

MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Biztosítási Szabályzata



Tartalom

Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések I. rész	4
I. A biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok	4
II. Panaszkezelés	5
III. A biztosítási titok és a személyes adatok kezelése	6
IV. A személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatás	11
V. Adózási tudnivalók magánszemélyek részére élet-, baleset- és betegségbiztosítások esetén	11
VI. Tájékoztatás adóügyi illetőségről	11
VII. Késedelmi kamat	11
VIII. A biztosításközvetítő	12
IX. Egyéb rendelkezések	12
Biztosítási szerződésekre irányadó általános rendelkezések II. rész	13
I. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos fogalmak	13
II. A balesettel kapcsolatos fogalmak	15
III. A biztosítási szerződés alanyai	15
IV. A biztosítási szerződés létrejötte, tartama, a kockázatviselés kezdete és tartama	16
V. A biztosított a Csoport Biztosításhoz történő csatlakozása	16
VI. Biztosítási érdek	16
VII. Várakozási idő	16
VIII. Belépés a szerződésbe	16
IX. A biztosítási szerződés megkötését követő tájékoztatás	17
X. Közlési és változásbejelentési kötelezettség	17
XI. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megszegésének következménye életbiztosítási és egészségbiztosítási szerződés esetén	17
XII. A biztosító szolgáltatása	18
XIII. A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól	18
XIV. A biztosítási kockázat jelentős növekedése	18
XV. A biztosítás díja, a biztosítási díj módosítása	18
XVI. Értékkövetés (indexálás)	19
XVII. Díjfizetési kötelezettség a biztosítási szerződés megszűnése esetén	19
XVIII. A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának következményei	19
XIX. A biztosítási esemény és a biztosítási esemény bejelentésére vonatkozó kötelezettség	19
XX. Kizárások	20
XXI. A biztosítási szerződés megszűnése	20
XXII. Jognyilatkozatok	21
XXIII. Elévülés	21
XXIV. Irányadó jog, joghatóság kikötése	21
XXV. A biztosítási szerződésre vonatkozó jogszabályi rendelkezésektől lényegesen eltérő feltételek	21
XXVI. Egyéb rendelkezések	22
dr. MetOnline Asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések	24
I. A biztosított	24
II. Az asszisztencia szolgáltató	24
III. Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei	24
IV. Várakozási idő	24
V. Az asszisztencia szolgáltató 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatása	24

VI.	Az asszisztencia szolgáltató szakorvosi vizsgálat és konzultáció ajánlásával és megszervezésével, valamint második orvosi szakvélemény beszerzésével kapcsolatos szolgáltatása	25
VII.	Az asszisztencia szolgáltató online szolgáltatása	26
Nagyértékű diagnosztikai asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések		28
I.	Általános rendelkezésektől eltérő fogalmak	28
II.	A biztosított	28
III.	Az asszisztencia szolgáltató	28
IV.	Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei	28
V.	Várakozási idő	28
VI.	Az asszisztencia szolgáltató 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatása	28
VII.	Az asszisztencia szolgáltató Nagyértékű diagnosztikai szolgáltatása	29
VIII.	Online igénybejelentés és időpontfoglalás	30
IX.	Kizárások	30
X.	Megszűnés	31
Egynapos sebészeti asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések		32
I.	Általános rendelkezésektől eltérő fogalmak	32
II.	A biztosított	32
III.	Az asszisztencia szolgáltató	32
IV.	Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei	32
V.	Várakozási idő	33
VI.	Az asszisztencia szolgáltató 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatása	33
VII.	Az asszisztencia szolgáltató Egynapos sebészeti szolgáltatása	33
VII.	Kizárások	34
VIII.	Megszűnés	35
Függelék		36
Egynapos sebészeti asszisztencia biztosítás keretében igénybe vehető ellátások 2026. április 27-től érvényes listája		36

BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEKRE IRÁNYADÓ ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK I. RÉSZ

A MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás biztosítási szabályzatában (a továbbiakban: Biztosítási Szabályzat) foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szerződéseire (a továbbiakban együttesen mint: biztosítási szerződés vagy biztosítás) érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a biztosítási szabályzatra hivatkozással kötötték.

I. A biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok

1. A MetLife, Inc. (NYSE: MET) („MetLife”) a világ egyik legnagyobb életbiztosító társasága. Az 1868-ban alapított MetLife leányvállalatain és társvállalatain keresztül világszerte kínál életbiztosítási és életjáradék programokat, alkalmazotti juttatásokat, valamint vagyonekezelői szolgáltatásokat. A mintegy 100 millió ügyfelet kiszolgáló és a FORTUNE 100® közül 90 céggel együttműködő MetLife közel 50 országban van jelen, és piacvezető szerepet tölt be az Egyesült Államokban, Japánban, Latin-Amerika, Ázsia, Európa és a Közel-Kelet országokban.

A MetLife csoport tagjaként, a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe a magyar életbiztosítási piacon is értékálló hozamokat nyújtó és hosszú távú pénzügyi biztonság megteremtésére alkalmas megoldásokat kínál. A MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe számára fontos, hogy ügyfeleinek az elvártnál jobb minőségű szolgáltatást nyújtson, amelyre a jól felkészült kollégái jelentik a garanciát. További információért látogassa meg a www.metlife.hu honlapot.

2. A MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe adatai

Név: MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Jegyzett tőke: 10,7 milliárd forint

Székhely: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22.

Székhely állama: Magyarország

Cégjegyzékszám: 01-17-000934

Adószám: 25363926-2-41

Nyilvántartja: a Fővárosi Törvényszék Cégbírósága

Jogi forma: fióktelep

Postai cím: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22.

Telefonszám: +36 (1) 391 1300

Fax szám: +36 (1) 391 1660

E-mail cím: info@metlife.hu

Internetes honlap: www.metlife.hu

Panaszkezelő szervezeti egység: Ügyfélszolgálati Osztály

Ügyfélszolgálati osztály címe: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22.

Ügyfélszolgálati osztály telefonszáma: +36 (1) 391 1300

Ügyfélszolgálati osztály fax száma: +36 (1) 391 1660

Ügyfélszolgálati osztály e-mail címe: info@metlife.hu

Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank (Székhely: 1013 Budapest, Krisztina körút 55., Tel.: +36 (1) 428 2600, Fax: +36 (1) 429 8000, E-mail: info@mnbb.hu, Levélcím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest, Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6., Ügyfélszolgálati tel.: +36 (80) 203 776, Pénzügyi fogyasztóvédelem e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu)

A biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén eljáró hatóság: Pénzügyi Békéltető Testület (Levélcím: Pénzügyi Békéltető Testület 1525 Budapest, Pf.: 172, Ügyfélszolgálat címe: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6., Telefon: 06-1-489-9700, 06-80-203-776, E-mail: [E-mail: \[ugyfelszolgalat@mnbb.hu\]\(mailto:ugyfelszolgalat@mnbb.hu\)](mailto:E-mail:ugyfelszolgalat@mnbb.hu))

3. A MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe anyavállalatának adatai

Név: MetLife Europe d.a.c.

Székhely: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2

Székhely állama: Írország

Nyilvántartási szám: 415123

Nyilvántartást végző hatóság: Central Bank of Ireland

Jogi forma: részvénytársaság

Tulajdonosok: MetLife EU Holding Company Limited, American Life Insurance Company, MetLife Holdings (Cyprus) Limited, International Technical and Advisory Services Limited (ITAS)

Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóság: Ír Pénzügyi Szolgáltatások Hatóságának Központi Bankja (Székhely: Central Bank of Ireland, PO Box 559, New Wapping Street, North Wall Quay, Dublin 1, Írország) A fizetőképességről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentés: a MetLife Europe d.a.c. a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentést (SFCR) minden év június 30. napjáig teszi közzé a www.metlife.hu honlapon.

II. Panaszkezelés

1. A biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviseleti szervek (a továbbiakban együtt e pont alkalmazásában: ügyfél) a biztosító, az általa alkalmazott vagy megbízott ügynök vagy - adott termék kapcsán - általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, elektronikus levélben) közölhesse.
2. A biztosító
 - a) a szóbeli panaszt valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben, annak nyitvatartási idejében, ennek hiányában a székhelyén minden munkanapon 8 órától 16 óráig, de legalább a hét egy munkanapján 7 és 21 óra között legalább tizenkét órán keresztül folyamatosan,
 - b) a telefonon közölt szóbeli panaszt minden munkanapon 8 órától 16 óráig, de legalább a hét egy munkanapján 7 és 21 óra között legalább tizenkét órán keresztül folyamatosan,
 - c) az írásbeli panaszt elektronikus eléréssel - üzemzavar esetén megfelelő más elérhetőséget biztosítva – folyamatosan fogadja.
3. A biztosító a szóbeli panasz ügyfelek részére nyitva álló helyiségben vagy annak hiányában székhelyén történő kezelése esetén biztosítja, hogy az ügyfeleknek lehetőségük legyen elektronikusán és telefonon keresztül is a személyes ügyintézés időpontjának előzetes lefoglalására. A személyes ügyintézés időpontja igénylésének napjától számított 5 munkanapon belül a biztosító személyes ügyfélfogadási időpontot biztosít az ügyfél számára.
4. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézését. A biztosító az ügyintézőjének - a biztosító felé indított hívás sikeres felépülésének időpontjától számított - öt percen belüli élőhangos bejelentkezése érdekében úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.

