Biztosított képtelen az alábbi hat napi tevékenység közül legalább hármat elvégezni a megfelelő gyógyszeres kezelés ellenére.

A kábítószer vagy mérgezés okozta Parkinson-kór kizárt.

A mindennapi élet tevékenységei:

- a) öltözködés – a ruházat felvétele és levétele segítség nélkül;
- b) mozgás – ágyból vagy székből felkelés, illetve visszafekvés vagy ülés segítség nélkül;
- c) mobilitás – szobák közötti mozgás fizikai segítség nélkül;
- d) continencia – bél és húgyhólyag működésének szabályozására alkalmas képesség a személyes higiénia fenntartása érdekében;
- e) étkezés – étkezés segítség nélkül;

f) fürdés – fürdés és/vagy zuhanyozás segítség nélkül.

24) Stroke, amely állandó/tartós neurológiai hiányhoz vezet

Az agyszövet pusztulása nem megfelelő vérellátás vagy vérzés miatt, amely az alábbiak mindegyikét eredményezi:

- a) új idegrendszeri tünetek hirtelen kialakulása,
- b) a klinikai vizsgálat során új objektív neurológiai hiányosságok folyamatosan a stroke diagnózisát követő legalább hatvan napon belül,
- c) a CT-vizsgálattal vagy az MRI-vel kapcsolatos új eredmények a klinikai diagnózissal összhangban.

A fenti meghatározás nem terjed ki a következőkre:

- a) átmeneti iszkémiás zavar,
- b) az agyszövet vagy az erek traumás sérülése,
- c) egy már korábban létező agyi elváltozás másodlagos bevérvése,
- d) klinikai tünetek nélkül, kizárólag az agy képalkotó vizsgálata során véletlenszerűen észlelt elváltozás,
- e) a látóideg- vagy retinaszövetek elhalása.

25) Fekélyes vastagbélgyulladás

Súlyos fekélyes vastagbélgyulladás, ahol teljes vastagbél-eltávolítást végeztek.

3. számú melléklet: A rettegett betegség szolgáltatás kárbejelentéséhez szükséges adatok, dokumentumok

A Biztosító a 2. számú mellékletében felsorolt biztosítási események miatt felmerülő szolgáltatási igényeket az alábbi dokumentumok megléte esetén fogadja el. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője bírálja el. A Biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését kezdeményezheti.

- a) Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján történik.
 - b) Szívinfarktus elfogadásának feltételei a következők:
a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
az infarktusra jellemző EKG-eltérések megléte;
a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.
A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarktus diagnosztizálásához.
 - c) Szívkoszorúér-megkerülő (bypass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtét leírás vagy annak kivonata szükséges.
 - d) Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 90 nap múlva a Biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik az esemény elfogadása.
 - e) Krónikus veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésére vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialízis igazolásával kerül elfogadásra.
 - f) Létfenntartású szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.
 - g) Vakságot szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.
 - h) Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.
 - i) Az ún. „4 alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásának elfogadása a Biztosító által megbízott orvos szakértő vizsgálatára alapján történik.
 - j) Szklerózis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórlefolyás, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a Biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.
 - k) AIDS-(HIV-)betegség elfogadása fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbeteg-osztályán felállított orvosi diagnózis alapján történik.
 - l) Végtag-amputáció a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció alapján kerül elfogadásra.
 - m) Bénulás diagnosztizálása neurológus szakorvos neurológiai osztályon vagy intenzív osztályon kiállított kórházi zárójelentése alapján kerül elfogadásra. Ha végeztek elektrofiziológiai és szövettani vizsgálatot, azok eredménye is szükséges a betegség elfogadásához.
- A Biztosító a fenti dokumentumok szkennelt, olvasható formátumú változatát is elfogadja.

4. számú melléklet: Kockázatkizárások

A táblázatban „X” jelöli azokat a szolgáltatásokat, melyek esetében az adott kizárás alkalmazandó.

