



Otthon Vitál Csoportos Egészségbiztosítás Biztosítási termékismertető

Biztosító: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

A termék: MVM Next lakossági ügyfeleinek kínált szolgáltatásfinanszírozó, csoportos egészségbiztosítás



A termékre vonatkozó teljeskörű, csatlakozás előtti és szerződéses tájékoztatás a termék Biztosítási Feltételeiben és Általános Ügyfél-tájékoztatójában érhető el.

Milyen típusú biztosításról van szó? Csoportos egészségbiztosítás, mely a Biztosított betegsége vagy balesete esetén asszisztencia- és magánegészségügyi szolgáltatások szervezését és finanszírozását nyújtja.



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 finanszírozás	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 - labor diagnosztika - 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?

A Biztosító nem viseli a kockázatot többek között az alábbi esetekre:

- ✗ A kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás.
- ✗ A kockázatviselés ideje alatt bekövetkező olyan esemény, amely előzménybetegséggel ok-okozati összefüggésbe hozható. Azok az események, melyek összefüggésbe hozhatók a Biztosított szándékos, önmagának okozott kárral.
- ✗ Az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő 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 esemény.
- ✗ Az az 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 események.
- ✗ Az az 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 részvételtől eredő események.

A kizárások teljes listája a Biztosítási Feltételekben található.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

A Biztosított életkora a kockázatviselés kezdetekor legalább 3 hónap, maximális életkora pedig:

- 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.

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
Rettegett betegség szolgáltatás	3 hónap

Bármely szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy a Biztosított a rá vonatkozó, különleges (egészségi állapottal kapcsolatos) adatainak kezeléséhez hozzájáruló **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 függetlenül, fix díjakat 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:

- ha a Biztosítottnak a Szerződővel kötött, energiaszolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik;
- ha a Biztosított és a Szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi energia- szolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetős mérő kerül felszerelésre;
- a Biztosított halálának napján;
- az áthárított biztosítási díj - a Szerződő által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére, az azokban foglalt póthatáridőben történő – Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének családtagja a Biztosított- Szerződő ügyfele általi megfizetésének hiányában,
- a csatlakozás Biztosított általi azonnali hatályú visszavonása vagy a biztosítás ügyfél általi rendes felmondása esetén;
- a Szerződő és a Biztosító közötti Csoportos Biztosítási Szerződés bármely okból történő megszűnése esetén, a megszűnés hatályának napján 24 órakor;
- a Biztosító általi rendkívüli felmondás esetén;
- 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?

- a Biztosított Szerződőhöz intézett írásbeli (e-mailben vagy postán) nyilatkozatával az aktuális biztosítási időszak végére;
- a Biztosított biztosítotti jogviszonyának -Távértékesítési tájékoztató szerinti -azonnali hatályú felmondásával.

**Az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. és a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
között létrejött MVM Otthon Vítál Csoportos Egészségbiztosítás feltételei**

Jelen Biztosítási Feltételek – ellenkező szerződéses kikötések hiányában a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: „Biztosító”) és az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. (továbbiakban: „MVM” vagy „Szerződő”) között létrejött, az MVM Otthon Vítál Csoportos Egészségbiztosítás szerződésre (a továbbiakban: „Csoportos Biztosítási Szerződés”, meghatározását ld. az alábbi 1.6. pontban) érvényesek.

Csoportos biztosításoknál nem határozzák meg előre zártan és pontosan (név szerint) a biztosított kört, annak megállapítása, hogy ki minősül biztosítottnak, valamely csoporthoz (szervezethez) való tartozás, a biztosítottak és a szerződő fél között fennálló jogviszony vagy egyéb kapcsolat alapján történik.

A Csoportos Biztosítási Szerződéshez csatlakozott biztosítottak szempontjából a biztosítási jogviszony az alábbi – egymástól elválaszthatatlan – dokumentumokon alapul, amelyek együttesen képezik a biztosítási jogviszony dokumentációját:

- a) Csatlakozási nyilatkozat,
- b) Biztosítási jogviszony létrejöttét igazoló visszaigazolás a csatlakozásról,
- c) Általános Ügyfél-tájékoztató, amely tartalmazza az Adatkezelési tájékoztatót (a továbbiakban: „Általános Ügyfél-tájékoztató”),
- d) Biztosítási Feltételek, amelynek részét képezik a termékspecifikus ügyfél-tájékoztató elemei,
- e) Biztosítási termékismertető,
- f) Távértékesítési tájékoztató,
- g) Biztosításközvetítői tájékoztató.

Nem válik a Csoportos Biztosítási 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 Általános Ügyfél-tájékoztató által nem tartalmazott – rendelkezések félkövér betűvel szedettek. A **félkövér** betűvel szedett rendelkezések, valamint az Általános Ügyfél-tájékoztató együttesen képezi az ügyfelek Bit. 152. § és 4. számú melléklete szerinti tájékoztatását.

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet a jelen Biztosítási Feltételek 1.1., 1.4., 1.12., 1.15., 2.3.3.2, 2.5., 3.2., 3.3., 3.9., 3.12., 3.13.2., 3.17., 3.18., 5., 6., 7., 8., 9., 11.1-13., 12.4-12.5., 13., 14., 15., 16., 17., 18. és 19. pontjaira.

A Biztosító jelen biztosítási terméket tanácsadás nélkül értékesíti.

A jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejövő Csoportos Biztosítási Szerződés nem fogyasztói szerződés.

1. Fogalommeghatározások

1.1. 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 belül) 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.

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

1.3. 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.

1.4. Biztosítási év: a jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában - az abban foglalt limitek tekintetében meghatározott - a kockázatviselés kezdetétől számított 1 éves időtartam, mely a következő év azonos napjáig tart. Amennyiben a következő évben azonos nap nincs, úgy a következő év azonos hónapjának utolsó napja.

1.5. Család: az alábbi személyek összessége:

- 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.

1.6. Csatlakozási nyilatkozat: a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított, a Biztosított felhatalmazása alapján – a Szerződő ügyfele által telefonon vagy online tett nyilatkozat, amelynek keretében a Biztosított, illetve a Szerződő ügyfele hozzájárul ahhoz, hogy a Csoportos Biztosítási Szerződés rá, illetve közeli hozzátartozójára, élettársára, élettársának gyermekeire és szüleiére, mint biztosítottokra kiterjedjen és a Szerződő az adott Biztosítottokra vonatkozó biztosítási díjat rá áthárítsa, egyben vállalja a biztosítási díj megfizetését.

1.7. Csoportos Biztosítási Szerződés: az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., mint Szerződő és a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt., mint Biztosító között a Szerződővel annak szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személyek és azok közeli hozzátartozói, élettársa, az élettárs gyermekei és szülei, mint Biztosítottak javára létrejött egészségbiztosítási szerződés.

1.8. 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 Biztosítottnak (betegnek), illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
- minden olyan egyéb adatot és tényt, 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 képkalkító diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint a Biztosított testéből kivett szövet-mintákat, illetve azok szövettani eredményeit.

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

1.9. 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:

1.9.1. a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak,

1.9.2. a keresőképességnek,

1.9.3. a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.

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

1.11. Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában vagy – törvényben meghatározott esetben – az egészségügyi államigazgatási szerv által történő nyilvántartásba vétel alapján végezhető egészségügyi tevékenység, 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 vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a Biztosított 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 jogosult és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiállított működési engedély alapján tevékenységet végző egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.