5. A biztosító a szóbeli panaszt – a 6. pontban meghatározott eltéréssel - azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha az ügyfél a panasz kezelésével nem ért egyet, a biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek - a 7. pontban foglaltakkal egyidejűleg - megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
6. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek - a 7. pontban foglaltakkal egyidejűleg - megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
7. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi az ügyfélnek. A biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.
8. A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában írásban tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a pénzügyi közvetítőrendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, amennyiben a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül. A biztosító tájékoztatja a fogyasztót arról, hogy tett-e általános alávetési nyilatkozatot, megadja a Pénzügyi Békéltető Testület székhelyét, telefonos és internetes elérhetőségét, valamint levelezési címét, továbbá a fogyasztó külön kérésére megküldi a Pénzügyi Békéltető Testület által készített és a biztosító rendelkezésére bocsátott kérelem nyomtatványt.
9. A Magyar Nemzeti Bank és a Pénzügyi Békéltető Testület székhelye, levelezési címe, telefonos és internetes elérhetősége a jelen Biztosítási Szabályzat I. 2. pontjában található.
10. A biztosító az ügyfelek panaszai hatékony, átlátható és gyors kezelésének eljárásáról, a panaszügyintézés módjáról, valamint a 11. pont szerinti nyilvántartás vezetésének szabályairól szabályzattal (a továbbiakban: panaszkezelési szabályzat) rendelkezik. A biztosító a panaszkezelési szabályzatban tájékoztatja az ügyfelet a panaszügyintézés helyéről, levelezési címéről, elektronikus levelezési címéről, telefonszámáról és telefaxszámáról. A biztosító panaszkezelési szabályzata a honlapján, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségében, továbbá a székhelyén is elérhető.
11. A biztosító az ügyfelek panaszairól, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről nyilvántartást vezet.

III. A biztosítási titok és a személyes adatok kezelése

1. A biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggenek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.
2. Az 1. pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végez. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
3. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

-
4. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító az 1. pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezeli.
 5. A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
 6. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezeli, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
 7. A biztosító töröl minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
 8. A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
 9. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
 10. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
 - a) a biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
 - b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
 - c) a biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg,
 - d) a biztosító érdeke ezt az ügyféllel szemben fennálló követelése eladásához vagy követelése érvényesítéséhez szükségessé teszi.
 11. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Bit. 138.§ (1) bekezdésében meghatározott szervekkel szemben, többek között, de nem kizárólag:
 - a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal, az ügyészséggel, valamint a szabálysértési hatósági jogkörében eljáró rendőrséggel és a Nemzeti Adó- és Vámhivatallal,
 - c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal,
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
 - e) a 12. pontban foglalt esetekben az adóhatósággal,
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
 - j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,

-
- k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá - a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján - a károkozóval,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- p) fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,
- t) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,
- u) a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról szóló 2009. évi LXII. törvény szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal szemben, ha az a)-j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkéréssel, illetve írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)-s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját, és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.
12. A 11. e) pont alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
13. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben (a továbbiakban: Hpt.) meghatározott pénzügyi intézmény-nyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.

-
14. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
 15. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
 16. A biztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
 - a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
 17. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
 18. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
 19. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.
 20. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
 - a) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
 - b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.
 21. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben,
 - a) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - b) ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.
 22. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
 23. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

-
- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
24. A 23. pontban meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.
25. A biztosító („megkereső biztosító”) - a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz („megkeresett biztosító”) az e biztosító által - a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével - kezelt és a 27. pontban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.
26. A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.
27. A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatai,
- b) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok,
- c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi - az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatok,
- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok, és
- e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
28. A 25. pontban meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős a 25. pontban meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.
29. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti.
30. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés a 29. pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
31. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

32. A megkereső biztosító a 25. pontban meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít. Ha az ügyfél a személyes adataihoz hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a fentiekben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek tényéről tájékoztatja a kérelmezőt.
33. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 25. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
34. A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

IV. A személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatás

1. A biztosító az ügyfél személyes adatait az Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 rendelete a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) rendelkezései alapján kezeli.
2. A biztosító Adatkezelési Tájékoztatója a biztosító www.metlife.hu honlapján található. Az ügyfél kérésére a biztosító az Adatkezelési Tájékoztató papíralapú példányát is rendelkezésre bocsátja.

V. Adózási tudnivalók magánszemélyek részére élet-, baleset- és betegségbiztosítások esetén

1. Adómentes a magánszemély számára történő szolgáltatás, ha az haláleseti, baleseti, betegségi (egészségi), szolgáltatásnak minősül. Ezen kifizetésekhez kapcsolóan a magánszemélynek adókötelezettsége nincs.
2. Az előbbieken ismertetett szabály a jövőben változhatnak, ezért fontos, hogy az érintettek saját érdekében is kövessék a jogszabályváltozásokat, különösen a személyi jövedelemadóról szóló törvény, az egészségügyi hozzájárulásról szóló törvény, valamint az adózás rendjéről szóló törvény rendelkezéseinek esetleges változását. Az aktuális szabályokról a biztosító a honlapján folyamatos tájékoztatást nyújt.

VI. Tájékoztatás adóügyi illetőségről

1. A biztosító az Aktv. és a FATCA-törvény szerint előírt adóügyi illetőségvizsgálatot elvégzi, és ehhez az ügyfél szükséges adatait és nyilatkozatait kezeli. Amennyiben adóügyi szempontból a szerződő, illetve az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult amerikai, vagy egyéb külföldi illetőségű személynek minősül, úgy az Aktv., illetve a FATCA-törvény értelmében a biztosító a saját, valamint a szerződés adatait az automatikus információcsere érdekében az adóhatóság részére továbbítja.
2. A biztosító a szerződő, illetve annak a személynek az adatai és nyilatkozata alapján, aki a biztosító szolgáltatására jogosult a szerződést jelentendő, vagy nem jelentendő számlának minősíti, továbbá a szerződéskötést követően a biztosító jogosult a számla átminősítésére az Aktv., illetve a FATCA-törvényben előírt esetekben. A biztosító az általa kötött szerződések vonatkozásában folyamatosan figyelemmel kíséri az illetőségvizsgálathoz szükséges adatok és a szerződések értékének Aktv., valamint FATCA-törvény szempontjából jelentős változását.

VII. Késedelmi kamat

1. A biztosító a biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén jogosult a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) 6:48. § (1) bekezdésében meghatározott késedelmi kamatot felszámítani.
2. Amennyiben a díjfizetésre köteles szerződő a behajtási költségátalányról szóló 2016. évi IX. törvény szerint vállalkozásnak, vagy szerződő hatóságnak minősül, úgy a biztosító a biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén a késedelmi kamat mellett ugyanebben a törvényben meghatározott behajtási költségátalányra tarthat igényt.

VIII. A biztosításközvetítő

1. A biztosításközvetítő az a természetes vagy jogi személy, aki javadalmazás ellenében biztosításközvetítői tevékenységet végez.
2. A független biztosításközvetítő az ügyfél megbízásából eljáró biztosításközvetítő (a továbbiakban: alkusz).
3. A biztosításközvetítő az ügyféltől a biztosítónak járó biztosítási díjat, illetve a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget nem vehet át.

IX. Egyéb rendelkezések

A jelen Biztosítási Szabályzat az alábbi szabályzatokkal együtt érvényes:

- a) MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Biztosítási Szabályzat Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. rész
- b) dr. MetOnline Asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések
- c) Nagyértékű diagnosztikai asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések
- d) Egynapos sebészeti asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések

Budapest, 2026. április 27.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEKRE IRÁNYADÓ ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK II. RÉSZ

A MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Biztosítási Szabályzatában (a továbbiakban: Biztosítási Szabályzat) foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szerződéseire (a továbbiakban együttesen mint: biztosítási szerződés vagy biztosítás) érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a jelen Biztosítási Szabályzatra hivatkozással kötötték.

I. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos fogalmak

1. Aktuális biztosítási díj

A biztosítási tartam adott időpontjában érvényes biztosítási díj. Az aktuális biztosítási díj összege a biztosítási tartam során a jelen Biztosítási Szabályzatban meghatározott díjmódosítás következtében változhat.

2. Biztosítási díj

A szerződő által a biztosító kockázatvállalásának ellenértékeként fizetett rendszeres díj.

3. Biztosítási esemény

A biztosított életével, egészségével kapcsolatos olyan esemény, amelyet a jelen Biztosítási Szabályzat, illetve a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések” című szabályzat III. Rész” ekként határoz meg, és amely a biztosító szolgáltatását kiváltja.

4. Biztosítási év

A biztosítási szerződés hatálybalépésének napjától a következő év azonos napjáig, illetve minden azt követő év azonos napjáig terjedő időtartam. Amennyiben egy adott hónapban nincs olyan nap, amely a biztosítási szerződés hatálybalépésének napjával megegyezik, a biztosítási év kezdő napja a hiányzó napot követő nap. Amennyiben a jelen Biztosítási Szabályzat eltérően nem rendelkezik, úgy év alatt biztosítási évet kell érteni.

5. Biztosítottra vonatkozó biztosítási év

A biztosítottra vonatkozó kockázatviselés napjától a következő év azonos napjáig, illetve minden azt követő év azonos napjáig terjedő időtartam.

6. Biztosítási évforduló

A biztosítási év végének, egyben az új biztosítási év kezdetének a napja.

7. Biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló

A biztosítottra vonatkozó biztosítási év végének, egyben az új biztosítottra vonatkozó biztosítási év kezdetének a napja.

8. Biztosítási időszak

Egy hónap, amelynek kezdete a biztosítási szerződés hatálybalépésének napja, vége pedig a biztosítási időszak utolsó napja (fordulónap). A biztosítási időszak a fordulónapot követő napon újra kezdődik.

9. Biztosítottra vonatkozó biztosítási időszak

Egy hónap, amelynek kezdete a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés napja, vége pedig a biztosítottra vonatkozó biztosítási időszak utolsó napja (fordulónap). A biztosítottra vonatkozó biztosítási időszak a fordulónapot követő napon újra kezdődik.

