



## Egészségbiztosítás Biztosítási termékismertető

A társaság: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.  
A termék: ÉletEnergia csoportos egészségbiztosítás



Érvényes: 2026. január 1-től

Jelen tájékoztatás nem teljeskörű. Kérjük, a biztosítás megkötése előtt olvassa el figyelmesen az ÉletEnergia csoportos egészségbiztosítás biztosítási feltételeit!

### Milyen típusú biztosításról van szó?

Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításról, amely kockázati biztosításnak minősül.

A biztosítási díj ellenében a biztosítottak betegségei esetén a biztosító megszervezi az orvosi ellátást és fedezi annak költségeit a meghatározott limitek erejéig a biztosítóval szerződésben lévő magán-egészségügyi szolgáltatóknál (magánrendelők, magánkórházak). Tehát kifizetés közvetlenül a Biztosított részére nem történik.

A csoportos egészségbiztosítás biztosítottja az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt-vel kötött érvényes áram szolgáltatási szerződéssel rendelkező természetes személy és a biztosítási feltételben meghatározott hozzátartozója lehet.



### Mire terjed ki a biztosítás?

| Szolgáltatások   | Egyéni csomag                   | Családi csomag                     | Extra csomag                     |
|--|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Non-stop orvosi call center  | korlátlan                       | korlátlan                          | korlátlan                        |
| Időpont egyeztetés szakorvosi vizsgálatra  | korlátlan                       | korlátlan                          | korlátlan                        |
| Orvosi képalkotó diagnosztika (MRI, CT)  | 1 000 000 Ft<br>/biztosítási év | 1 000 000 Ft<br>/fő/biztosítási év | 250 000 Ft<br>/fő/biztosítási év |
| Második orvosi vélemény  | -                               | -                                  | korlátlan                        |
| Járóbeteg-szakellátás finanszírozása (belgyógyászat, kardiológia, fül-orr-gégészet, ambuláns sebészet, allergológia, szemészet, bőrgyógyászat) | -                               | -                                  | 100 000 Ft<br>/fő/biztosítási év |
| Diagnosztikai vizsgálatok (NEM nagyértékű pl, röntgen-, ultrahang- és laborvizsgálatok)  | -                               | -                                  | 50 000 Ft<br>/fő/biztosítási év  |



### Mire nem terjed ki a biztosítás?

Nem finanszírozza a biztosító a CT, MRI vizsgálatok költségét:

- ✗ külföldön működő szolgáltatóknál, amely az olyan betegség miatt vált szükségessé,
- ✗ amely betegség már a biztosítás megkötése előtt is fennállt (krónikus betegségek),
- ✗ szakorvosi javaslat/beutaló nélküli vizsgálatokat.
- ✗ a felsorolt hét orvosszakmán kívüli szakok finanszírozására
- ✗ műtétek finanszírozására
- ✗ limitet meghaladó ellátások finanszírozására.

A tételes felsorolást a biztosítási feltételek tartalmazzák.



### Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

- ! életkori: 3 hónaposnál fiatalabb és 80 éven felüli biztosítottakra nem köthető; Extra csomag: 18-70 év között köthető csak
- ! nincs lehetőség fedezet-feltöltésre, ha év közben elfogy a keret



### Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A biztosítás kizárólag a magyarországi szolgáltatóknál igénybevett ellátásokat fedezi.



### Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

A szerződőt, illetve a biztosítottat:

- a szerződés kezdetekor közlési kötelezettség,
- a szerződés tartama alatt díjfizetési, változás-bejelentési, kármegelőzési kötelezettség,
- kár esetén felvilágosítási és információ-adási kötelezettség terheli.



### Mikor és hogyan kell fizetnem?

A biztosítási díj megfizetésére a szerződő köteles. A biztosítottra áthárított biztosítási díjat a biztosított – a csatlakozást követő hónap első napjától – a szolgáltatási szerződés díjával együtt, az áramszolgáltatási díj megfizetésére vonatkozó határidőben és gyakorisággal köteles megfizetni.



### Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A biztosító kockázatviselésének kezdete a csoportos szerződéshez való csatlakozást követő nap 0. órája.

A biztosító kockázatviselése egy biztosított vonatkozásában az alábbi esetekben szűnik meg:

- a biztosított halálának napján
- ha a biztosított betölti a 70. / 80. életévét
- ha a szerződő bejelenti a biztosítónak, hogy a biztosított kilépett
- a szerződés megszűnésekor (a megszűnés eseteit a külön elérhető biztosítási feltételek részletezik).

Az Extra csomag csak évfordulóra mondható fel.



### Hogyan szüntethetem meg a biztosítási jogviszonyomat?

A csoportos biztosítási szerződést kizárólag a szerződő szüntetheti meg. A szerződés az alábbi esetekben szűnik meg:

- a szerződésben meghatározott tartam elteltével
- ha az évforduló előtt 30 nappal bármelyik fél jelzi a felmondási igényét
- díjfizetés elmulasztása esetén
- a szerződő jogutód nélküli megszűnése esetén.

Az egyes biztosítottak biztosítási jogviszonya megszűnésének eseteit a „Mikortól meddig tart a kockázatviselés?” pont részletezi.

## **ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés Biztosítási feltételei CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.**

### **ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés Biztosítási Feltételei**

Jelen Biztosítási Feltételek – ellenkező szerződéses kikötések hiányában a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító; jogelőd biztosító UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.), valamint az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. (továbbiakban: MVM Next vagy Szerződő, jogelődje, az E.ON Áramszolgáltató Kft.) között létrejött Csoportos Egészségbiztosítási Szerződésre érvényesek.

Nem válik a Csoportos szerződés, illetve a biztosítási jogviszony részévé a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű biztosítási jogviszony alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

A Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: „Ptk.”) rendelkezéseitől és a szokásos szerződési gyakorlattól eltérő rendelkezések dőlt betűvel szedettek.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: „Bit.”) 152. §, valamint 4. számú melléklete szerinti ügyfél tájékoztatásnak megfelelő – a külön dokumentumként a biztosítási szerződés részét képező Ügyféltájékoztató által nem tartalmazott – rendelkezések félkövér betűvel szedettek. A **félkövér** betűvel szedett rendelkezések, valamint az Ügyféltájékoztató együttesen képezi az ügyfelek Bit. 152. § és 4. számú melléklete szerinti tájékoztatását.

### **1. Fogalmak**

**1.1. Alapellátás:** a Biztosított / Társbiztosított lakóhelyén, tartózkodási helyén, illetve annak közelében a Biztosított / Társbiztosított választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatás (háziorvosi szolgáltatás).

**1.2. Általános járóbeteg-szakellátás:** a Biztosított / Társbiztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a Biztosított / Társbiztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmyszerű egészségügyi ellátás.

**1.3. Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel nem köt szerződést.

**1.4. Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt.

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

**1.6. Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak. Az egyes Biztosítottakra / Társbiztosítottakra vonatkozó biztosítási év az adott Biztosítottak Biztosítotti Nyilatkozatának megtételét követő napon kezdődik és a következő év ugyanezen hónapjának ugyanezen napjáig tart.

**1.7. Biztosított:** az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítást megkötik.

**1.8. Biztosítási esemény:** a Biztosító azon szolgáltatása, amelyre a biztosítási szerződés alapján a Biztosító a Biztosított / Társbiztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott egészségügyi ellátás megszervezése vagy az ellátás költségeinek megfizetésére vállal kötelezettséget.

**1.9. Csoportos biztosítás:** a biztosítás – egy szerződésen belül – több Biztosítottra / Társbiztosítottra, a Szerződő által a biztosítási ajánlatban rögzített, objektív szempontok szerint meghatározott természetes személyek csoportjára, illetve csoportjaira vonatkozik. A jelen általános feltételek alapján létrejövő szerződésben több – név szerint meghatározott – biztosítotti csoport képezhető. Csoportképző objektív szempont lehet a Biztosítottak és a Szerződő között fennálló jogviszony, egyéb kapcsolat, illetve a Biztosítottak valamely szervezethez való tartozása.