1.13. Ellátásszervező: a Biztosító által kiszervezett tevékenység keretében megbízott jogi személy, amely a Biztosító nevében jár el, a Biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszervezi és lebonyolítja a Biztosítottak számára. Jelen Biztosítási Feltételek tekintetében a Biztosító Ellátásszervező partnere a Teladoc Hungary Kft. (székhely: 1083 Budapest, Szigony u. 26-32. III. em., cégjegyzékszám: 01-09-864388).

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

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

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

1.17. 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.

1.18. 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.

1.19. Műtét: minden olyan, orvos által a mindenkori 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.

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

1.21. Szerződő ügyfele: a Szerződővel a Szerződő szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személy.

1.22. Távértékesítés: A távollevők között kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2025. évi XCIX. törvény alapján távközlő eszköz alkalmazásával létrejövő ügyletkötés.

2. A Csoportos Biztosítási Szerződés létrejötte, a biztosítási jogviszony alanyai

2.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban, határozatlan időtartamra jön létre.

2.2. A Szerződő az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. (székhelye: 1081 Budapest II. János Pál Pápa tér 20., cégjegyzékszáma: 01 10 140263), amely a Biztosítóval a Csoportos Biztosítási Szerződést szerződő félként megkötötte, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi és a biztosítási díjat a Biztosítónak közvetlenül megfizeti (biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele által a Csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – a Szerződő áthárítja a Biztosítottra, illetve a Szerződő ügyfelére. A díjfizetésre vonatkozóan ld. még a 11. pont rendelkezéseit).

Az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt a Biztosítottra vonatkozó biztosítotti jogviszony létrejövetelkor a Biztosító függő biztosításközvetítőjeként jár el.

2.3. Biztosított:

2.3.1. Biztosított a

- (i) a Szerződő ügyfele;
- (ii) a Szerződő ügyfelének csatlakozása mellett továbbá felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfelének közeli hozzátartozója, élettársa, élettárs gyermeke(i) és az élettársának szülei;
- (iii) a Szerződő ügyfele csatlakozásának hiányában továbbá felhatalmazása alapján Szerződő ügyfelének közeli hozzátartozója, élettársa, élettárs gyermeke(i) és az élettársának szülei (továbbiakban együttesen: „Hozzátartozó”).

2.3.2. A Biztosítottá válás feltételei:

- (i) a Csoportos Biztosítási Szerződéshez csatlakozott,
- (ii) a Szerződő a Biztosítónak lejelenti, mint biztosítottat és
- (iii) akire vonatkozóan a Szerződő a biztosítási díjat megfizeti.

2.3.3. A Biztosítottá válás további feltétele:

- (i) a 2.3.1. (i) pontban, 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban megjelölt személyek esetén, hogy a 2.3.2. pontban felsorolt feltételeknek megfelelő természetes személy életkora a kockázatviselés kezdetekor legalább 3 hónap, maximális életkora pedig:
 - a) Standard egyéni és Standard családi csomag esetén: 75 év,
 - b) Fókusz MINI csomag esetén: 65 év,
 - c) Fókusz csomag esetén: 65 év,
 - d) Exkluzív csomag esetén: 65 év.

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

2.5. Kedvezményezett: a Biztosító minden szolgáltatására a Biztosított jogosult.

2.6. Biztosító: a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (Székhely: 1097 Budapest Könyves Kálmán körút 11. „B” ép., Cégjegyzékszám: 01 10 045857), amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a biztosítási szolgáltatást teljesíti.

3. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

3.1. A Szerződő köteles (1) a Csoportos Biztosítási Szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint (2) a Biztosító által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a Csoportos Biztosítási Szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni a Biztosítottakat, (3) a biztosítási díjat a Biztosítónak közvetlenül megfizetni.

3.2. A Szerződő az általa megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét – a Biztosított, illetve amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított, a Szerződő ügyfele által a Csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja a Biztosítottra, illetve - amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított- a Szerződő ügyfelére.

3.3. A Biztosított, illetve - amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított - a Szerződő ügyfele köteles a Szerződő részére megfizetni a Szerződő által áthárított biztosítási díjat (a díjfizetésre és a díj áthárítására vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 11. pontban).

3.4. A Szerződő és a Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosító által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljeskörűen megválaszolni.

3.5. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt, adatot a Biztosítóval írásban közölni, amelyeket – a Biztosított a Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásakor – ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

3.6. A Szerződő és a Biztosított köteles a lényeges körülmények változását a Biztosítónak 5 napon belül írásban bejelenteni. Lényeges körülmény az, amire a Biztosító a szerződéskötés során írásban kérdést tett fel. Lényeges körülmény továbbá az is, amire a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződéshez Biztosítottként történő csatlakozás során írásban, szóban vagy online formában kérdést tett fel.

3.7. A közlésre és a változásbejelentésre 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.

3.8. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén (ideértve a szándékosan valótlan tartalmú csatlakozási nyilatkozat tételét is) a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződés megkötésekor, illetőleg a Biztosított csatlakozásakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében. A közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértésére a Biztosító csak az adott (közlési- vagy változásbejelentési kötelezettségét elmulasztó) Biztosítottal szemben, illetve ezen Biztosítottra vonatkozó biztosítási eseménnyel kapcsolatosan hivatkozhat.

3.9. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a Biztosított Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásától, illetve a változásbejelentési határidő leteltét követő naptól az adott Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

3.10. 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, ezért a Biztosított egészségi állapotával, foglalkozásával, tevékenységével kapcsolatban kérdéseket tehetnek fel, orvosi vizsgálatot kérhetnek. A Biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatójánál megismerheti.

3.11. A Biztosítók a Biztosított különleges adatnak minősülő egészségügyi adatait kizárólag akkor jogosultak kezelni, amennyiben a Biztosított a különleges adatok kezeléséhez hozzájárult. A Biztosított hozzájárulásának hiányában – amennyiben a különleges adatok kezelése a biztosítási jogviszony létrejöttének, fenntartásának vagy a szolgáltatás nyújtásának feltétele – nem jöhet létre, illetve nem tartható fenn biztosítási jogviszony, továbbá nem teljesíthető szolgáltatás azon esetekben, ahol különleges adatok szerepelnek. A különleges adatok kezeléséhez történő hozzájárulást a Biztosított az Adatkezelési nyilatkozat kitöltésével és a Biztosítónak 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) köteles eljuttatni az első szolgáltatási igény bejelentése előtt. Amennyiben az első szolgáltatási igény bejelentése előtt a különleges adatok kezeléséhez hozzájáruló nyilatkozat megadására nem került sor, úgy a Biztosított az Ellátásszervezővel folytatott telefonbeszélgetés alapján, az Ellátásszervező által elektronikusan küldött online felületre is feltöltheti a különleges adatok kezeléséhez kifejezetten hozzájáruló nyilatkozatát. A hozzájáruló nyilatkozat hiányában a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít. Ennek hiányában a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.

3.12. Független orvosi szakvélemény:

3.12.1. Azokban az esetekben, amelyeket a jelen Biztosítási Feltételek Biztosítók (vagy általuk kijelölt) orvosának hatáskörébe utal, a Biztosított panasszal élhet, és a döntés független orvos szakértő általi felülvizsgálatát kérheti. Független orvos szakértő vizsgálatát és állásfoglalását a Biztosítók is kérhetik.

3.12.2. A független orvos szakértő eljárásával kapcsolatos költségeket az a fél viseli, akinek érdekében állt az állásfoglalás kérése. Amennyiben a Szerződő vagy a Biztosított kezdeményezte az eljárást, és a független orvos szakértő a javára döntött, a költségeket a Biztosítók fizetik.