10. Biztosítás tartama

A biztosítás tartama határozatlan, amennyiben a biztosító és a szerződő eltérően nem rendelkeznek.

11. Biztosítás lejárat

A biztosítás lejárat határozott tartamú biztosítás esetén a biztosítási tartam utolsó napja.

12. Biztosítási titok

Minden olyan, minősített adatot nem tartalmazó, a biztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló

adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

13. Biztosításközvetítő

Az a természetes vagy jogi személy, aki javadalmazás ellenében biztosításközvetítői tevékenységet végez.

14. Csatlakozási nyilatkozat

A biztosított nyilatkozata arra vonatkozóan, hogy a csoportos biztosításhoz biztosítottként csatlakozni kíván.

15. Díjfizetési tartam

A biztosítási tartamnak, illetve a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartamának az a része, amelyre a biztosítási díj esedékes.

16. Díjjal fedezett tartam

A biztosítási tartamnak, illetve a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartamának az a része, amelyre az esedékes díj megfizetésre került.

17. Ellátásszervező

A biztosító által megbízott, a biztosítottak részére nyújtott biztosítási szolgáltatások megszervezésében közreműködő jogi személy, amely a biztosított biztosítási igényének bejelentését követően a saját partneri hálózata útján megszervezi a biztosított részére járó ellátást, a biztosítási feltételek – különösen a jelen biztosítási szabályzat – alapján jogosult a szolgáltatásra való jogosultság vizsgálatára, az ellátás jogosságáról történő döntésre, valamint – szükség esetén – az ellátás költségének a szolgáltatók felé történő megtérítésére.

18. Értékkövetés

A biztosítási díjnak és a biztosítási összegnek az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása.

19. Fogyasztó

Az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.

20. Gazdálkodó szervezet

A gazdasági társaság, az európai részvénytársaság, az egyesülés, az európai gazdasági egyesülés, az európai területi társulás, a szövetség, a lakásszövetség, az európai szövetség, a vízgazdálkodási társulat, az erdőbirtokossági társulat, a külföldi székhelyű vállalat magyarországi fióktelepe, az állami vállalat, az egyéb állami gazdálkodó szerv, az egyes jogi személyek vállalata, a közös vállalat, a végrehajtói iroda, a közjegyzői iroda, az ügyvédi iroda, a szabadalmi ügyvivői iroda, az önkéntes kölcsönös biztosító pénztár, a magánnyugdíjpénztár, az egyéni cég, továbbá az egyéni vállalkozó, emellett gazdálkodó tevékenységével összefüggő polgári jogi kapcsolataiban az állam, a helyi önkormányzat, a költségvetési szerv, jogszabály alapján a költségvetési szervek gazdálkodására vonatkozó szabályokat alkalmazó egyéb jogi személy, a felsőoktatási intézmény, az egyesület, a köztestület, valamint az alapítvány.

21. Hirdetmény

A biztosítónak a biztosítási szerződésre vonatkozó közleménye, amelyet a biztosító a honlapján hoz nyilvánosságra.

22. Késedelmi kamat

A biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén a biztosító által felszámított, a Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben (a továbbiakban: Ptk.) meghatározott mértékű kamat.

23. Kezdeti biztosítási díj

A biztosítási szerződés létrejöttékor érvényes, a biztosítottra vonatkozó első biztosítási évre vonatkozó díj.

24. Rendszeres díj

A biztosítási időszak első napján esedékes és a biztosítás tartama alatt folyatólagosan fizetett díj.

25. Személyes adat

Azonosított vagy azonosítható természetes személyre („érintett”) vonatkozó bármely információ; azonosítható az a természetes személy, aki közvetlen vagy közvetett módon, különösen valamely azonosító, például név, szám, helymeghatározó adat, online azonosító vagy a természetes személy testi, fiziológiai,

genetikai, szellemi, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára vonatkozó egy vagy több tényező alapján azonosítható.

26. Területi és időbeli hatály

A területi hatály a világ összes országa, az időbeli hatály a kockázatviselés tartama, illetve a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama, kivéve, ha a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések III. Rész” című szabályzat eltérően nem rendelkezik.

27. Ügyfél

A szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy.

28. Ügymenet kiszervezése

A biztosító biztosítási vagy azzal közvetlenül összefüggő tevékenysége valamely részének végzésére más személy részére adott megbízás.

29. Vállalkozás

Az üzletszerű gazdasági tevékenységet folytató gazdálkodó szervezet.

II. A balesettel kapcsolatos fogalmak

1. Baleset

A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amely szakorvos által igazolt testi sérüléssel jár. Nem minősül balesetnek a betegségből eredő testi sérülés, a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a kihűlés, a napszúrás, a Nap általi égés és a hőguta, az öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülés és az orvosi műhiba.

2. Betegség

Olyan egészségkárosodás, amelyet a biztosított a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdő napját követően szenved el.

3. Orvos

A beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző személy, aki a beteg gyógykezeléséért felelőséggel tartozik, és aki orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkezik.

III. A biztosítási szerződés alanyai

1. Biztosító: A biztosító a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c.

2. Szerződő: A szerződő az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, annak elfogadása esetén a biztosítási szerződést a biztosítóval megkötö, és a biztosítási díjak fizetésére kötelezettséget vállal. A szerződő lehet bármely Magyarországon működő jogi személy, vagy egyéb gazdálkodó szervezet, amely az érdekkörébe tartozó természetes személyek számára a biztosítóval a biztosítási szerződésben meghatározottak szerint biztosítást köt, és a díjfizetést teljesíti. A jelen szerződés tekintetében a szerződő az IZYS Egészség- és Önségélyező Pénztár (székhely: 1051 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 20., cégjegyzékszám: 01 04 0000274).

3. Biztosított: A biztosított az a természetes személy, akinek az életével, egészségével kapcsolatos eseményre a biztosítási szerződés létrejön. A biztosítottak meghatározása valamely szervezethez való tartozásuk, a biztosítottak és a szerződő között fennálló jogviszony vagy egyéb kapcsolat alapján történik. A biztosított olyan személy lehet, aki a biztosítási szerződés megkötését követően a biztosításhoz való csatlakozásra vonatkozóan nyilatkozatot tett, és aki a csatlakozás időpontjában:

a) 18 és 69 év közötti,

b) a szerződő által kínált egészségpénztári szolgáltatásban pénztártagok vagy egy adott pénztártaghoz tartozó szolgáltatási kedvezményezettek.

-
4. **Kedvezményezett:** A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatására jogosult. A kedvezményezett jelen biztosítás minden szolgáltatása esetében a biztosított.

IV. A biztosítási szerződés létrejötte, tartama, a kockázatviselés kezdete és tartama

1. A biztosítási szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre.
2. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő kezdeményezi azzal, hogy ajánlatot tesz a biztosító részére.
3. A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító ellenkező megállapodásának hiányában határozatlan időre jön létre.
4. A biztosító kockázatviselése a biztosított vonatkozásában a csatlakozási nyilatkozat aláírásának napját követő hónap 16. napján 0.00 órakor kezdődik, feltéve, hogy addig a biztosítás első díja megfizetésre kerül. Amennyiben a biztosítás első díja a csatlakozási nyilatkozat aláírásának napját követő hónap 15. napját követően kerül megfizetésre, a biztosító kockázatviselése az első díj megfizetését követő hónap 16. napján 0 órakor kezdődik.
5. A kockázatviselés tartama az egyes biztosítottak vonatkozásában határozatlan, azzal, hogy a kockázatviselés megszűnik annak a biztosítottra vonatkozó biztosítási időszaknak a végével, amely biztosítási időszak alatt a biztosított a 70. életévét betölti.
6. A biztosított az aktuális biztosítási időszak végével, legkésőbb a biztosítási időszak végét megelőző 5. napig csoporttagságáról lemondhat a szerződő elektronikus levelezési címére (ugyfelszolgalat@izys.hu) küldött nyilatkozatával. Amennyiben a csoporttagságáról való lemondás a vonatkozó biztosítási időszak végét megelőző 5. napon belül érkezik meg a szerződőhöz, akkor a jogviszony az azt követő biztosítási időszak végével szűnik meg.

V. A biztosított a Csoport Biztosításhoz történő csatlakozása

1. A biztosított a Csoportos Biztosításhoz a csatlakozási nyilatkozat elnevezésű dokumentum kitöltésével és aláírásával csatlakozhat.
2. Amennyiben a biztosított személye nem azonos a pénztártaggal (hanem a pénztártag kedvezményezettje), a pénztártag kedvezményezettjére áthárított díjrész az érintett pénztártag egészségpénztári számlájáról kerül levonásra.
3. A biztosított csatlakozása a csatlakozási nyilatkozat rögzítésével a biztosító által automatikusan elfogadottnak minősül, a biztosító külön tájékoztatása nélkül.

VI. Biztosítási érdek

A biztosítási szerződést a szerződő a biztosított mint érdekelt személy javára köti meg. A biztosítási szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, ha a szerződést nem ő köti meg. A biztosított ezen hozzájárulását a csatlakozási nyilatkozat kitöltésével és annak sajátkezü aláírásával teszi meg.

VII. Várakozási idő

1. A biztosító kikötheti, hogy a biztosítási esemény kockázatát csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő későbbi időponttól vállalja. A várakozási idő legfeljebb 180 nap lehet.
2. A várakozási idő tartamát a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések III. Rész” című szabályzat tartalmazza.
3. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül bekövetkezik, a biztosító biztosítási szolgáltatást nem nyújt.

VIII. Belépés a szerződésbe

A biztosított a biztosítási szerződésbe nem léphet be.