**1.10. Egészségügyi ellátás:** a Biztosított / Társbiztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.

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

**1.12. Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.

**1.13. Ellátásszervező:** az a szervezet, 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.

**1.14. Éves szolgáltatási limit:** a Biztosító az ÉletEnergia csoportos biztosítási szerződés szolgáltatásaira éves szolgáltatási limitet alkalmaz, melynek mértékét jelen feltétel 5. pontja tartalmazza. A szolgáltatási limitből egy biztosítási évben fel nem használt mennyiség nem vihető át a következő biztosítási évre.

**1.15. Előzménybetegség:** a biztosítás megkötése előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettől összefügg.

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

**1.17. Költségtérítés:** a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig.

**1.18. Szolgáltatási Szerződés:** az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. és a Biztosított között fennálló, érvényes egyetemes áramszolgáltatási szerződést jelenti.



e) amennyiben a Biztosított a rá vonatkozó biztosítási díjat nem fizeti meg a Szerződő részére a 3.4. pont szerinti időpontban.

**3.2.4.** Amennyiben a Biztosított távértékesítés útján – telefonon, vagy internetes felületen keresztül - csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez, úgy a csatlakozását követő 14. napig postára adott (postacím: 7602 Pécs, Pf.: 197..) vagy telefaxon (faxszám: 06 72/ 501 208 ), elküldött, a Szerződőhöz intézett nyilatkozatával indokolás nélkül visszavonhatja a csatlakozási nyilatkozatát, mely esetben a Biztosító kockázatviselése a visszavonó nyilatkozat hatályosulásával megszűnik.

**3.2.5. Családi és Egyéni csomag esetén a Biztosított jogosult a csomag szerinti biztosított jogviszonyát a Szerződőhöz intézett - a Szerződő ügyfélszolgálatán személyesen átadott vagy a Szerződő ügyfélszolgálati elérhetőségeire postai úton vagy faxon eljuttatott – írásbeli nyilatkozattal bármikor megszüntetni (továbbiakban: felmondó nyilatkozat). A biztosított jogviszony felmondása esetén a csomag szerinti biztosított jogviszony megszűnik a felmondást követő hónap utolsó napján 24 órakor.**

**Extra csomag esetén** a csomag szerinti biztosítási jogviszony a 3.1. szerinti, adott Biztosított/Társbiztosítottra vonatkozó **biztosítási évfordulóra mondható csak fel.** A felmondásra egyebekben az előző bekezdésben írtakat kell alkalmazni

**3.2.6. Valamennyi Biztosított vonatkozásában** megszűnik a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottak által megfizetett biztosítási díjjal fedezett időtartam utolsó napjának 24. órakor, ha a Szerződővel kötött csoportos szerződés megszűnik, de legkésőbb azon a napon, amikor a csoportos biztosítás átruházásra kerül.

**3.2.7.** A Biztosító kockázatviselésének megszűnése nem érinti a megszűnés előtt igényelt szolgáltatások, folyamatban lévő vagy függő szervezését, finanszírozását.

### **3.3. A díjfizetés tartama**

**3.3.1. A Biztosítottra vonatkozó díjfizetés kezdete a csoportos szerződéshez történt csatlakozást követő hónap 1. napja 0:00 óra.**

**3.3.2. A biztosítás díjának esedékessége minden hónap első napja, azzal, hogy a Biztosított a biztosítási díjat az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt.-vel kötött Szolgáltatási Szerződés díjával együtt, az áramszolgáltatási díj megfizetésére vonatkozó határidőben és gyakorisággal köteles megfizetni a Szerződő részére**

3.3.3. A Biztosított a biztosítási díj adott Biztosított / Társbiztosított vonatkozásában annak a hónapnak az utolsó napjáig illeti meg, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított / Társbiztosított vonatkozásában megszűnt.