3.13. A Biztosított köteles enyhíteni a káresemény következményeit minden olyan eszközzel, ami a mielőbbi gyógyulás érdekében felhasználható. Ennek keretében a Biztosított köteles különösen:

3.13.1. a betegség első orvosi diagnosztizálását követően, illetve a baleset után haladéktalanul orvosi segítséget igénybe venni, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni;

3.13.2. gondoskodni továbbá a megfelelő ápolásról, és általában törekedni a biztosítási esemény következményeinek lehetőség szerinti elhárítására, illetve enyhítésére;

3.13.3. a független orvos szakértő által előírt vizsgálatokon részt venni, valamint a baleset következményeinek enyhítésére vonatkozó utasításainak eleget tenni.

3.14. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit.-ben foglaltak szerint biztosítási titokként kezelni.

3.15. A Csoportos Biztosítási Szerződés feltételeit kizárólag a Szerződő és a Biztosító módosíthatják az általuk aláírt módosító szerződés útján.

3.16. A Biztosítottakat kizárólag a biztosítotti jogviszonyuk azonnali hatályú felmondásának (ld. a 9.1.1. pontban) és rendes felmondásának (ld. a 9.1.2. pontban) joga illeti meg.

3.17. A Biztosítottakat nem illeti meg (1) a Csoportos Biztosítási Szerződésbe történő belépésnek, (2) a Csoportos Biztosítási Szerződés módosításának és/vagy (3) a biztosítotti jogviszonyukra vonatkozó Biztosítási Feltételek módosításának a joga.

4. A Biztosított csatlakozása a Csoportos Biztosítási Szerződéshez

4.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik.

4.2. *A Csoportos Biztosítási Szerződéshez a Szerződő szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személy ügyfelei, mint Biztosítottak az általuk, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a*

Biztosított – a Biztosított felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfele nevében – a 4.5. pontban részletezett módon – tett Csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.

4.3. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez új Biztosított annak tartama alatt – figyelembe véve a 2.3. pontban foglalt rendelkezést – bármikor csatlakozhat jelen Biztosítási Feltételekben foglalt feltételekkel.

4.4. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozás az alábbiakban felsorolt módokon lehetséges:

4.4.1. rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli Csatlakozási nyilatkozat útján;

4.4.2. a Szerződő honlapján, online módon tett Csatlakozási nyilatkozat útján.

4.5. A Szerződő a Csatlakozási nyilatkozat megtételét követően a csatlakozásról:

4.5.1. szóbeli Csatlakozási nyilatkozat esetén a Biztosított által választott kommunikáció módjának megfelelően postai vagy elektronikusan úton,

4.5.2. online tett Csatlakozási nyilatkozat esetén elektronikusan úton

írásbeli visszaigazolást (a továbbiakban: „**írásbeli visszaigazolás**”) küld a Biztosítottnak a biztosítási jogviszony létrejöttéről való igazolásként, amelyhez mellékeli a jelen Biztosítási Feltételeket, a Biztosítási Termékismertetőt, a Távértékesítési tájékoztatót, a Biztosításközvetítői tájékoztatót, az Általános Ügyfél-tájékoztatót és az annak részét képező Adatkezelési tájékoztatót.

4.6. A Biztosítók a Biztosított Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozása során egészségi kockázatelbírálást nem alkalmaznak.

4.7. Jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejövő Csoportos Biztosítási Szerződés részét képezi a Szerződőnek azon – a Szerződő informatikai rendszereiben nyilvántartott és a Biztosítónak átadott – dokumentációja, amely tartalmazza a Biztosítottak személyi adatait, a Csoportos Biztosítási Szerződés megkötéséhez adott hozzájáruló nyilatkozatait – így különösen a biztosítás megkötéséhez adott hozzájáruló, valamint különleges adatok esetén azok kezeléséhez az Biztosított hozzájárulását tartalmazó Adatkezelési nyilatkozatot.

5. A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

5.1. A biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam, amely biztosítási időszakokra oszlik.

5.2. Az egyes Biztosítottakra vonatkozóan a biztosítási időszak 1 hónap.

5.2.1. Az első biztosítási időszak a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés kezdete naptári hónapjának utolsó napjáig tart.

5.2.2. Az utolsó biztosítási időszak annak a hónapnak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése megszűnik, és ugyanazon hónap utolsó napján 24 órakor ér véget.

6. Területi hatály

6.1. A Biztosító kockázatviselése a Föld teljes területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki.

6.2. A Biztosító a szolgáltatásait Magyarország területén nyújtja.

7. A Biztosító kockázatviselésének kezdete, tartama

7.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés egy adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosított hozzájárulása szükséges, amelyet a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Biztosított felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfele a nevében a Csatlakozási nyilatkozat megtételkor ad meg.

7.2. A kockázatviselés kezdete az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosított Csatlakozási nyilatkozatának megtételét követően veszi kezdetét az alábbiak szerint:

7.2.1. adott naptári hónap 15. napjáig megtett Csatlakozási nyilatkozat esetében a Csatlakozási nyilatkozat megtételének hónapját követő hónap első napján 0 óra;

7.2.2. adott naptári hónap 15. napja után megtett Csatlakozási nyilatkozat esetében a Csatlakozási nyilatkozat megtételének hónapját követő második hónap első napján 0 óra.

7.3. A kockázatviselési kezdetet szóbeli és online csatlakozás esetén a Szerződő által a Biztosított részére megküldött, a csatlakozásról szóló visszaigazolás tartalmazza.

8. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

8.1. A Biztosító kockázatviselése megszűnik:

8.1.1. ha a Biztosítottnak, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelének a Szerződővel kötött földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik, vagy a felhasználási hely az energiaszolgáltatási vagy hálózathasználati szerződés megszegése miatt kikapcsolásra kerül, a megszűnés/kikapcsolás hatálynapja hónapjának utolsó napján 24 órakor. Nem minősül a kockázatviselés megszűnésének, ha a Szerződő és a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelének földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatási szerződéses jogviszonyában a szolgáltatás folytonosságának fenntartása mellett változás áll be, így különösen, de nem kizárólag, ha a felek közös megegyezéssel módosítják a földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatási szerződés tartalmát, ideértve azt az esetet is, ha a felek egyetemes szolgáltatási

sz szerződés helyett a jövőre nézve szabadpiaci szerződéses feltételekben állapodnak meg, ha a felek személye nem változik;
8.1.2. ha a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele és a Szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetős mérő kerül felszerelésre, a megszűnés, szüneteltetés, illetve az előre fizetős mérő felszerelésének hónapja utolsó napján 24 órákor;

8.1.3. a biztosítási csomagokhoz tartozó maximális szolgáltatási korhatár elérése hónapjának utolsó napján:

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

8.1.4. a Biztosított halálával, a halál bekövetkeztének napján 24 órákor;

8.1.5. a Biztosított biztosítotti jogviszonyának azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás hatályba lépésének napján (ld. 9.1.1. pont) 24 órákor,

8.1.6. a Biztosított biztosítotti jogviszonyának Biztosított általi rendes felmondása esetén (ld. 9.1.2 pont) a felmondás beérkezésének időpontjától függően, vagy a beérkezéskor folyamatban lévő biztosítási időszak, vagy az azt követő biztosítási időszak végén 24 órákor;

8.1.7. a Biztosított biztosítotti jogviszonyának Biztosító általi rendkívüli felmondása esetén (ld. 9.2. pont) – a Szerződővel történt előzetes egyeztetést követően – a Szerződőhöz címzett, írásbeli, indokolással ellátott jognyilatkozat közlésétől függően, vagy a közléskor folyamatban lévő biztosítási időszak, vagy az azt követő biztosítási időszak végén 24 órákor;

8.1.8. az áthárított biztosítási díj [a Szerződő által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére, az azokban foglalt póthatáridőben történő] Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – Szerződő ügyfele általi megfizetésének hiányában a Biztosított biztosítási jogviszonya megszűnik az utolsó díjjal fedezett hónap utolsó napján 24 órákor.