Jelmagyarázat:

- 1. --> 7/24 orvosi call center szolgáltatás
- 2. --> Járóbeteg-szakellátás megszervezése
- 3. --> Második orvosi vélemény szolgáltatás
- 4. --> A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások
- 5. --> Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása
- 6. --> Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása
- 7. --> Rettegett betegség szolgáltatás

Kizárt kockázatok leírása	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
A kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás.			X	X	X	X	X
A kockázatviselés ideje alatt bekövetkező olyan biztosítási esemény, amely előzménybetegséggel ok-okozati összefüggésbe hozható.			X	X*	X	X	X
Azok a biztosítási események, melyek összefüggésbe hozhatók a Biztosított szándékos, önmagának okozott kárral.	X	X	X	X	X	X	X
Felkelésben, lázadásban, zavargásban, terrorcselekményben, háborúban, harci cselekményben, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kormány elleni puccsban vagy puccskísérletben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határviellongásban való részvételből eredő biztosítási események.	X	X	X	X	X	X	X
Az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási események.	X	X	X	X	X	X	X
A Biztosított alkoholos (0,8 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következő biztosítási esemény.	X	X	X	X	X	X	X
Az a biztosítási esemény, amely nem szakvégzett és szakképzett orvos általi kezeléssel összefüggésben következett be, vagy olyan, orvos által végzett gyógykezelés során, amelynek nem tartották be az orvosszakmai előírásokat.	X	X	X	X	X	X	X
Kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal és kórházi ápolással, valamint az orvosilag nem indokolt műtétekkel, kórházi ápolásokkal és gyógyító eljárásokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási események.	X	X	X	X	X	X	X
Az a biztosítási esemény, amely a Biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli járművezetésével okozati összefüggésben következett be.	X	X	X	X	X	X	X
Az a vizsgálat, ellátás: amelynek igénybevétele nem az Ellátásszervezőn keresztül történt és/vagy amelynek igénybevétele nem az Ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatónál történt.				X	X	X	
Az alábbiakból eredő egészségügyi ellátások: sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából, az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység miatt, katasztrófa miatti ellátás, járványügyi érdekből végzett ellátásokkal kapcsolatban, tüdőgyógyászati gondozás, addiktológiai gondozás, alkohológiai gondozás, drogbetegellátás, -gondozás, foglalkozás-egészségügyi szakellátás, akupunktúrás kezelés, fogászati diagnosztika, szakellátás, fogászati indikációval kapcsolatos egyéb ellátás (pl. szájsebészeti ellátás keretében bölcsességfog eltávolítása), onkológiai szakellátás, pszichiátriai szakellátás, lézeres körömgomba-eltávolítás, geriátriai kezelés, gondozás, dialízis kezelés, digitális dermatoscopia, visszértbetegség injekciós kezelése (scleroterápia), nemibeteg-gondozás, a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok, pszichiátriai kezelés, gyógyypedagógiai kezelés, fizio- és mozgásterápiás kezelés, intenzív betegellátás, klinikai onkológiai gondozás, HIV-betegek gondozása, Hepatitis C betegek gondozása, aneszteziológiai ellátás.**				X	X	X	
Az a vizsgálat, ellátás, amelyet előíró orvosi javaslat/beutaló nem tartalmazza az orvos pecsétjét.					X	X	

Orvosi javaslat hiányában igényelt egészségügyi szolgáltatás.					X	X	
Az a vizsgálat, ellátás, amelyet előíró orvosi javaslatot/beutalót nem szakrendelő orvosa állítja ki. A háziorvos által kiállított javaslatot/beutalót a Biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat.					X	X	
A kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatok körében felmerülő biztosítási esemény: a jogszabályból eredő kötelező védőoltások és szűrések.				X	X		
Az alábbi diagnosztikai vizsgálatok: székletgenomika-teszt ételintolerancia-teszt hajdiagnosztika kapszulaendoszkópia CT-lézermammográfia sztereotaxiás biopszia				X			
Az alábbiakból eredő egynapos sebészeti beavatkozások: Sterilisatio laparoscopica feminae Sterilisatio laparoscopia kapoccsal Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel Sterilisatio laparoscopia monopol. Elektródával Sterilisatio laparoscopia bipol. Elektródával Extrauterin graviditas laparoscopos műtete Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel Méhén kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal Interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal Interruptio laminaria tágitással Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások Művi megtermékenyítés Szépészeti okból végzett plasztikai műtetek Orrsövényferdüléssel kapcsolatos beavatkozások Visszerműtét						X	
A következő sporttevékenységekkel összefüggő biztosítási események: bűvárkodás, félkezes, illetve nyílt tengeren vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping, bázisugrás, műugrás, ejtőernyőzés.							X

* A 8) dc) pont szerint alkalmazandó: a biztosítás kizárólag az első szakorvosi vizsgálat költségeire nyújt fedezetet olyan tünetek és megbetegedések esetén, melyek a kockázatviselés kezdetekor vagy azt megelőzően fennálló megbetegedéssel kapcsolatosak. Az ilyen betegségek és tünetek miatt szükséges laboratóriumi vagy egyéb diagnosztika és gyógykezelés költségeit a biztosítás nem fedezi.

** Az egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása tekintetében az aneszteziológiai ellátás nem kizárt ellátás.