### **3.4. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei**

**3.4.1. Amennyiben a Biztosított az esedékes biztosítási díjat a díj megfizetésére szolgáló számlán szereplő teljesítési határidő lejártától számított 60 napon belül nem fizeti meg a Szerződő részére, úgy a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított / Társbiztosított(ak) tekintetében az utolsó díjjal rendezett időszak utolsó napjára visszamenőleges hatállyal megszűnik.**

**3.4.2. Amennyiben a Biztosított / Társbiztosított az elmaradt díj esedékességét követő időpontban, de még a díj megfizetésére rendelkezésre álló időtartam alatt a 4.3. pont szerinti szolgáltatást vett igénybe, úgy a díjfizetés elmulasztása esetén a Biztosító kockázatviselése – a 3.4.1. pontban foglaltaktól eltérően - a 4.3. pont szerinti szolgáltatás igénybe vételének időpontjára visszamenőleges hatállyal szűnik meg.**

## **4. Szolgáltatások**

### **4.1. Orvosi call center igénybevétele**

**4.1.1. A Biztosító a jelen feltételek alapján a Biztosított / Társbiztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által (TELADOC HUNGARY Kft., korábbi nevén Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: szolgáltató) 24 órás egészségügyi információs szolgáltatást nyújt.**

**4.1.2.** A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon, laikusoknak szóló, egészségmegőréssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek. Az egészségügyi információs központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:

- a) egészségmegőréssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,
- b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
- c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
- d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszertárakról,
- e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

**4.1.3.** A non-stop Orvosi call center szolgáltatást a Biztosított / Társbiztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, az év minden napján, a nap 24 órájában veheti igénybe. Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a biztosított vizsgálatát. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a Biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.

### **4.2. Időpont egyeztetés szakorvosi vizsgálatra**

**4.2.1. A Biztosító a jelen feltételek alapján a Biztosított / Társbiztosított számára - egészségügyi szolgáltató partnere által (TELADOC HUNGARY Kft, korábbi nevén Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: ellátásszervező) - megszervezi a vizsgálati időpontokat, helyszíneket járóbeteg-szakellátásokra. A járóbeteg-szakellátásokra a helyszínt és időpontot az Ellátásszervező 5 munkanapon belül megszervezi szerződött egészségügyi szolgáltató partnereinél. Az orvosi ellátás időpontja és helyszíne minden esetben a Biztosítottal / Társbiztosítottal egyeztetve történik.**

**4.2.2. Az Időpont egyeztetés szakorvosi vizsgálatra szolgáltatás Egyéni és Családi Csomag esetén nem finanszírozza az orvosi vizs-**

gálatok költségét, kizárólag a megfelelő szakorvos kiválasztását és a vizsgálat idejének megszervezését tartalmazza. Az ügyfelek érdeklődése esetén tájékoztató jellegű információt ad az ellátásszervező a választott szakrendelés árairól. A vizsgálat költségei a Biztosítottat / Társbiztosítottat terhelik.

Extra csomag esetén a csomagban megjelölt hét orvosszakmában – ezek részletezését lásd a szolgáltatási táblázatban – a szakorvosi vizsgálat költségét az éves limit erejéig a Biztosító finanszírozza. A limitösszeget meghaladó, továbbá a csomagban fel nem sorolt orvosi vizsgálatok költsége a Biztosítottat / Társbiztosítottat terheli.

**4.2.3.** Időpont egyeztetés **hétköznapokon a +36-1-461-1575 számon, 8:00 – 20:00 óráig** történik. Meglévő időpont módosítására legkésőbb 48 órával a kiadott időpont előtt van lehetőség.

### **4.3. Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások**

Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak / Társbiztosítottnak a további gyógyulásához szükségessé váló, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, melyre a Biztosított / Társbiztosított vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkezett, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegsége miatt van szükség.

A Biztosító a szerződött egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi a vizsgálatot – a Biztosított / Társbiztosított lakcímét is figyelembe véve –, és a rendelkezésre álló éves limit erejéig finanszírozza is azt.