8.1.9. a Szerződő és a Biztosító közötti Csoportos Biztosítási Szerződés bármely okból történő megszűnése esetén, a megszűnés hatályának napján 24 órákor;

8.1.10. a biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor, ha az MVM Otthon Vítál Csoportos Egészségbiztosítás hatálya alatt a Biztosított egy másik csomagra szóló újabb MVM Otthon Vítál Csoportos Egészségbiztosítást igényel (csomagváltás).

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

8.2. A Biztosító kockázatviselésének az egyik Biztosított vonatkozásában történő megszűnése – a 10. pontok kivételével, mely valamennyi biztosított biztosítási jogviszonyának megszűnéséhez vezet – a többi Biztosítottra nem hat ki.

9. A Biztosítotti jogviszony felmondása

9.1. Biztosított általi felmondás

9.1.1. A Biztosított biztosítási jogviszonyának azonnali hatályú felmondása

A távértékesítés keretében (telefonon vagy online) tett Csatlakozási nyilatkozat esetében a Biztosítottnak jogában áll a biztosítotti jogviszonyt a Csatlakozás visszaigazolásától – vagy amennyiben a Távértékesítési tájékoztatót később kapja meg, úgy annak kézhezvételétől – számított 14 napon belül a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, az mmbiztositas.hu/biztositas-felmondas oldalon online, e-mailben (biztositas@mvm.hu vagy ugyfelszolgalat@mvm.hu), illetve postai úton (MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) felmondani (azonnali hatályú felmondás), amivel a rá kiterjesztett kockázatviselést és a biztosítási jogviszonyát azonnali hatállyal megszünteti. Az azonnali hatályú felmondás a Szerződőhöz történő beérkezés napján 24 órákor lép hatályba. Az azonnali hatályú felmondást akkor kell határidőn belül teljesítettnek tekinteni, ha azt a biztosított a fenti határidőn belül online beküldi, egyéb igazolható módon elküldi vagy postára adja. A határidőn túl tett azonnali hatályú felmondás a biztosított jogviszony rendes felmondásának minősül, és a biztosítási jogviszony a rendes felmondás szabályai szerint szűnik meg. Az azonnali hatályú felmondás részletes szabályait a Távértékesítési tájékoztató tartalmazza. Amennyiben a Biztosított a fentiek szerinti felmondási jogát gyakorolja, a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény. Ilyen esetben a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozóan esetlegesen már megfizetett biztosítási díjat 30 napon belül visszafizeti a Biztosítottnak, illetve - amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított - a Szerződő ügyfelének. Ha a kockázatviselés megszűnéséig biztosítási esemény következik be, akkor a kockázatviselési időszakra jutó díj megfizetésével kapcsolatban az általános rendelkezések az irányadók.

9.1.2. A Biztosított biztosítotti jogviszonyának rendes felmondása

9.1.2.1. A Biztosított jogosult a biztosítási jogviszonyát a Szerződőhöz intézett elektronikus (biztositas@mvm.hu, vagy ugyfelszolgalat@mvm.hu) vagy postai úton (MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) a Szerződőhöz eljuttatott írásbeli felmondó nyilatkozattal, 30 napos felmondási idővel, a biztosítási időszak végére felmondani;

9.1.2.2. Amennyiben a felmondási nyilatkozat beérkezése és a beérkezés hónapját tartalmazó biztosítási időszak vége között már nincs 30 nap, úgy a Biztosított felmondása a következő biztosítási időszak utolsó napjára hatályos.

9.2. Biztosító általi felmondás

9.2.1. A Biztosító jogosult az adott Biztosított biztosítási jogviszonyát – a Szerződővel történt előzetes egyeztetést követően – 5 (öt) munkanapos felmondási idővel a biztosítási időszak végére, írásbeli, indokolással ellátott, a Szerződőhöz címzett jognyilatkozattal megszüntetni (rendkívüli felmondás).

9.2.2. Amennyiben a felmondási nyilatkozat közlése és a közlés hónapját tartalmazó biztosítási időszak vége között már nincs 5 nap, úgy a Biztosított felmondása a következő biztosítási időszak utolsó napjára hatályos.

9.2.3. A Szerződő a Biztosító döntését haladéktalanul közli a Biztosítottal.

9.2.4. A biztosítási jogviszony megszűnésekor folyamatban lévő biztosítási szolgáltatás iránti igényt a Biztosító a jelen Feltételek alapján elbírálja.

10. A Csoportos Biztosítási Szerződés megszüntetése

10.1. A Biztosító és a Szerződő közötti Csoportos Biztosítási Szerződés az abban foglalt bármely ok és körülmény bekövetkezése esetén megszűnik.

11. A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

11.1. A biztosítási díjra vonatkozó általános rendelkezések:

11.1.1. A biztosítási díjat, mely a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, a Szerződő fizeti meg a Biztosítónak a Csoportos Biztosítási Szerződés rendelkezései szerint.

11.1.2. A biztosítás havi rendszeres díjfizetésű.

11.1.3. A biztosítási díj minden hónap első napjától az adott hónap utolsó napjáig terjedő egy hónapos időszakra vonatkozik.

11.1.4. A biztosítási díj a hónap első napján élő biztosítási fedezettel rendelkező és a Szerződő által a Biztosítóhoz lejelentett Biztosítottakra vonatkozik.

11.1.5. A biztosítási díj Biztosítottra jutó része első alkalommal a kockázatviselés kezdetének napján esedékes.

11.1.6. A Szerződő minden Biztosított és minden biztosítási időszak vonatkozásában egy teljes havi díjat köteles megfizetni. A Biztosító az egyes Biztosítottak vonatkozásában részleges díjfizetést nem fogad el.

11.1.7. A Szerződő díjfizetési kötelezettsége mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.

11.1.8. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó része a Biztosított által választott biztosítási csomagtól függ, melyet az 1. számú melléklet 2. pontja tartalmaz.

11.1.9. A biztosítási jogviszonynak a 9.1.1. pont szerint határidőn belülinek minősülő azonnali hatályú felmondása esetén a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény. Ilyen esetben a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozóan esetlegesen már megfizetett biztosítási díjat 30 napon belül visszafizeti a Biztosítottnak, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelének. Ha a kockázatviselés megszűnéséig biztosítási esemény következik be, akkor a kockázatviselési időszakra jutó díj megfizetésével kapcsolatban az általános rendelkezések az irányadók.

11.2. A biztosítási díj módosítása:

11.2.1. A biztosítás díja a kockázatviselés tartama alatt akkor változik, ha a Biztosító jelen pont alapján a biztosítási díj módosítására tesz javaslatot, és azt a Szerződő elfogadja.

11.2.2. A Biztosító naptári évente legfeljebb egy alkalommal jogosult a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása miatt a Csoportos Biztosítási Szerződés felülvizsgálatára és a biztosítási díj módosítására. A módosítás mértéke akkora lehet, hogy a Biztosítónak a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása miatt várható többletkötelezettségét fedezni tudja.