IX. A biztosítási szerződés megkötését követő tájékoztatás

1. A biztosítási szerződéshez történő csatlakozást követően a szerződő írásban tájékoztatja a biztosítottat - pénztártag kedvezményezettje esetén a pénztártagot - a biztosított csatlakozási nyilatkozatának elfogadásáról, illetve a rá vonatkozó biztosítási jogviszony részleteiről.
2. A biztosító lehetővé teszi, hogy a szerződő és a biztosított mindenkor tájékozódhasson biztosítási szerződéséről, illetve a rá vonatkozó fedezetekről. A tájékoztatást a biztosító az alábbi elérhetőségeken biztosítja:
 - a) a biztosító ügyfélszolgálatán hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8:30 és 17:00 óra között, pénteki munkanapon 8:30 és 16:00 óra között,
 - b) a biztosító központi telefonszámán hétfői munkanapon 8:00 és 20:00 óra között, keddtől csütörtökig tartó munkanapokon 8:00 és 17:00 óra között, pénteki munkanapon 8:00 és 16:00 óra között,
3. A biztosítónak a szerződő felet kell tájékoztatnia; a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a biztosítottat tájékoztatni.

X. Közlési és változásbejelentési kötelezettség

1. A szerződő és a biztosított fél köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő és a biztosított fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
2. A szerződő fél köteles a lényeges körülmények változását a biztosítónak írásban bejelenteni. Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a biztosító kérdést tett fel. Lényeges körülménynek minősülnek, egyebek között, a szerződő azon személyes adatai, amelyeket a szerződő a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény („Pmt.”) alapján történő ügyfél-átvilágítás során a biztosítónak megadott; ezen adatok változását a szerződő a változástól számított 5 munkanapon belül köteles bejelenteni.
3. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
4. Ha a biztosítási szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.
5. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

XI. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megszegésének következménye életbiztosítási és egészségbiztosítási szerződés esetén

1. Ha a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében gyakorolhatja.
2. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
3. Az 1-2. pont rendelkezéseit a biztosítási szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló öt éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

XII. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási szolgáltatásait az ellátásszervezőn keresztül nyújtja.
2. A biztosított a biztosítási szolgáltatás iránti igényét az ellátásszervezőnél jelenti be. Az ellátásszervező a saját partneri hálózatán keresztül (a továbbiakban: Szolgáltatók) megszervezi a biztosított részére járó ellátást, annak eredményéről a biztosítottat tájékoztatja, valamint - szükség esetén - az ellátás költségét a Szolgáltatók felé megtéríti.
3. Az ellátásszervező jogosult a biztosítás feltételeinek, így különösen a jelen biztosítási szabályzatban foglalt rendelkezéseknek a vizsgálatára, és ennek alapján dönt az ellátásra való jogosultság fennállásáról. Amennyiben az ellátásszervező a szolgáltatás iránti igényt elutasítja, az elutasítás tényéről a biztosítottat tájékoztatja.
4. A biztosítási események és a biztosítási szolgáltatások meghatározását a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések III. Rész” című szabályzat tartalmazza.

XIII. A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól

1. A jelen Biztosítási Szabályzat hatálya alá tartozó biztosítási szerződéseknek visszavásárlási értéke nincs, ezért a szerződőt a visszavásárlási összeg kifizetésére irányuló maradékjog nem illeti meg.
2. További mentesülési szabályokat a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések III. Rész” című szabályzat tartalmazza.

XIV. A biztosítási kockázat jelentős növekedése

1. Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés módosítására, vagy a biztosítási szerződést 30 napra írásban felmondhatja.
2. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, úgy a biztosítási szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.
3. Ha a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése csak egyes biztosítottakkal összefüggésben merül fel, úgy a biztosító az 1. és 2. pontban meghatározottakat kizárólag az érintett biztosított(ak) vonatkozásában gyakorolhatja.

XV. A biztosítás díja, a biztosítási díj módosítása

1. A biztosítás díja a biztosítási szerződés teljes tartamára, illetve a biztosítottak vonatkozásában a biztosítottokra vonatkozó kockázatvállalás teljes tartamára esedékes.
2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján történik.
3. A biztosítási díj a biztosítóhoz való beérkezéssel minősül megfizetettnek, kivéve, ha a megfizetett díj biztosítási szerződéssel való azonosítása nem lehetséges. Ez utóbbi esetben a díj a biztosítási szerződéssel való azonosítással minősül megfizetettnek.
4. A biztosítási díjat a szerződő fizeti meg a biztosító részére.
5. A szerződő az adott biztosítottokra vonatkozó biztosítási díjat a kockázatviselés időtartama alatt a biztosítottakra (a pénztártag kedvezményezettje esetén a pénztártagra) áthárítja. Ennek jogalapja a biztosítottak/pénztártagok, csatlakozási nyilatkozat során tett, meghatalmazó nyilatkozata, melynek alapján a biztosítottak/pénztártagok meghatalmazzák a szerződőt, hogy a szerződőnél vezetett egészségpénztári számlájukról a díjfizetési gyakoriság szerinti, áthárított biztosítási díjat rendszeresen levonja.

6. Az első biztosítási díj levonására a biztosított csatlakozási nyilatkozatának biztosított általi aláírását, valamint a csatlakozás tényének a szerződő általi rögzítését követően kerül sor a csatlakozás napját követő hónap 15. napján. A szerződő ezt követően a biztosítási díjat havonta, minden hónap 15. napján vonja le a biztosított szerződőnél vezetett egészségpénztári számlájáról. Amennyiben a levonás napja munkaszüneti napra esik, úgy a levonás az azt követő munkanapon történik.
7. A szerződő az áthárított és a részére megfizetett biztosítási díjat havonta, minden naptári hónapot követő hónap 5. munkanapján fizeti meg a biztosító részére.
8. A biztosító évente egy alkalommal, a biztosítási szerződés megkötésének napjával megegyező naptári napon jogosult a biztosítás díját módosítani. A biztosítási díj módosítása a biztosítottak vonatkozásában a biztosítottakra vonatkozó biztosítási évforduló napjától érvényes. A biztosító a díj módosításának időpontjában jogviszonyban álló biztosítottak vonatkozásában a módosított díj alkalmazásától eltekinthet. A biztosítási díj módosítását követően a biztosítási szerződéshez csatlakozó biztosítottakra a módosított díj iránymódosító. A díj módosulásáról a szerződő írásban értesíti a pénztártagokat.
9. A biztosító abban az esetben jogosult a biztosítási díjat módosítani, ha a biztosítás profit elvárása nem teljesül, melynek oka lehet különösen, de nem kizárólag a biztosítási szerződés egyes paramétereinek, így pl. a belépési kor változása, a biztosítási szerződést érintő költségek változása, a törlési mutatók kedvezőtlen változása, stb.

XVI. Értékkövetés (indexálás)

1. A biztosítási szerződés nem rendelkezik az értékkövetés lehetőségével.

XVII. Díjfizetési kötelezettség a biztosítási szerződés megszűnése esetén

1. A szerződés megszűnésekor a biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni.

XVIII. A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának következményei

1. Sikertelen díjfizetés esetén - így különösen, ha a pénztártag egészségpénztári számláján nem áll rendelkezésre a díj levonásához szükséges fedezet - a szerződő írásban fizetési felszólítást küld a biztosított részére, illetve amennyiben a biztosított a pénztártag kedvezményezettje, úgy a pénztártag részére. A fizetési felszólítás tartalmazza a díjhátralék összegét, valamint tájékoztatást arról, hogy a díj megfizetésére a tárgyhónapot követő hónap 15. napjáig van lehetőség.
2. A szerződő a biztosított értesítése mellett a biztosítási díj levonását a sikertelen terhelést követően bizonyos időközönként ismét megkísérli.
3. Amennyiben a biztosított (a pénztártag kedvezményezettje esetén a pénztártag) a biztosítási díjat a fizetési felszólításban meghatározott határideig nem fizeti meg, úgy a biztosítottra vonatkozó fedezet a biztosítási díj esedékességének napjára visszamenő hatállyal megszűnik.
4. Amennyiben a biztosított (a pénztártag kedvezményezettje esetén a pénztártag) a díj esedékességét követő második hónap 15. napjáig az elmaradt biztosítási díjat megfizeti, a biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet az esedékesség napjára visszamenőlegesen hatállyal ismételtelen hatályba lép.

XIX. A biztosítási esemény és a biztosítási esemény bejelentésére vonatkozó kötelezettség

1. A biztosítási események körét és a biztosítási szolgáltatást a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések III. Rész” című szabályzat tartalmazza.
2. A biztosítási szolgáltatás iránti igényét a biztosított az ellátásszervezőnél jelzi, a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések III. Rész” című szabályzatban foglaltak alapján.
3. A biztosító az ellátásszervezőn keresztül a biztosítottól a Biztosítási Szabályzattal összhangban a biztosítási igények elbírálásához és a szolgáltatási összeg megállapításához szakorvosi javaslatot vagy szakorvosi javaslatot tartalmazó ambuláns lapot / vizsgálati lapot kérhet be.

-
4. A felsorolt okiratokon túl a szerződőnek, illetve a biztosítottak joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására.
 5. Amennyiben a szükséges okiratok nem magyar nyelven készültek, azok hiteles magyar fordításának beszerzése, illetve a fordítás költsége a biztosítási szolgáltatásra jogosult személyt terheli.
 6. Az ellátásszervező a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához szükséges okiratokról, illetve egyéb bizonyítékokról a biztosítási szolgáltatásra jogosultat tájékoztatja.
 7. Amennyiben az okirat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a biztosítási szolgáltatásra jogosult személy kötelezettsége.
 8. Az okiratok beszerzésével kapcsolatos költséget az köteles viselni, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

XX. Kizárások

1. A biztosítási szolgáltatást érintő kizárásokat a „Biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések III. Rész” című szabályzat tartalmazza.