#### **4.3.1. MR (mágneses rezonancia diagnosztika)**

A Biztosított / Társbiztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban a koponya, a gerinc, az ízületek, a hasi és kismedencei szervek, valamint az erek és a szív betegségeinek diagnosztikáját segítik elő.

#### **4.3.2. CT (computer tomográf – számítógépes rétegvétel diagnosztika)**

A Biztosított / Társbiztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret, struktúra, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy térbeli részletességgel.

### **4.4. Járóbeteg-szakellátás**

**4.4.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkező balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg-szakellátás keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása.**

**4.4.2. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása is, mely ellátás járóbeteg-szakellátás keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása.**

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

**4.4.4. Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett járóbeteg-szakellátás.**

**4.4.5. Nem minősül biztosítási eseménynek a Biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt fennálló terhessége. Terhességgel kapcsolatos vizsgálatokat a Járóbeteg-szakellátás nem térít.**

**4.4.6. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett járóbeteg szakellátás napja.**

**4.4.7. A Biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a Biztosított / Társbiztosított vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.**

### **4.5. Diagnosztikai vizsgálatok**

**4.5.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, illetőleg a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb, nem az Orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálatokhoz sorolt diagnosztikai vizsgálata.**

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

**4.5.3. Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett diagnosztikai vizsgálat iránti igény.**

**4.5.4. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett diagnosztikai vizsgálat napja.**

### **4.6. Második orvosi vélemény**

**4.6.1. Biztosítási esemény a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége kapcsán felmerülő második orvosi vélemény szolgáltatás iránti igénye.**

**4.6.2. A második orvosi vélemény szolgáltatást a Biztosított kizárólag az alábbi súlyos betegségek kapcsán veheti igénybe:**

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

**4.6.3.** A 4.6.2 pontban leírt listában nem szereplő betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/ megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.

**4.6.4. A biztosítási esemény időpontja a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges kérelem kérdőív és jogi nyilatkozat ellátásszervezőhöz történő benyújtásának időpontja.**

**4.6.5. A Biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi a második orvosi vélemény szolgáltatást és finanszírozza annak költségét a Biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.**

## 5. Szolgáltatási limit

A biztosítási szerződés alapján a Biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatásokra éves szolgáltatási limitet határoz meg, melynek mértéke:

| Szolgáltatások   | Egyéni csomag                 | Családi csomag                     | Extra-csomag                     |
|--|-------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Non-stop orvosi call center  | korlátlan                     | korlátlan                          | korlátlan                        |
| Időpont egyeztetés szakorvosi vizsgálatra  | korlátlan                     | korlátlan                          | korlátlan                        |
| Orvosi képpalkotó diagnosztika (MRI, CT)   | 1.000.000 Ft / biztosítási év | 1.000.000 Ft / fő / biztosítási év | 250 000 Ft / fő / biztosítási év |
| Második orvosi vélemény  | -                             | -                                  | korlátlan                        |
| Járóbeteg-szakellátás finanszírozása (belgyógyászat, kardiológia, fül-orr-gégészet, ambuláns sebészet, allergológia, szemészet, bőrgyógyászat) | -                             | -                                  | 100 000 Ft / fő / biztosítási év |
| Diagnosztikai vizsgálatok (NEM nagyértékű, pl. labor-, röntgen, ultrahang vizsgálat)   | -                             | -                                  | 50 000 Ft / fő / biztosítási év  |

## 6. A Biztosító szolgáltatása

**6.1.** Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén az **Orvosi képpalkotó diagnosztikai eljárások** (MRI, CT), a Járóbeteg-szakellátás és a Diagnosztikai vizsgálatok szolgáltatás költségeit teljes egészében – **a rendelkezésre álló éves limit erejéig – megtéríti a Biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatóknak.**

**6.2.** Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat / Társbiztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésre álló összegről a vizsgálatokra való jelentkezéskor.