11.2.3. A Biztosító a Szerződőt a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változásával indokolt díjmódosításról annak tervezett hatálybalépése előtt legalább 120 nappal értesíti. Ha a Szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 45. napig írásban elfogadja a biztosítási díjmódosítási javaslatot, vagy nem nyilatkozik írásban a biztosítási díj módosításával kapcsolatban, úgy a Csoportos Biztosítási Szerződés díja a módosítási javaslatnak megfelelően változik. Ha a Szerződő az értesítés kézhezvételét követő 45 (negyvenöt) napon belül elutasítja a díj módosítását és a Szerződő és a Biztosító közös megegyezéssel nem módosítják a biztosítási díjat, akkor a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződés rendelkezései szerint jár el.

11.2.4. A Szerződő a Biztosítottakat a lehető legkorábban, de a módosított díj hatálybalépése előtt legalább 45 nappal értesíti – a Biztosított által választott kommunikáció módjától függően – postai vagy elektronikus levélben.

11.2.5. Ha a módosított biztosítási díj mellett a Biztosított nem kívánja fenntartani a biztosítási jogviszonyát, akkor azt a 9.1.2. pont szerinti rendes felmondással felmondhatja. Ha a Biztosított a módosított díjat a hatálybalépést megelőző 30. napig írásban nem utasítja vissza, akkor azt elfogadottnak kell tekinteni, és a biztosítási fedezet a módosított díjjal életben marad.

11.2.6. A módosított biztosítási díj a hatálybalépésének napjától valamennyi – a hatálybalépését követően biztosítási jogviszonnyal rendelkező és felmondás alatt nem álló – Biztosított vonatkozásában alkalmazandó.

11.3. A Szerződő által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos rendelkezések

11.3.1. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Szerződő – a Biztosított Csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja a Biztosítottra, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelére, függetlenül attól, hogy a Szerződő ügyfele Biztosítottként csatlakozott-e a Csoportos Biztosítási Szerződéshez.

11.3.2. A Szerződő az áthárított díjat a Szerződő szolgáltatási körébe tartozó szolgáltatásra vonatkozó számlába építve, havonta szedi be a Biztosítotttól, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelétől. Az áthárított biztosítási díj a Szerződő szolgáltatási körébe tartozó azon számlával együtt esedékes, mely számla elszámolási időszaka magában foglalja az adott biztosítási időszakot.

11.3.3. Ha Biztosító kockázatviselése a Szerződő és a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele között fennálló szerződéssel együtt szűnik meg olyan időpontban, amely nem esik egybe a Szerződő

szolgáltatási körébe tartozó számla esedékességével, akkor, az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított díjat a Szerződő a szolgáltatási körébe tartozó Szerződés lezárásakor számolja fel.

11.3.4. Ha a Szerződő részére megfizetett összeg az áthárított biztosítási díj egészét nem (sem) fedezi, az az áthárított biztosítási díj meg nem fizetésének minősül.

11.3.5. A Szerződő az áthárított biztosítási díj meg nem fizetése esetén írásban felszólítja a Biztosítottat, vagy - amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelét az elmaradt biztosítási díj megfizetésére, melyben figyelmezteti őt arra, hogy amennyiben az elmaradt biztosítási díj nem kerül megfizetésre, akkor Szerződő törli a Biztosítottat a Biztosítottak közül és így a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan az utolsó díjjal rendezett hónap utolsó napján 24 órákor megszűnik.

12. Szolgáltatási csomagok

12.1. A leendő Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele a Csatlakozási nyilatkozat megtételekor választja ki, hogy az 1. számú mellékletben foglaltak közül melyik biztosítási csomagot igényli, figyelembe véve a 8.1.3. pontban rögzített korhatárokat is.

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

12.3. Egy családon belül legfeljebb egy Standard egyéni csomag köthető. Két vagy több családtag Standard fedezeti szintű biztosítása kizárólag Standard családi csomag keretében lehetséges. Standard családi csomag és Standard egyéni csomag ugyanazon család tekintetében egyidejűleg nem állhat fenn.

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

12.5. Egy Biztosítottra egy időben egy csomag lehet érvényben.

13. Értékkövetés

A Biztosító értékkövetést nem alkalmaznak, a biztosítási összeg értékkövetésére (indexálására) nincs lehetőség.

14. Biztosítási esemény

14.1. A Biztosító jelen Csoportos Biztosítási Szerződés alapján az alábbi kockázatokat viseli:

14.1.1. 7/24 orvosi call center szolgáltatás:

14.1.1.1. Biztosítási esemény a Biztosított betegsége, megbetegedése.

14.1.1.2. 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 a Biztosító adatkezelési tájékoztatójában foglaltak szerint.

14.1.1.3. Az orvosi tanácsadás keretében a Biztosított a következőkről kaphat tájékoztatást magyar és angol nyelven:

- a) betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
- b) gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
- c) orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeleteről,
- d) ügyeleti gyógyszerárakról,
- e) egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

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

14.1.1.5. A szolgáltatás igénybevétele az alábbiak szerint történik:

14.1.1.6. Az Ellátásszervező telefonszáma: +36 1 461 1598.

14.1.1.7. A Biztosított felhívja az Ellátásszervező call centerét, ahol egy operátor fogadja a hívást.

14.1.1.8. Megtörténik a Biztosított azonosítása és a jogosultság ellenőrzése az alábbi adatok alapján:

- a) Biztosított neve, születési dátum, Biztosított édesanyjának leánykori neve.

14.1.1.9. Az operátor egy orvos munkatársként továbbítja a hívást, aki megválaszolja a Biztosított kérdéseit.

14.1.2. Járóbeteg-szakellátás megszervezése

14.1.2.1. Biztosítási esemény a Biztosított betegsége vagy balesete.

14.1.2.2. 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.

14.1.2.3. 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.

14.1.2.4. A biztosítás által fedezett szolgáltatások leírását a 14. pont későbbi alpontjai tartalmazzák.

14.1.2.5. A szervezés menetét a 16.8 pont alpontjai tartalmazzák.

14.1.3. Második orvosi vélemény szolgáltatás

14.1.3.1. 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.

14.1.3.2. 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.

14.1.3.3. A második orvosi véleményt az Ellátásszervező az alábbi, a Biztosítottnak 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.

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

14.1.3.5. A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a 16.8. pont Ellátásszervezésről szóló részben rögzítettek szerint zajlik.

14.1.4. A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások

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

14.1.4.2. Fókusz MINI csomagban kizárólag belgyógyászat, kardiológia, fül-orr-gégészet, ambuláns sebészet, szemészet, allergológia és bőrgyógyászat szakágakban (a 19. pontban foglalt kockázatkizárások figyelembevételével),

14.1.4.3. Fókusz és Exkluzív csomagban a kockázatkizárásokat tartalmazó 19. pontban 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.

14.1.4.4. 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.

14.1.4.5. 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.

14.1.4.6. Terhesség ideje alatt a Biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít (maximum az éves limit erejéig).

A szakorvosi vizsgálattal 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.

14.1.4.7. Az Ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésére álló összegről az ellátásra való jelentkezéskor.

14.1.4.8. 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.

14.1.4.9. A Biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az Ellátásszervező megalapozottnak minősítse.

14.1.4.10. A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a 16.8. pont Ellátásszervezésről szóló részben rögzítettek szerint zajlik.

14.1.5. Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása

14.1.5.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak 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.

14.1.5.2. MR (mágneses rezonanciás diagnosztika): a Biztosított 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 segíti elő.

14.1.5.3. 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.

14.1.5.4. Cardio-CT (tomográfiás 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.

14.1.5.5. PET -CT (pozitronemissziós tomográfiás 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.

14.1.5.6. 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.