XXI. A biztosítási szerződés megszűnése

1. A biztosítási szerződés a Biztosítási Szabályzatban meghatározott eseteken kívül megszűnik:
 - a) a felek közös megegyezésével,
 - b) a felek rendes vagy rendkívüli felmondásával,
 - c) a felek bármelyikének jogutód nélküli megszűnésével,
 - d) a felek bármelyike tevékenységi engedélyének felfüggesztésével, vagy visszavonásával,
 - e) a felek bármelyikével szemben indult csőd-, vagy felszámolási eljárás esetén, az eljárások elrendelésének napján.
2. A biztosítási szerződés megszűnéséig a biztosítási díj esedékes.
3. A biztosítási szerződés megszűnését követő időszakra megfizetett díjat a biztosító a szerződő részére visszafizeti.
4. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik az alábbi esetekben:
 - a) a biztosított a szerződővel való jogviszonyának megszűnésekor az aktuális biztosítási időszak végével;
 - b) annak a biztosítási időszaknak a végén, amelyben a biztosított betölti a 70. életévét;
 - c) a biztosított halála napján 24 órakor;
 - d) biztosított 100 százalékos rokkantsága vagy egészségkárosodása esetén, a rokkantság megállapításának biztosítási időszakának végén;
 - e) amennyiben a biztosított a rá áthárított biztosítási díjat a díj esedékességét követő hónap 15. napjáig nem fizeti meg, az utolsó díjjal rendezett biztosítási időszak végével;
 - f) a biztosítottak joga van a rá vonatkozó biztosítási jogviszonyt megszüntetni a szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal. Ebben az esetben a kockázatviselés a IV/6. pont szerint szűnik meg;
 - g) a Csoportos Biztosítás megszűnése esetén, annak utolsó hatálynapjával.

XXII. Jognyilatkozatok

1. A biztosítóhoz intézett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban tették és az a biztosító székhelyére megérkezett.
2. A postán, faxon vagy elektronikus levélben elküldött, valamint a személyesen átadott papíralapú nyilatkozat írásbelinek minősül, amennyiben azt a biztosító postai címére, telefax számára, elektronikus levelezési címére küldték meg, illetve a biztosító székhelyén adták át.
3. A biztosítóhoz elektronikus levélben elküldött nyilatkozat abban az esetben hatályos, ha az elektronikus levelezési cím, amelyről a nyilatkozatot küldték, a küldő személyéhez kapcsolt, a biztosító által nyilvántartott elektronikus levelezési cím, és az elektronikus levélhez csatolták az ügyfél által aláírt szkennelt nyilatkozatot.
4. A biztosító jogosult a faxon vagy elektronikus levélben megküldött nyilatkozatokat, dokumentumokat eredetiben is bekérni.
5. A biztosítóhoz a biztosító telefonszámán tett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha a nyilatkozatot a szerződő biztonsági kód (PIN kód) használatával tette.
6. A biztosító postai úton küldött küldeményeit az elküldést követő 5. munkanapon kézbesítettnek kell tekinteni, ideértve azt az esetet is, ha a küldemény a címzett – biztosító által nyilvántartott – címéről „ismeretlen helyre költözött” vagy „nem kereste” jelzéssel érkezik vissza.
7. Postai úton tértivevénnyel történő közlés esetében a biztosító által küldött küldeményt, ha annak átvételét a címzett megtagadta, úgy az átvétel megtagadásának napján, ha a küldeményt a címzett vagy annak képviselője aláírásával elismerte, úgy az átvétel napján kell kézbesítettnek tekinteni.
8. Az elektronikus úton küldött küldeményeket az elküldés napján kell kézbesítettnek tekinteni.
9. A biztosítóhoz címzett, távollévők között tett jognyilatkozat a biztosítóhoz való megérkezéssel, míg az elektronikus úton tett szerződési jognyilatkozat akkor válik hatályossá, amikor az a biztosító számára hozzáférhetővé válik.
10. A szerződő a biztosító részére megadott székhelyének, lakcímének, levelezési címének és elektronikus levelezési címének megváltozásáról a biztosítót a változást követő 5 munkanapon belül postai úton, vagy elektronikus levélben tájékoztatni köteles.

XXIII. Elévülés

1. A biztosítási szerződésből eredő igények 5 év alatt évülnek el. Az elévülés akkor kezdődik, amikor a követelés esedékessé válik.
2. Amennyiben a biztosítási szolgáltatásra jogosult igényét az elévülési határidő elteltét követően az elévülés nyugvása vagy megszakítása következtében érvényesíti, a biztosító a biztosítási szolgáltatást kamatmentes letétként kezeli.

XXIV. Irányadó jog, joghatóság kikötése

1. A biztosítási szerződésre, amennyiben a felek másként nem állapodnak meg, vagy jogszabály eltérően nem rendelkezik, a magyar jog és az Európai Unió joga irányadó.
2. Amennyiben a szerződő fél a biztosítási szerződés létrejöttének időpontjában Magyarországon rendelkezik székhellyel, lakóhellyel, vagy szokásos tartózkodási hellyel, úgy a szerződésből eredő jogviták rendezésére kizárólag a magyar bíróságok jogosultak.

XXV. A biztosítási szerződésre vonatkozó jogszabályi rendelkezésektől lényegesen eltérő feltételek

1. A jelen Biztosítási Szabályzat eltér a Ptk. 6:361. § (4) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy amennyiben a biztosítási szolgáltatásra jogosult igényét az elévülési határidő elteltét követően az elévülés nyugvása vagy megszakítása következtében érvényesíti, a biztosító a biztosítási szolgáltatást kamatmentes letétként kezeli.

-
2. A jelen Biztosítási Szabályzat eltér a Ptk. 6:443. § (1) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a biztosító az írásban létrejött biztosítási szerződés esetén is biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot állít ki.
 3. A jelen Biztosítási Szabályzat eltér a Ptk. 6:7. § rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a faxon vagy elektronikus levélben elküldött nyilatkozat is írásbelinek minősül, amennyiben azt a biztosító telefax számára, elektronikus levelezési címére küldték meg.
 4. A jelen Biztosítási Szabályzat eltér a Ptk. 6:483. § (1) bekezdésének és 6:466. § (1) bekezdésének rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy a szerződő a biztosítási szerződést azonnali hatállyal felmondhatja.
 5. A jelen Biztosítási Szabályzat eltér a Ptk. 6:63. § (5) bekezdés rendelkezéseitől, mivel úgy rendelkezik, hogy nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a felek esetleges korábbi szerződéses/ üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

XXVI. Egyéb rendelkezések

1. Nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.
2. A Biztosítási Szabályzat, annak mellékleteivel együtt, a biztosító és a szerződő között a biztosítási szerződés megkötésére irányuló egyéb megállapodás, és a biztosítottak csatlakozási nyilatkozata a biztosítási szerződés valamennyi feltételét tartalmazza, az írásbeli szerződésbe nem foglalt korábbi megállapodások hatályukat veszítik.
3. A biztosító kizárólag azzal a feltétellel köt biztosítási szerződést, hogy a szerződő nem áll semmilyen:
 - a) az ENSZ határozataiban rögzített szankció, korlátozás vagy tilalom alatt, vagy
 - b) az EU vagy az USA által kihirdetett bármilyen kereskedelmi vagy gazdasági szankció, illetve törvényi, jogszabályi szankciós rendelkezés hatálya alatt, ideértve az EU pénzügyi szankciós rendeleteit és az U.S. Department of the Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) által kiadott egységes szankciós listát is.
4. A biztosítási szerződésben nem lehet érvényesen megjelölni olyan biztosítottat, kedvezményezettet, illetve szolgáltatásra/kifizetésre jogosult egyéb olyan személyt (a továbbiakban együttesen: kifizetésre jogosult), akik a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.
5. A biztosítási szerződés, illetve annak megfelelő része megszűnik, amennyiben a szerződő, illetve a kifizetésre jogosult a szerződés megkötését követően a fenti szankciók, korlátozások, vagy tilalmak hatálya alá kerül. Ilyen esetben a szerződés megszűnésének időpontja a szankció, a korlátozás, vagy a tilalom hatálybalépésének napja.
6. A biztosító nem teljesít szolgáltatást vagy egyéb kifizetést, amennyiben a kifizetésre jogosultak a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.
7. A biztosító a biztosítási alapú befektetési termékek kivételével a termékeit tanácsadás nélkül értékesíti.
8. Amennyiben a szerződő a biztosítási terméket egy csomag vagy ugyanazon megállapodás részeként olyan áru vagy szolgáltatás kiegészítőjeként vásárolja meg, amely nem biztosítás, úgy az áru vagy a szolgáltatás külön történő megvásárlásának lehetőségéről az eladó, illetve a szolgáltató köteles tájékoztatást adni.
9. A jelen Biztosítási Szabályzat az alábbi szabályzatokkal együtt érvényes:
 - a) dr. MetOnline Asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések
 - b) Nagyértékű diagnosztikai asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések

c) Egynapos sebészeti asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések

Budapest, 2026. április 27.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

dr. MetOnline Asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Dr. MetOnline Asszisztencia biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Biztosítási Szabályzata Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Biztosítási Szabályzata Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.
3. A biztosítási szolgáltatást a biztosítottal egy háztartásban élő hozzátartozója is igénybe veheti. A biztosított és a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a továbbiakban ügyfélként kerül meghatározásra.

II. Az asszisztencia szolgáltató

1. Az asszisztencia szolgáltatásokat a Teladoc Hungary Tanácsadó és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság (székhelye: 1083 Budapest, Szigony utca 26-32. 3. emelet), (a továbbiakban: asszisztencia szolgáltató) nyújtja.
2. A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltatást nyújtó személyének módosítására.

III. Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei

Az ügyfél telefonhívását követően az asszisztencia szolgáltató az ügyfél neve, születési helye és ideje, valamint az egészségpénztári tagi azonosítója alapján azonosítja az ügyfelet és ellenőrzi jogosultságát a szolgáltatás igénybevételére.

IV. Várakozási idő

A biztosító a második orvosi vélemény szolgáltatást csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével nyújtja, kivéve, ha a második orvosi szakvélemény szolgáltatásra balesettel összefüggésben bekövetkezett betegség vagy egészségi állapottal kapcsolatban kerül sor.

V. Az asszisztencia szolgáltató 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatása

1. Az asszisztencia szolgáltató az év minden napján, 24 órában, a +36 1 999 5009 telefonszámon fogadja az ügyfél hívását, amely rögzítésre kerül.
2. Az ügyfélnek lehetősége van az asszisztencia szolgáltatónál online, az asszisztencia szolgáltató internetes felületén is igényelni a szolgáltatást.
3. Az asszisztencia szolgáltató a következőkről ad tájékoztatást magyar és angol nyelven:
 - a) betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
 - b) gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásairól, helyettesíthetőségéről, áráról,
 - c) orvosi-, gyermekorvosi-, fogorvosi ügyeletekről,
 - d) ügyeletes gyógyszertárakról,

-
- e) egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
 - 4. Az asszisztencia szolgáltató által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre az ügyfél figyelmét a telefonbeszélgetés előtt szóban is felhívja.
 - 5. Orvosszakmai kérdés esetén az asszisztencia szolgáltató az ügyfél hívását orvosnak továbbítja, aki megválaszolja az ügyfél kérdéseit. Egyéb kérdés esetében az asszisztencia szolgáltató a különös rendelkezések VI. fejezetében meghatározott szolgáltatást nyújtja.

VI. Az asszisztencia szolgáltató szakorvosi vizsgálat és konzultáció ajánlásával és megszervezésével, valamint második orvosi szakvélemény beszerzésével kapcsolatos szolgáltatása

- 1. Amennyiben az ügyfél, a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesete vagy előzmény nélkül kialakult betegsége miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, úgy az asszisztencia szolgáltató segítséget nyújt abban, hogy megtalálja az ügyfél szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás vagy konzultáció térítéses szolgáltatásként igénybe vehető.
- 2. Az asszisztencia szolgáltató az ügyfél kérése esetén a szakorvosi vizsgálat vagy a konzultáció megszervezését is vállalja.
- 3. Az asszisztencia szolgáltató által megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját az ügyfél fizeti.
- 4. A szakorvosi vizsgálat vagy a konzultáció megszervezésének határideje az ügyfél igényének előterjesztésétől számított 10 munkanap.
- 5. Amennyiben az ügyfél a számára megrendelt szolgáltatást a megszervezett időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről a szolgáltatás időpontját megelőzően legalább 1 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy a szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.
- 6. Az ügyfél balesetével vagy súlyos betegségével kapcsolatban magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, nemzetközileg elismert, általában külföldi szakorvos által készített orvosi távszakvélemény („második orvosi vélemény”) elkészítését kezdeményezheti, feltéve, ha a baleset, illetve a súlyos betegség a biztosított biztosítási jogviszonyának kezdetét követően következett be vagy alakult ki, és a súlyos betegség nem áll összefüggésben olyan betegséggel, amely a biztosított jogviszony létrejöttét megelőzően fennállt.
- 7. A második orvosi vélemény az alábbi betegségek esetén igényelhető:
 - a) az életet fenyegető rosszindulatú daganatos megbetegedés,
 - b) szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészeti beavatkozást szükségessé tevő kórképeket,
 - c) szervátültetések,
 - d) neurológiai és idegsebészeti betegségek,
 - e) az idegrendszer degeneratív betegségei,
 - f) a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és állapotok,
 - g) az életet fenyegető egyéb betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.
- 8. A 7. pontban nem meghatározott betegségek, állapotok esetén az asszisztencia szolgáltató a második orvosi vélemény nyújtása tekintetében mérlegelési jogkörrel rendelkezik.
- 9. A második orvosi vélemény örökletes vagy veleszületett betegségek, illetve rendellenességek esetén nem vehető igénybe.
- 10. A második orvosi vélemény igénybevételének a további feltételei vannak:
 - a) az asszisztencia szolgáltató által megküldött kérdőív kitöltése,

-
- b) jogi nyilatkozat aláírása, és mindezek megküldése az asszisztencia szolgáltató részére.
11. Az igény beérkezését követően az asszisztencia szolgáltató esetfelelős orvost jelöl ki, akinek feladata a következő:
- a) az ügyféltől dokumentáció bekérése és ezek összesítése,
- b) második orvosi vélemény iránti igény jogosságának orvos-szakmai szempontú mérlegelése,
- c) második orvosi véleményt adó orvos kiválasztása, részére a dokumentáció megküldése, illetve az eset kezelése folyamán a kapcsolattartás,
- d) a második orvosi vélemény végső formájának összeállítása.
12. Az asszisztencia szolgáltató a második orvosi véleményt postán vagy elektronikusan küldi meg az ügyfél részére.
13. Az asszisztencia szolgáltató a második orvosi vélemény átadása után további konzultációt biztosít az ügyfél számára, amennyiben erre igényt tart.
14. A biztosító mentesül a második orvosi vélemény beszerzésének kötelezettsége alól, amennyiben az ügyfelet a második orvosi vélemény tárgyát képező betegség tekintetében Magyarországon orvos nem vizsgálta meg, így betegségről nem áll rendelkezésre dokumentáció.
15. A második orvosi vélemény igénylésekor az ügyfélnek a csatolnia kell az esetről készült orvosi/kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetszövetmintákat, és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell az asszisztencia szolgáltató által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket.
16. Az ügyfél kérésére és felhatalmazásával az asszisztencia szolgáltató kapcsolatba lép a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a megfelelő második orvosi véleményhez szükséges információt.
17. A második orvosi vélemény iránti kérelem benyújtása magyar nyelven történik. A második orvosi vélemény kiállítása magyar és angol nyelven történik, eltérés esetén az angol nyelvű szöveg irányadó.
18. A második orvosi vélemény az ügyfél által benyújtott adatok megbízhatóságától és pontosságától függ.
19. A második orvosi vélemény nem használható fel az ügyfél kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.
20. A második orvosi vélemény elkészítésének határideje 15 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges összes dokumentum és lelet az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll.

VII. Az asszisztencia szolgáltató online szolgáltatása

Az online szolgáltatások igénybevételéhez az ügyfél az e-mail címének megadásával regisztrálja magát az asszisztencia szolgáltató www.drmetonline.hu internetes oldalán. Jogosult felhasználó esetében az asszisztencia szolgáltató e-mail visszaigazoláson keresztül megerősíti az ügyfél regisztrációját, és ettől kezdve válik jogosulttá az ügyfél az online szolgáltatások igénybevételére.

1. Online orvosi tanácsadás
- a) Az asszisztencia szolgáltató orvosa az ügyfél online felületen, e-mail üzenet formájában eljuttatott kérdéseit az üzenet fogadásától számított 24 órán belül megválaszolja.
- b) A válaszok kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesíthetik a személyes orvosi vizsgálatot.
2. Online táplálkozási tanácsadás

-
- a) Az asszisztencia szolgáltató dietetikusa az ügyfél online felületen, e-mail üzenet formájában eljuttatott, egészséges táplálkozással, diétával kapcsolatos kérdéseit az üzenet fogadásától számított 24 órán belül megválaszolja, illetve ez irányú kérés esetén telefonon tájékoztatja az ügyfelet.
- b) A válaszok kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesíthetik a személyes orvosi vizsgálatot.
3. Szakorvosi vizsgálat és szűrővizsgálat megszervezése
- a) Amennyiben az ügyfél betegsége vagy balesete miatt szakorvosi vizsgálatra vagy szűrővizsgálatra szorul, online felületen, e-mail üzenet formájában kérheti ezek megszervezését, vagy jelezheti, hogy ezzel kapcsolatban visszahívást kér. Az asszisztencia szolgáltató az üzenet fogadásától számított 2 munkanapon belül írásban választ küld, vagy visszahívja az ügyfelet, és a telefonbeszélgetés során tisztázza a fentiek megszervezésével kapcsolatos körülményeket.
- b) A szakorvosi vizsgálat és a szűrővizsgálat költségeit az ügyfél viseli.
- c) Amennyiben az ügyfél a megrendelt szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább 2 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy az ügyfél a megszervezett szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.
4. Online egészségfelmérés
- a) Az ügyfél az egészségügyi szolgáltató életmóddal, szív- és érrendszeri kockázatokkal kapcsolatos kérdéseket tartalmazó kérdőívének kitöltésével életmód tanácsot és értékelést kérhet.
5. Online orvoskereső és időpontfoglaló felület
- a) A biztosító asszisztencia szolgáltatója a www.drmetonline.hu internetes oldal (Egészségportál) felületére belépve egy térképes szolgáltatókereső felületet biztosít a biztosítottak számára, melynek segítségével elhelyezkedés, orvosi szakterület és a rendelkezésre álló vizsgálatok alapján választható ki az egészségügyi szolgáltató, ahol a biztosított orvosi ellátást vehet igénybe. A felületen elérhető az egészségügyi szolgáltató részletes bemutatása és a biztosított egy kedvezményigazolást is letölthet, mely adott egészségügyi szolgáltatónál díjkedvezmény igénybevételére jogosít.
- b) Az Egészségportálon megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját az ügyfél fizeti.