**6.3. Amennyiben a Biztosított / Társbiztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 90%-át már felhasználta, a Biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított / Társbiztosított részére az éves limit erejéig.**

**6.4. A szolgáltatások megszervezésének és a Biztosító költségvállalásának feltétele, hogy** a Biztosított / Társbiztosított – egészségi állapotának további vizsgálata vagy egészségének megőrzése érdekében orvosi vizsgálat alapján indikált esetben – rendelkezzen a további ellátásához szükséges (szak)orvosi javaslattal. A Biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező jelen Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse.

**6.5.** Szakorvosi vizsgálatok valamelyikének igénylésekor ellátási igényét a Biztosított / Társbiztosított telefonon bejelenti az ellátásszervezőnek, aki munkanapokon áll rendelkezésre, és a bejelentést követő öt munkanapon belül megszervezi az első kapcsolatfelvételt a Biztosított / Társbiztosított és az orvos között. Erről 5 munkanapon belül értesíti a Biztosítottat / Társbiztosítottat. Amennyiben az orvos ezt követően további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban veheti igénybe a Biztosított / Társbiztosított. A telefonbeszélgetések visszakéreshető formában rögzítésre kerülnek.

## 7. A Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

**7.1.** A teljesítés feltétele, hogy az ellátást igénylő jogosultsága az ellátásra a szerződés alapján fennálljon.

**7.2. Az Orvosi képpalkotó diagnosztikai és a Diagnosztikai vizsgálatok szolgáltatás igénybevételéhez szükséges szakorvosi javaslat.**

## 8. A kockázatviselésből kizárt kockázatok

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki és nem téríti meg az Orvosi képpalkotó diagnosztikai, járóbeteg-szakellátás és Diagnosztikai vizsgálatok költségét az alábbi esetekben:

- a kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményeivel kapcsolatos MRI, CT vizsgálatokra,
- amennyiben a CT, MRI, Diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított javaslatot / beutalót a Biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat,
- amennyiben az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét,
- amely ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt,

- ▶ terhességgel kapcsolatos ellátásokra,
- ▶ sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából végzett ellátásokra,
- ▶ az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységre,
- ▶ katasztrófa miatti ellátásra, - járványügyi érdekből végzett ellátásokra,
- ▶ tüdőgyógyászati gondozásra,
- ▶ addiktológiai gondozásra,
- ▶ alkoholológiai gondozásra,
- ▶ drogbeteg-ellátásra, gondozásra,
- ▶ foglalkozás-egészségügyi szakellátásra,
- ▶ akupunktúrás kezelésre,
- ▶ alternatív gyógyászati eljárásokra,
- ▶ semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra,
- ▶ lézeres kezelésekre, beavatkozásokra (körömgomba, látásjavító, intimplézer, visszér stb.),
- ▶ geriátriai kezelésre, gondozásra,
- ▶ szemlencse beültetésre,
- ▶ dialízis kezelésre,
- ▶ visszér betegség bármilyen kezelésére,
- ▶ szexuális úton terjedő betegség diagnózisának felállítását követően szükségessé váló gondozásra, kezelésre,
- ▶ a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatokra,
- ▶ genetikai vizsgálatokra,
- ▶ étel-intolerancia vizsgálatokra,
- ▶ pszichiátriai kezelésre, kivéve az első konzultációt,
- ▶ gyógypedagógiai kezelésre,
- ▶ fizio- és mozgásterápiás kezelésre,
- ▶ injekció-terápiás sorozatra,
- ▶ intenzív betegellátásra,
- ▶ klinikai onkológiai gondozásra,
- ▶ állapotfenntartó infúziós és kúraszerű kezelésekre,
- ▶ Hepatitis C betegek gondozására,
- ▶ a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatos ellátásra, ide értve a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket,
- ▶ a terhességgel, szüléssel és a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre,
- ▶ fogamzásgátlással, meddőséggel, művi megtermékenyítéssel összefüggő ellátási igényekre, - esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés kapcsán felmerülő ellátási igényekre,
- ▶ A Biztosított HIV-fertőzésével vagy ezzel okozati összefüggésben felmerülő ellátási igényekre,
- ▶ Az alkohol- illetve a drogfüggőség megszüntetésével kapcsolatos ellátási igényekre.