14.1.5.7. Az Ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésre álló összegről az orvosi képalakító diagnosztikai vizsgálatokra való jelentkezéskor.

14.1.5.8. 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.

14.1.5.9. A Biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az Ellátásszervező megalapozottnak minősítse.

14.1.5.10. A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a 16.8. pont Ellátásszervezésről szóló részben rögzítettek szerint zajlik.

14.1.6. Egnapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása

14.1.6.1. 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 kiváltságát 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.

14.1.6.2. 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.

14.1.6.3. 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 (hotel-szolgáltatás költségeit) is fedezi a biztosítás.

14.1.6.4. 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.

14.1.6.5. Az Ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésre álló összegről az ellátásra való jelentkezéskor.

14.1.6.6. 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.

14.1.6.7. 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.

14.1.6.8. A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a 16.8. pont Ellátásszervezésről szóló részben rögzítettek szerint zajlik.

14.1.7. Rettegett betegség szolgáltatás

14.1.7.1. Biztosítási esemény a Biztosítottnál (a Biztosítotton) a rá vonatkozó kockázatviselési ideje alatt 25 különböző kritikus betegség, illetve orvosi beavatkozás valamelyikének diagnosztizálása, illetve alkalmazása. **A betegségek, illetve eljárások részletes leírását a 2. számú melléklet tartalmazza.**

14.1.7.2. 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.**

14.1.7.3. 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 képalakító 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.

14.1.7.4. A Biztosító szolgáltatást csak a 16.10.4. pontban felsorolt dokumentumok benyújtása esetén teljesít.

14.1.7.5. 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).

14.1.7.6. A szolgáltatási igényt a többi szolgáltatástól eltérően a Biztosítónál kell bejelenteni a 16.1.2. pontban rögzített módon.

15. A Biztosító szolgáltatása

15.1. A Biztosító a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett biztosítási események esetén az 1. számú mellékletben meghatározott biztosítási limitek vagy összeg erejéig teljesít biztosítási szolgáltatást.

15.2. Várakozási idő

15.2.1. 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

15.2.2. A várakozási idő az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számítandó.

15.2.3. 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.

15.2.4. A várakozási idő értelmében terhességgel kapcsolatos járóbeteg-szakellátás [14.1.4.6. pont] a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével vehető igénybe.

16. A biztosítási esemény bejelentése, a teljesítéshez szükséges iratok, a Biztosító teljesítése

16.1. A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 munkanapon belül be kell jelenteni:

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

16.1.2. rettegett betegség szolgáltatás esetében a szolgáltatási igénybejelentő formanyomtatvány Biztosítónak az alábbi címre történő megküldésével:

CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.,

Élet kárrendezési és ügyviteli főosztály

Levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325;

E-mail cím: mvm@cig.eu

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

16.2. A biztosítási esemény bejelentéssel kapcsolatosan tájékoztatás kérhető az alábbi telefonszámon: +36 1 501 9782.

16.3. A szolgáltatási igény 16.1. pont szerinti 15 napos igénybejelentési határidő után is bejelenthető legkésőbb az 5 éves elévülési idő lejártáig, azonban az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenül váltak (1) akár a késedelmes bejelentés miatt, (2) akár amiatt, mert a Bejelentő a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé.

16.4. A Biztosító szolgáltatása teljesítésének feltétele, amennyiben a Biztosító szolgáltatásának nyújtásához a Biztosított egészségügyi adatainak, mint különleges adatoknak a kezelése szükséges, hogy a Biztosított a különleges adatok kezeléséhez kifejezetten hozzájáruljon. A Biztosított hozzájárulásának hiányában – amennyiben a különleges adatok kezelése a biztosítási szolgáltatás nyújtásának feltétele – nem teljesíthető biztosítási szolgáltatás azon esetekben, ahol különleges adatok szerepelnek. A különleges adatok kezeléséhez történő hozzájárulást a Biztosított az Adatkezelési nyilatkozat kitöltésével és a Biztosítónak 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) köteles eljuttatni az első szolgáltatási igény bejelentése előtt. Amennyiben az első szolgáltatási igény bejelentése előtt a különleges adatok kezeléséhez hozzájáruló nyilatkozat megadására nem került sor, úgy a Biztosított az Ellátásszervezővel folytatott telefonbeszélgetés alapján, az Ellátásszervező által elektronikusan küldött online felületre is feltöltheti a különleges adatok kezeléséhez kifejezetten hozzájáruló

nyilatkozatát. A hozzájáruló nyilatkozat hiányában a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.

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

16.6. 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 állapot súlyosbodásból 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.

16.7. A Biztosító a rettegett betegséggel összefüggő szolgáltatását (a biztosítási összeg kifizetését) a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül fizeti ki.

16.8. Ellátásszervezés:

16.8.1. Az orvosi ellátásra történő időpontfoglalás, illetve az orvosi ellátás megszervezése telefonon történik. A Biztosított (telefonon a +36 1 461 1598 számon) munkanapokon 8-20 óra között jelentheti be az ellátásra vonatkozó igényét az Ellátásszervezőnek. A telefonbeszélgetések rögzítésre kerülnek, így a későbbiekben visszakéreshetők.

16.8.2. A hívás során megtörténik a Biztosított azonosítása és a jogosultság ellenőrzése az 14.1.3. pontban felsorolt adatok alapján.

16.8.3. Az egészségügyi ellátás megszervezésének feltétele, hogy a Biztosított rendelkezzen az ellátásához szükséges (szak)orvosi javaslattal, ambuláns lappal, és beutalóval – amennyiben szükséges. A Biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az Ellátásszervező megalapozottnak minősítse. A választott biztosítási csomag tartalmán kívül egyéb egészségügyi ellátás tekintetében a Biztosító az ellátás költségét nem vállalja, az önköltségen vehető igénybe.

16.8.4. Az operátor rögzíti az igényt, egyeztet a Biztosítottal a preferált helyszínt és időpontot, majd megkezdi a kért szakvizsgálat, illetve ellátás megszervezését, továbbá tájékoztatja a Biztosítottat a folyamatról.

16.8.5. Az egészségügyi ellátások megszervezése, azaz az ellátás időpontjának kijelölése a 16.9. pontja szerinti határidőn belül esedékes azt követően, hogy minden, a kért ellátás megszervezéséhez szükséges adat és információ az Ellátásszervező rendelkezésére áll.

16.8.6. A megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját a választott csomagtól, a kiváltó biztosítási eseménytől és az aktuálisan rendelkezésre álló szolgáltatási limittől függően az 1. számú mellékletben rögzített éves limit erejéig vagy a biztosítás fedezi – ez esetben a Biztosító a vizsgálat költségét az Ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak téríti meg-, vagy a Biztosított fizeti.

16.8.7. A biztosítás által fedezett szolgáltatások leírását a 14. és 15. pontok alpontjai tartalmazzák.

16.8.8. 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.

16.8.9. Járóbeteg-szakellátások, Képzővizsgák diagnosztikai vizsgálatok és Egynapos sebészeti beavatkozások esetében, 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 terhelési kombinált teszt ultrahang elemének költségét a felhasznált éves limit mértékétől függetlenül, amennyiben az egészségügyi szolgáltató az ultrahangvizsgálatról önálló számlát nem állít ki.

16.8.10. Egy Biztosítottra vonatkozó több egészségügyi ellátási igény egyidejű bejelentése esetén az Ellátásszervező az orvosilag indokolt sorrendben szervezi meg az ellátásokat.

16.8.11. Amennyiben az Ellátásszervező jelen Biztosítási Feltételek alapján a Biztosított vizsgálatokra szóló ellátási igényét nem találja jogosnak, az igény elbírálásához szükséges információk tudomására jutását követően tájékoztatja a Biztosítottat.

16.8.12. Amennyiben a Biztosított a számára megrendelt szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább három munkanappal korábban nem értesíti az Ellátásszervezőt, úgy a Biztosított az adott szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

16.9. Az Ellátásszervező az egyes szakellátásokat az alábbi határidőben szervezi meg:

16.9.1. a 14.1.2. és 14.1.4. pontban rögzített szolgáltatások (**járóbeteg-szakellátások**) keretében igénybe vett szakorvosi vizsgálat esetén a bejelentéstől számított **öt (5) munkanap**;

16.9.2. a 14.1.5. pontban rögzített **képzővizsgák diagnosztikai vizsgálatok** esetén:

16.9.2.1. **Budapesten** a bejelentéstől számított **tíz (10) munkanap**,

16.9.2.2. **Budapesten kívül** a bejelentéstől számított **húsz (20) munkanap**;

16.9.3. a 14.1.6. pontban rögzített **egynapos sebészeti beavatkozás** esetén:

16.9.3.1. **Budapesten** a bejelentéstől számított **huszonkettő (22) munkanap**,

16.9.3.2. **Budapesten kívül** a bejelentéstől számított **harminckettő (32) munkanap**.

16.10. A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

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

- 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);

- véralkohol-vizsgálati eredmény, drogteszt;
- gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata;
- 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;
- a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel, valamint a kórelőzményi 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);
- a társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok;
- azon további nyilatkozatok, amelyeket a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételeként meghatároznak;
- idegen nyelvű iratok esetén azok fordítása;
- hiánytalanul kitöltött adatkezelési nyilatkozat;
- az eljáró törvényes képviselő jogosultságát igazoló dokumentum;
- rettegett betegség szolgáltatás esetén hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány;
- rettegett betegség szolgáltatás esetén a 16.10.4. pontban rögzített dokumentumok.

16.10.2. A listában szereplő, a Biztosító által bekért iratok beszerzésének költségei a Biztosítottat terhelik.

16.10.3. Amennyiben egy adott irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az Érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése a Biztosított kötelezettsége, és az iratok beszerzésének költsége is a Biztosítottat terheli.

16.10.4. A rettegett betegség szolgáltatás kárbejelentéséhez szükséges adatok, dokumentumok

A Biztosító a 2. számú mellékletben felsorolt biztosítási események miatt felmerülő szolgáltatási igényeket a 16.10.1 pontban felsorolt dokumentumokon túl, az alábbi dokumentumok megléte esetén fogadja el. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője bírálja el. A Biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését kezdeményezheti.

- Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján történik.
- 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.

- Szívkoroszorúr-megkerülő (bypass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtéti leírás vagy annak kivonata szükséges.
- 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.
- Krónikus veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésére vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialízis igazolásával kerül elfogadásra.
- Létfonosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.
- Vakságot szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.
- Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.
- Az ún. „4 alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásának elfogadása a Biztosító által megbízott orvos szakértő vizsgálata alapján történik.
- Szklerózis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórfolyás, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a Biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.
- AIDS-(HIV-)betegség elfogadása fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbeteg-osztályán felállított orvosi diagnózis alapján történik.
- Végtag-amputáció a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció alapján kerül elfogadásra.
- Bénulás diagnosztizálása neurológus szakorvos neurológiai osztályon vagy intenzív osztályon kiállított kórházi zárójelentése alapján kerül elfogadásra. Ha végeztek elektrofiziológiai és szövet-tani vizsgálatot, azok eredménye is szükséges a betegség elfogadásához.

16.10.5. A Biztosító a fenti dokumentumok szkennelt, olvasható formátumú változatát is elfogadja.

17. A Biztosító mentesülése

17.1. 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.

17.2. A mentesülésre vonatkozó rendelkezéseket a Biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségére is alkalmazni kell. Nem mentesül a Biztosító a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a Biztosított – az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve – az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

18. Kizárások

18.1. A Biztosító nem viseli a kockázatot az alábbi esetekben:

- 18.1.1. ha az esemény, összefüggésbe hozható a Biztosított által szándékosan, önmagának okozott kárral;
 - 18.1.2. a Biztosított alkoholos (0,8 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek, valamint nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztásával összefüggő eseményekre;
 - 18.1.3. ha az esemény a Biztosítottnak háborús cselekményekben valamelyik fél mellett történő aktív részvétele miatt következett be. Háborúnak minősül: háború (hadüzenettel vagy anélkül), határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légicsapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény;
 - 18.1.4. az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő eseményekre;
 - 18.1.5. kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozások és kórházi ápolás, valamint az orvosilag nem indokolt műtétek, kórházi ápolások és gyógyító eljárásokra;
 - 18.1.6. az az esemény, amely nem szakvégzett és szakképzett orvos általi kezeléssel összefüggésben következett be, vagy olyan, orvos által végzett gyógykezelés során, amelynél nem tartották be az orvosszakmai előírásokat;
 - 18.1.7. olyan eseményre, amely a Biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli járművezetésével okozati összefüggésben következett be;
 - 18.1.8. ha a Biztosított olyan időpontban fordult orvoshoz, hogy emiatt az elváltozást már gyógyszeres kezeléssel nem, csak műtéttel lehetett befolyásolni, vagy kórházi ápolásra szorult;
 - 18.1.9. a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő balesetekre, kivéve az olyan baleseteket, amelyeket a biztosított személy légi jármű utasaként, a polgári légi forgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légi járművön polgári utasként szenved el. Utasnak az minősül, aki a légi járműnek nem üzemmentartója, és nem tartozik a személyzethez;
 - 18.1.10. a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, ideértve a tesztúrákat és a rallyversenyeket is;
 - 18.1.11. az országos és nemzetközi síugró, bob-, sibobversenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre;
 - 18.1.12. ha az eseményt öngyógyítás okozta;
 - 18.1.13. a Biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre, ha indítóokuk nem biztosítási esemény;
 - 18.1.14. mentális és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező eseményekre, kivéve az üzemi balesetre, foglalkozási betegsége közvetlenül visszavezethető mentális és viselkedészavarokat;
 - 18.1.15. az elsődlegesen betegségi ok miatt bekövetkező balesetekre;
 - 18.1.16. a Biztosított versenyszerűen, díjazásért üzött sporttevékenységekre, függetlenül attól, hogy az adott tevékenységre a társadalombiztosítási védelem kiterjed-e;
 - 18.1.17. mandulaműtetre és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve ehhez szükséges beavatkozásokra;
 - 18.1.18. azon vizsgálatokra, beavatkozásokra, melyek igénybevétele nem az Ellátásszervezőn keresztül történt;
 - 18.1.19. szűrővizsgálatokra;
 - 18.1.20. azon orvosi ellátásokra, melyeknek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása, egészségének helyreállítása.
- 18.2. A 7/24 orvosi call center szolgáltatás és a járóbeteg-szakellátás megszervezése kivételével a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a 18.1 pontban foglaltakon túl a kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodásra, illetve a kockázatviselés ideje alatt bekövetkező olyan eseményekre, amely előzménybetegséggel ok-okozati összefüggésbe hozható.
- 18.3. A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások, a képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása, valamint az egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a 18.1 pontban foglaltakon túl az alábbiakból eredő egészségügyi ellátásokra:
- 18.3.1. életveszély elhárítása céljából szükségessé vált kezelésekre;
 - 18.3.2. baleseti, természeti vagy egyéb katasztrófa miatti sürgős ellátásokra;
 - 18.3.3. járványügyi érdekből végzett ellátásokra; valamint intenzív betegellátásra
 - 18.3.4. egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenysége;
 - 18.3.5. addiktológiai gondozásra;
 - 18.3.6. munkaegészségügyi és egyéb alkalmassági vizsgálatokra; foglalkozás-egészségügyi szakellátásra,
 - 18.3.7. jogszabályban meghatározott nemkonvencionális (hagyományos) egészségjavító, egészségmegőrző eljárásokra, többek között akupunktúrára, természetgyógyászatra; alternatív gyógyászat által nyújtott kezelésre, wellness szolgáltatásokra, gyógy-pedagógiai, logopédiai ellátásra, fürdőkúrára, fogyókúrára, valamint ezekkel kapcsolatos ellátásokra, természetes gyógytényezők (pl. aromaterápia), fürdő- és klímagyógyintézetek, gyógyhelyek által teljesített szolgáltatásokra; továbbá rehabilitációra, szanatóriumi kezelésekre, valamint infúziós kezelésekre és injekció terápiás sorozatokra (kivéve a helyi fájdalomcsillapítás céljából beadott injekciót);
 - 18.3.8. fogászati diagnosztikára, szakellátásra; fogkezeléssel, fogászati problémával kapcsolatos szájsebészeti beavatkozásokra, fogszabályzásra;
 - 18.3.9. onkológiai gondozásra, amennyiben a daganatos betegségek stádiumának és kiterjedtségének megállapítása (staging) az állapotfelmérő vizsgálatok alapján már megtörtént;