## **9. Az ellátásszervező felelőssége**

**9.1.** Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában. Ezen mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt. Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok, melyeket ismételt, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a vizsgálatok, amelyek orvosi szükségességét a javaslatot tevő orvos igazolni nem tudja.

**9.2.** Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége az adott időpontban a Biztosított kezelőorvosa által orvosilag indokoltnak tartott olyan esetekre és a vonatkozó ellátási igény elbírálására, amelyek nem tartoznak a Biztosító fedezeti körébe. Ebben az esetben a Biztosított / Társbiztosított felelőssége, hogy igénybe vegye a TB szabályai szerinti egészségügyi ellátást.

**9.3.** Nem terjed ki az ellátásszervező és a Biztosító felelőssége a szolgáltatók által végzett konkrét szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a Biztosítottnak / Társbiztosítottnak okozott károokra.

## **10. A Biztosító szolgáltatásának területi hatálya**

**10.1.** A non-stop Orvosi call center szolgáltatás korlátozás nélkül, a Föld bármely országában elérhető.

**10.2.** Az Időpont egyeztetés szakorvosi vizsgálatra szolgáltatás területi hatálya Magyarországon működő szakorvosi ellátókra vonatkozik.

**10.3.** A Biztosító az Orvosi képpalkotó diagnosztika, Járóbeteg-szakellátás, Diagnosztikai vizsgálatok szolgáltatását magyarországi szerződött partnereinél finanszírozza.

## **11. A szerződéskötés különös szabályai**

**11.1.** A biztosítási jogviszony létrejöttéhez – eltérő megállapodás hiányában - a Biztosított / Egyéni Társbiztosított hozzájárulása, azaz a Biztosított Nyilatkozat szükséges.

**11.2.** A Biztosított Nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a Biztosított nyilatkozatát arra vonatkozóan, hogy az ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződéshez való csatlakozásával a biztosítás hatálya rá – Családi Csomag választása esetén - a Családi Társbiztosítottakra kiterjed, valamint a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést. A Biztosított Nyilatkozat a biztosított jogviszony részét képezi. A Biztosított Nyilatkozatot – eltérő megállapodás hiányában – a Szerződő köteles megőrizni, és a Biztosító kérésére azt a Biztosító rendelkezésére bocsátani. A Biztosított Nyilatkozatban a Biztosított tudomásul veszi, hogy a Szerződő által a Biztosítónak megfizetett biztosítási díjat köteles a Szerződőnek megfizetni. A Biztosító a kockázatbírálási és kárrendezési szerveivel szemben a Biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel.

**11.3.** A Biztosított a valóságnak megfelelően és hiánytalanul köteles nyilatkoznia a feltett kérdésekre.

**11.4.** Ha a Biztosított kiskorú, a kockázatviselés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.

**11.5.** Amennyiben a Biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy, a kockázatviselés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.

### **11.6. Egyéni Társbiztosítottakra vonatkozó különös rendelkezések**

**11.6.1.** A Szerződővel egyetemes áramszolgáltatási jogviszonyban álló ügyfélnek (továbbiakban: Ügyfél) a vele közös lakcímen, állandó lakcímbeljelentéssel lakó házastársa vagy élettársa a Szerződéshez Egyéni Társbiztosítottként az általa tett nyilatkozattal, egyéni csatlakozhat. Az Egyéni Társbiztosított csatlakozására a Biztosított csatlakozására vonatkozó szabályokat kell alkalmazni a jelen pontban foglalt eltérésekkel.

**11.6.2.** Az Ügyfél házastársa vagy élettársa a Szerződéshez Egyéni Társbiztosítottként abban az esetben csatlakozhat, amennyiben az Ügyfél vele egyidejűleg vagy öt megelőzően Biztosítottként csatlakozott. Amennyiben az Ügyfél a Szerződéshez Biztosítottként nem csatlakozott, az Ügyfél házastársa vagy élettársa Egyéni Társbiztosítottként nem csatlakozhat, az általa tett csatlakozási nyilatkozat érvénytelen.

**11.6.3.** Az Egyéni Társbiztosítottként történő csatlakozás további feltétele, hogy az Ügyfél a Szerződő felé tett, rögzített nyilatkozatban elfogadja, hogy az Egyéni Társbiztosítottra eső biztosítási díjat a Szerződő rá áthárítsa, továbbá vállalja annak a Szerződő felé történő megfizetését. Amennyiben az Ügyfél ilyen tartalmú nyilatkozatot nem tesz, az Ügyfél házastársa vagy élettársa a Szerződéshez Egyéni Társbiztosítottként nem csatlakozhat, az általa tett csatlakozási nyilatkozat érvénytelen.

**11.6.4.** Adott Biztosított mellett a Szerződésben egyidejűleg legfeljebb egy személy szerepelhet Egyéni Társbiztosítottként, további Egyéni Társbiztosított csatlakozása nem lehetséges, az általuk tett csatlakozási nyilatkozat érvénytelen.

### **11.7. A biztosítási fedezet halmozódásának kizárása**

Az Ügyfél a Szerződéshez biztosítottként egyszer csatlakozhat, függetlenül attól, hogy hány darab Szolgáltatási Szerződéssel rendelkezik.

### **11.8. A Biztosítottra vonatkozó biztosítási csomag**

**11.8.1.** A Szerződés szerinti biztosítási fedezet a Szerződésben rögzített biztosítási csomagok választásával vehető igénybe a jelen pontban írtak szerint. Az egyes csomagok szerinti biztosítási fedezet a Biztosított által szabadon nem kombinálható.

**11.8.2.** Adott Biztosított/Társbiztosított az alábbiakban írtak szerint a következő biztosítási csomagok vonatkozhatnak:

- Biztosított: Egyéni, Családi, Extra csomag Egyéni és Családi csomag önállóan, egymástól függetlenül választható, együttesen nem. Extra csomag önállóan, illetve az Egyéni vagy a Családi csomag mellett, azzal együtt is választható. A Biztosított Családi Csomag választására nem jogosult, amennyiben a Biztosított mellett Egyéni Csomaggal rendelkező Egyéni Társbiztosított is csatlakozik a Szerződéshez.
- Egyéni Társbiztosított: Egyéni és Extra csomag Egyéni és Extra csomag önállóan és egymás mellett is választható, azzal, hogy az Egyéni Társbiztosított kizárólag olyan biztosítási csomagot választhat, amellyel a Biztosított is rendelkezik. Az Egyéni Társbiztosított Családi Csomag választására nem jogosult.
- Családi Társbiztosított: Családi csomag

**11.8.3.** Amennyiben adott Biztosított / Társbiztosított vonatkozóan több biztosítási csomag vonatkozik, az egyes csomagok szerinti azonos biztosítási szolgáltatások limitösszege összeadódik.

## **12. Adatkezelés, biztosítási titok**

A Biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat a jelen feltételekhez csatolt Ügyfélértékelő tájékoztató elnevezésű dokumentum Adatkezelési tájékoztató része tartalmazza, mely a [www.cigpannonia.hu](http://www.cigpannonia.hu) weboldalon is elérhető.

## **13. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztató nyelve**

A Biztosító és a Szerződő kapcsolattartása, valamint a Biztosítottak / Társbiztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

## **14. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok**

Az ÉletEnergia csoportos Egészségbiztosítási szerződésre és az az alapján létrejövő biztosított jogviszonyokra vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar.

## **15. Vítás kérdések rendezése**

A Szerződőnek és a Biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a szerződés keretében vagy a szerződéssel kapcsolatban merül fel. Minden, a szerződés megkötése után felmerülő és a felektől független olyan körülményről, amely a szerződés teljesítését akadályozza, a felek kölcsönösen kötelesek egymást tájékoztatni.