- 18.3.10. lézeres körömgomba-eltávolításra, visszérműtét bármilyen formája; illetve a visszér betegség injekciós kezelésére (scleroterápia),
- 18.3.11. ápolási otthonban történő ellátásokra; geriátriai kezelésre, gondozásra;
- 18.3.12. dialízis kezeléssel kapcsolatos ellátásokra, transzplantációra;
- 18.3.13. digitális dermatoscopyra,
- 18.3.14. meddőség kivizsgálásával, kezelésével kapcsolatos ellátásokra;
- 18.3.15. az alábbi fertőző betegségekkel összefüggő egészségügyi szolgáltatásokra
- 18.3.15.1. HIV-betegek gondozása,
- 18.3.15.2. Hepatitis C betegek gondozása;
- 18.3.16. aneszteziológiai ellátásra (ide nem értve az egynapos sebészeti beavatkozásokhoz kapcsolódó ellátásokat, amennyiben azok a választott csomagban térítésre kerülnek);
- 18.3.17. alkoholológiai gondozásra,
- 18.3.18. drogbetegellátás, -gondozásra,
- 18.3.19. tüdőgyógyászati gondozásra,
- 18.3.20. pszichiátriai szakellátásra,
- 18.3.21. visszérbetegség injekciós kezelésére (scleroterápia),
- 18.3.22. nemibeteg-gondozásra,
- 18.3.23. fizio- és mozgásterápiás kezelésre,
- 18.3.24. klinikai onkológiai gondozásra.
- 18.4. Képkeltő diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása és Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a 18.1 pontban foglaltakon túl
- 18.4.1. arra a vizsgálatra, ellátásra, amelyet előíró orvosi javaslat/beutaló nem tartalmazza az orvos pecsétjét,
- 18.4.2. orvosi javaslat hiányában igényelt egészségügyi szolgáltatásra.
- 18.4.3. azon vizsgálatokra, ellátásokra, melyet előíró orvosi javaslatot/beutalót nem szakrendelő orvos állít ki (a háziorvos által kiállított javaslatot/beutalót a Biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat).
- 18.5. A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások és Képkeltő diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki 18.1 pontban foglaltakon túl
- 18.5.1. a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatok körében felmerülő (jogszályból eredő) kötelező védőoltásokra és szűrésekre.
- 18.6. A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a 18.1 pontban foglaltakon túl az alábbi diagnosztikai vizsgálatokra:
- 18.6.1. székletgenomika-tesztre;
- 18.6.2. ételintolerancia-tesztre;
- 18.6.3. hajdiagnosztikára;
- 18.6.4. kapszulaendoszkópiára;
- 18.6.5. CT-lézermammográfiára;
- 18.6.6. sztereotaxiás biopsziára.
- 18.7. A biztosításban fedezett egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá a 18.1 pontban foglaltakon túl az alábbiakból eredő egynapos sebészeti beavatkozásokra:
- 18.7.1. Sterilisatio laparoscopica feminae
- 18.7.2. Sterilisatio laparoscopia kapoccsal
- 18.7.3. Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel
- 18.7.4. Sterilisatio laparoscopia monopol, Elektrodával
- 18.7.5. Sterilisatio laparoscopia bipol. Elektrodával
- 18.7.6. Extrauterin graviditas laparoscopos műtete
- 18.7.7. Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából
- 18.7.8. Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel
- 18.7.9. Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel
- 18.7.10. Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal
- 18.7.11. Interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal
- 18.7.12. Interruptio laminaria tágitással
- 18.7.13. Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése
- 18.7.14. Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások
- 18.7.15. Művi megtermékenyítés
- 18.7.16. Orrsövényferdüléssel kapcsolatos beavatkozások.
- 18.8. A biztosításban foglalt Rettegett betegség szolgáltatás esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a 18.1 pontban foglaltakon túl a következő sporttevékenységekkel összefüggő eseményekre:
- 18.8.1. búvárkodás, félkezes, illetve nyílt tengeren vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping, bázisugrás, műugrás, ejtőernyőzés.

19. Egyéb rendelkezések

19.1. A Biztosító a hozzájuk eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat (ide nem értve a szóbeli Csatlakozási nyilatkozatot, valamint a személyesen vagy telefonon bejelentett panaszokat) csak akkor kötelesek hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzájuk.

19.2. A biztosításból eredő igények az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 5 év elteltével elévülnek.

19.3. A biztosítást értékesítő biztosításközvetítő a Csoportos Biztosítási Szerződéssel, a rendszeres díjak teljesítésével összefüggésben jutalékra jogosult.

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 kórimzésére 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 anesztéziában (altatásban) a koponya megnyitásával (kraniotomia) az agyban aktuálisan végzett műtét. A kulcslyukbeholás 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 T2bN0M0-nál nem súlyosabb prosztaták,
- c) papilláris vagy follikuláris pajzsmirigyrák, mely enyhébb, mint T2N0M0,
- 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. Bőron 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 rendelkezésséggel, 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).
- e) 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 beszédképesség teljes és végleges elvesztése legalább folyamatosan tizenkét hónapig. Az orvosi bizonyítékot megfelelő (fül-orr-gégész) szakembernek kell igazolnia, és meg kell erősítenie a hang-szálak 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 gyulladással 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 betegségként 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.
- c) 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:
 - d) átmeneti iszkémiás zavar,
 - e) az agyszövet vagy az erek traumás sérülése,
 - f) egy már korábban létező agyi elváltozás másodlagos bevérvése,
 - g) klinikai tünetek nélkül, kizárólag az agy képalkotó vizsgálata során véletlenszerűen észlelt elváltozás,
 - h) a látóideg- vagy retinaszövetek elhalása.

25. Fekélyes vastagbélgyulladás

Súlyos fekélyes vastagbélgyulladás, ahol teljes vastagbél-eltávolítást végeztek.