Budapest, 2026. április 27.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Nagyértékű diagnosztikai asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Nagyértékű diagnosztikai asszisztencia biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Biztosítási Szabályzata Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Biztosítási Szabályzata Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. Általános rendelkezésektől eltérő fogalmak

1. Előzmény nélküli betegség

A kockázatviselés ideje alatt fellépő olyan betegség, ami vagy amelyre vonatkozó előzmény a kockázatviselés kezdetét megelőzően nem állt fenn, vagy a kockázatviselés kezdetét megelőzően nem merült fel olyan tünet, sérülés, betegség, elváltozás vagy maradandó károsodás, amelyekkel okozati összefüggésbe hozható. Előzmény nélküli továbbá a betegség, ha a kockázatviselés kezdetét megelőző balesettel sincs összefüggésben.

II. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

III. Az asszisztencia szolgáltató

1. Az asszisztencia szolgáltatásokat a Teladoc Hungary Tanácsadó és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság (székhelye: 1083 Budapest, Szigony utca 26-32. 3. emelet), (a továbbiakban: asszisztencia szolgáltató) nyújtja.
2. A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltatást nyújtó személyének módosítására.

IV. Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei

Az ügyfél telefonhívását követően az asszisztencia szolgáltató az ügyfél neve, születési helye és ideje, valamint az egészségpénztári tagi azonosítója alapján azonosítja az ügyfelet és ellenőrzi jogosultságát a szolgáltatás igénybevételére.

V. Várakozási idő

A biztosító a Nagyértékű diagnosztikai asszisztencia szolgáltatást csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 60 nap elteltével nyújtja, kivéve, ha a Nagyértékű diagnosztikai asszisztencia szolgáltatásra balesettel összefüggésben bekövetkezett betegség vagy egészségi állapottal kapcsolatban kerül sor.

VI. Az asszisztencia szolgáltató 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatása

1. Az asszisztencia szolgáltató az év minden napján, 24 órában, a +36 1 999 5009 telefonszámon fogadja az ügyfél hívását, amely rögzítésre kerül.
2. Az ügyfélnek lehetősége van az asszisztencia szolgáltatónál online, az asszisztencia szolgáltató internetes felületén is igényelni a szolgáltatást.
3. Az asszisztencia szolgáltató a következőkről ad tájékoztatást magyar és angol nyelven:

-
- a) betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
 - b) gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásairól, helyettesíthetőségéről, áráról,
 - c) orvosi-, gyermekorvosi-, és fogorvosi ügyeletekről,
 - d) ügyeletes gyógyszerárakról,
 - e) egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
4. Az asszisztencia szolgáltató által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre az ügyfél figyelmét a telefonbeszélgetés előtt szóban is felhívja.
 5. Orvosszakmai kérdés esetén az asszisztencia szolgáltató az ügyfél hívását orvosnak továbbítja, aki megválaszolja az ügyfél kérdéseit. Egyéb kérdés esetén az asszisztencia szolgáltató a különös feltételek VII. pontjában meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.

VII. Az asszisztencia szolgáltató Nagyértékű diagnosztikai szolgáltatása

1. Amennyiben az ügyfél, a biztosítási szerződés hatálybalépését követően bekövetkezett balesete vagy előzmény nélkül kialakult betegsége miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, úgy az asszisztencia szolgáltató segítséget nyújt abban, hogy megtalálja az ügyfél szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás vagy konzultáció térítéses szolgáltatásként igénybe vehető a szolgáltatás éves keretösszegéig.
2. Az asszisztencia szolgáltató a képalkotó vizsgálat szervezés iránti igény jelzésnek napján érvényes éves keretösszeg erejéig téríti meg az igénybe vett képalkotó vizsgálatok költségét. Az éves keretösszeg egy biztosítási időszakra (egy biztosítási évre) érvényes. Igénybe vehető diagnosztikai vizsgálatok:
 - a) ultrahang (UH),
 - b) röntgen (RTG),
 - c) MRI (kontraszt anyagos vizsgálatok is),
 - d) CT, PET CT (kontraszt anyagos vizsgálatok is)
3. Kizárólag a kockázatviselési időszakon belül, a kockázatviselési időszak kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett és szükségessé vált CT/MR, ultrahang és röntgen vizsgálatok térítendőek.
4. Az asszisztencia szolgáltató szolgáltatásának feltétele, hogy a szolgáltatás igénybevétele előtt azt az asszisztencia szolgáltatónál előzetesen be kell jelenteni. Az ellátás indokoltságát a rendelkezésre álló orvosi és egyéb dokumentumok alapján a szolgáltatást megelőzően az asszisztencia szolgáltató orvosa jogosult felülbírálni.
5. Az asszisztencia szolgáltató a szervezési igény kapcsán munkanapokon 8:00 – 20:00 óra között a +36 1 999 5009 telefonszámon fogadja az ügyfél hívását, amely rögzítésre kerül.
6. A szolgáltatás éves keretösszege: 1 000 000 Ft
7. Az asszisztencia szolgáltató a bejelentést, illetve a szükséges dokumentumok beérkezését követően:
 - a) Röntgen és ultrahang vizsgálat esetén Budapesten 5, míg vidéken (Budapesten kívül) 10 munkanapon belül szervezi meg az ellátást;
 - b) MR, CT, PET CT diagnosztika esetében: Budapesten 10, míg vidéken (Budapesten kívül) 20 munkanapon belül szervezi meg az ellátást, azzal, hogy a biztosított által igényelt, illetve a kezelőorvosa által indikált vizsgálat vagy kezelés elvégzése céljából, amennyiben minden szükséges dokumentum az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére áll és a biztosított elfogadja a felajánlott időpontot.

8. Az ellátások költségét az asszisztencia szolgáltató téríti meg közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónak, kivéve, ha a biztosított éves szolgáltatási keretösszege már kimerült, vagy a szolgáltatás éves keretösszegéig még elkölthető összeg már nem fedezi teljes mértékben a szükséges ellátás várható költségét. Amennyiben a szolgáltatás éves keretösszegéig még elkölthető összeg már nem fedezi teljes mértékben az ellátás várható költségét, úgy számlabontásra kerül sor és a szolgáltatás éves keretösszege feletti részt a biztosítottnak kell fizetnie.
9. Utólagos térítésre jelen biztosítás esetében nincs mód.
10. Az asszisztencia szolgáltató, kizárólag az orvosilag indokolt, szakorvos által javasolt diagnosztikai vizsgálatok szervezését vállalja, illetve téríti meg. A szűrővizsgálatok céljából előírt vagy igényelt vizsgálatokra a biztosítás nem nyújt fedezetet.
11. A biztosítási esemény időpontja az a nap, amikor a biztosított az asszisztencia szolgáltatónál bejelenti az igényét.
12. Amennyiben a biztosított a számára megszervezett vizsgálaton a megbeszélt időpontban nem tud részt venni, és erről legalább 2 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy az igénybe vett szolgáltatás igénybe vett teljesítésnek tekintendő és ugyanazon eseményből eredő újabb vizsgálatra a biztosított az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási évben nem jogosult. A meg nem jelenésből adódóan a szolgáltató által felszámolt költség levonásra kerül az éves keretösszegeből!
13. A számlát minden esetben az asszisztencia szolgáltató nevére kell kiállítani.

VIII. Online igénybejelentés és időpontfoglalás

1. A biztosított a www.drmetonline.hu internetes oldalon (Egészségportál) keresztül maga is foglalhat időpontot nagyrészt diagnosztikai szolgáltatásra. A biztosított a szolgáltató keresőben – az általa foglalható ellátások igénybevétele esetén – közvetlenül a választott egészségügyi szolgáltatónak az asszisztencia szolgáltatóval megosztott online naptárában tud időpontot foglalni. Azon szolgáltatók esetén, amelyek nem teszik elérhetővé a naptárukat az Egészségportálon, a biztosított telefonon tud időpontot foglalni a megjelölt telefonszám felhívásával.
2. Az Egészségportálon történő időpontfoglalás igénybejelentésnek minősül. A foglalást, azaz igénybejelentést követően a biztosított az ellátásszervezőtől e-mailen visszaigazolást kap a lefoglalt időpontról, az ellátás helyszínéről és egyéb, az ellátáshoz kapcsolódó információkról, valamint a biztosító által vállalt költségekről.
3. Az igénybejelentés elbírálásához a biztosító az igénybejelentéshez kapcsolódó orvosi leleteket, valamint orvosi vagy szakorvosi javaslat, illetve beutaló bemutatását kérheti a biztosítottól. A jelen pontban meghatározott iratokat a biztosított szintén az Egészségportálon tudja feltölteni. Az ellátás indokoltságát a rendelkezésre álló orvosi és egyéb dokumentumok alapján a szolgáltatást megelőzően az asszisztencia szolgáltató orvosa jogosult felülbírálni.
4. Az Egészségportálon az online naptárban vagy telefonon, közvetlenül a szolgáltatónál lefoglalt szolgáltatási igények elbírálására a biztosítónak legfeljebb 2 (két) munkanap áll rendelkezésére, amennyiben minden elbíráláshoz szükséges orvosi dokumentáció a rendelkezésére áll. A biztosítás által fedezett ellátások esetén a biztosított minden esetben e-mail üzenetben megerősítést kap az időpontról és a költségvállalásról.

IX. Kizárások

A MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Biztosítási Szabályzata Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

1. krónikus betegségek gondozásával, kezelésével, ideértve a rendszeres nyomon követést lehetővé tevő, az orvosszakmai szabályok szerint elvégzett vizsgálatokat (pl.: labor, diagnosztikai vizsgálatok), kivéve a krónikus betegségek kórismézését, kezelésük első beállítását, akut szakaszaik akut ellátását;

-
2. öröklött és veleszületett betegségekkel vagy rendellenességgel;
 3. endoscopia – ideértve a CT, MR colonográfiát és a CT, MR enterográfiát is – és kapszula endoscopia költsége;
 4. CT lézer mammográfia;
 5. altatásban végzett diagnosztikai vizsgálatok esetén az altatás, illetve az altatással kapcsolatban szükséges vizsgálatok költségei;
 6. onkológiai gondozás, kivéve az elsődleges ellátás (kemoterápia, sugárterápia, műtéti beavatkozás) megkezdéséig az ellátásban közvetlenül résztvevő orvos javaslatára elvégzett vizsgálatokkal;
 7. a szűrővizsgálat céljából igénybe vett képalkotó diagnosztikai vizsgálatokra;
 8. nem Magyarországon végzett képalkotó diagnosztikai ellátásokra.

X. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2026. április 27.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Egynapos sebészeti asszisztencia biztosítási szerződésekre irányadó különös rendelkezések

A jelen különös rendelkezésekben foglaltak a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe d.a.c. (a továbbiakban: biztosító) Egynapos sebészeti asszisztencia biztosítási szerződéseire (a továbbiakban: biztosítási szerződés vagy biztosítás) irányadók, feltéve, hogy a biztosítási szerződést a különös rendelkezésekre hivatkozással kötötték.

A biztosítási szerződésre a különös rendelkezésekben foglaltakon túl a MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Biztosítási Szabályzata Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések I. Rész, és a MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Biztosítási Szabályzat Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezései irányadók.

I. Általános rendelkezésektől eltérő fogalmak

1. Előzmény nélküli betegség

A kockázatviselés ideje alatt fellépő olyan betegség, ami vagy amelyre vonatkozó előzmény a kockázatviselés kezdetét megelőzően nem állt fenn, vagy a kockázatviselés kezdetét megelőzően nem merült fel olyan tünet, sérülés, betegség, elváltozás vagy maradandó károsodás, amelyekkel okozati összefüggésbe hozható. Előzmény nélküli továbbá a betegség, ha a kockázatviselés kezdetét megelőző balesettel sincs összefüggésben.

2. Egynapos sebészet

Olyan tervezhető sebészeti beavatkozás, amelyet erre engedélyezetten működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek és amelyet követően a beteg fekvőbeteg ellátás keretében biztosított szakfelügyeletet igényel, továbbá az előzetes szakorvosi szakvélemény és az orvosszakmai szabályok szerint a beavatkozás indokolt. Az egynapos sebészeti ellátás további feltétele, hogy a biztosított az ellátást nyújtó intézménybe történő felvételét követő legfeljebb 24 órán belül, megfigyelés után, a beavatkozás elvégzésében kompetens szakorvos szakvéleménye alapján a saját lábán, kísérelővel elhagyhatja az ellátó intézményt. Az egynapos sebészeti ellátás keretében igénybe vehető ellátások mindenkor aktuális, tételes listája a különös rendelkezések függelékében (továbbiakban: Függelék) található. Az egynapos sebészeti ellátás keretében a kizárólag diagnosztikai célú beavatkozások nem kerülnek megtérítésre.

II. A biztosított

1. A biztosított az a személy lehet, aki a belépési életkor számítására irányadó szabályok szerint legalább 16 éves, és a 69. életévét még nem töltötte be.
2. A biztosított életkora a biztosítási szerződés lejáratakor nem haladhatja meg a 70. életévet.

III. Az asszisztencia szolgáltató

1. Az asszisztencia szolgáltatásokat a Teladoc Hungary Tanácsadó és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság (székhelye: 1083 Budapest, Szigony utca 26-32. 3. emelet), (a továbbiakban: asszisztencia szolgáltató) nyújtja.
2. A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltatást nyújtó személyének módosítására.

IV. Az asszisztencia szolgáltatás igénybevételének feltételei

Az ügyfél telefonhívását követően az asszisztencia szolgáltató az ügyfél neve, születési helye és ideje, valamint az egészségpénztári tagi azonosítója alapján azonosítja az ügyfelet és ellenőrzi jogosultságát a szolgáltatás igénybevételére.

V. Várakozási idő

A biztosító az Egynapos sebészeti asszisztencia szolgáltatást csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 60 nap elteltével nyújtja, kivéve, ha az Egynapos sebészeti asszisztencia szolgáltatásra balesettel összefüggésben bekövetkezett betegség vagy egészségi állapottal kapcsolatban kerül sor.

VI. Az asszisztencia szolgáltató 7/24 telefonos orvosi tanácsadási szolgáltatása

1. Az asszisztencia szolgáltató az év minden napján, 24 órában, a +36 1 999 5009 telefonszámon fogadja az ügyfél hívását, amely rögzítésre kerül.
2. Az ügyfélnek lehetősége van az asszisztencia szolgáltatónál online, az asszisztencia szolgáltató internetes felületén is igényelni a szolgáltatást.
3. Az asszisztencia szolgáltató a következőkről ad tájékoztatást magyar és angol nyelven:
 - a) betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
 - b) gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásairól, helyettesíthetőségéről, áráról,
 - c) orvosi-, gyermekorvosi-, és fogorvosi ügyeletekről,
 - d) ügyeletes gyógyszerterákról,
 - e) egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
4. Az asszisztencia szolgáltató által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre az ügyfél figyelmét a telefonbeszélgetés előtt szóban is felhívja.
5. Orvosszakmai kérdés esetén az asszisztencia szolgáltató az ügyfél hívását orvosnak továbbítja, aki megválaszolja az ügyfél kérdéseit. Egyéb kérdés esetén az asszisztencia szolgáltató a különös feltételek VI. pontjában meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.

VII. Az asszisztencia szolgáltató Egynapos sebészeti szolgáltatása

1. Az asszisztencia szolgáltató az egynapos sebészeti beavatkozás szervezés iránti igény jelzésnek napján érvényes éves keretösszeg erejéig téríti meg az igénybe vett egynapos sebészeti beavatkozások költségét. Az éves keretösszeg egy biztosítási időszakra (egy biztosítási évre) érvényes.
2. Kizárólag a kockázatviselési időszakon belül, a kockázatviselési időszak kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett és szükségessé vált beavatkozások térítendőek.
3. A szolgáltatás kizárólag a Függelékben található mindenkor aktuális műtéti listán OENO kód alapján felsorolt beavatkozásokra terjed ki.
4. Az asszisztencia szolgáltató az egynapos sebészeti keretében megtéríti a műtéti beavatkozás során felhasznált, közvetlenül a műtéti beavatkozáshoz szükséges gyógyszer, vérkészítmény, egyszer használatos eszköz, implantátum és az egészségügyi szolgáltató által nyújtott, kapcsolódó hotelszolgáltatás költségét is. Továbbá az asszisztencia szolgáltató megtéríti a biztosító által fedezett, az asszisztencia szolgáltató szervezésében elvégzett az egynapos sebészeti beavatkozás elvégezhetősége érdekében előzetesen szükségessé vált és indokolt előkészítő vizsgálatok és szakmai konzultáció költségeit is.
5. Az asszisztencia szolgáltató szolgáltatásának feltétele, hogy a szolgáltatás igénybevétele előtt azt az asszisztencia szolgáltatónál előzetesen be kell jelenteni. Az ellátás indokoltságát, a beavatkozás jellegét, továbbá a beavatkozásra a szolgáltató által meghatározott OENO kódot a rendelkezésre álló orvosi és egyéb dokumentumok alapján, a szolgáltatást megelőzően Az asszisztencia szolgáltató orvosa jogosult felülbírálni.
6. Az asszisztencia szolgáltató a szervezési igény esetén munkanapokon 8:00 – 20:00 óra között a +36 1 999 5009 telefonszámon fogadja az ügyfél hívását, amely rögzítésre kerül.
7. A szolgáltatás éves keretösszege: 1 000 000 Ft

8. Az asszisztencia szolgáltató a bejelentést, illetve a szükséges dokumentumok beérkezését követően Budapesten 30, míg vidéken (Budapesten kívül) 45 munkanapon belül szervezi meg az ellátást.
9. Az ellátások költségét az asszisztencia szolgáltató téríti meg közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónak, kivéve, ha a biztosított éves szolgáltatási keretösszege már kimerült, vagy a szolgáltatás éves keretösszegéig még elkölthető összeg már nem fedezi teljes mértékben a szükséges ellátás várható költségét. Amennyiben a szolgáltatás éves keretösszegéig még elkölthető összeg már nem fedezi teljes mértékben az ellátás várható költségét, úgy számlabontásra kerül sor és a szolgáltatás éves keretösszege feletti részt a biztosítottnak kell fizetnie.
10. Utólagos térítésre jelen biztosítás esetében nincs mód.
11. A biztosítási esemény időpontja az a nap, amikor a biztosított az asszisztencia szolgáltatónál bejelenti az igényét.
12. Amennyiben a biztosított a számára megszervezett vizsgálaton/beavatkozáson a megbeszélte időpontban nem tud részt venni, és erről legalább 2 munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy az igénybe nem vett szolgáltatás igénybe vett teljesítésnek tekintendő és ugyanazon eseményből eredő újabb vizsgálatra/beavatkozásra a biztosított az adott biztosítási évben nem jogosult. A meg nem jelenésből adódóan a szolgáltató által felszámolt költség levonásra kerül az éves limitből!
13. A számlát minden esetben az asszisztencia szolgáltató nevére kell kiállítani.

VII. Kizárások

A MetLife Europe d.a.c. Izszy csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Biztosítási Szabályzata Biztosítási Szerződésekre Irányadó Általános Rendelkezések II. Rész rendelkezésein túl a biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynak az alábbi eseményeket, illetve az alábbi eseményekkel okozati összefüggésben álló eseményeket:

1. krónikus betegségek gondozásával, kezelésével, ideértve a rendszeres nyomon követést lehetővé tevő, az orvosszakmai szabályok szerint elvégzett vizsgálatokat (pl.: labor, diagnosztikai vizsgálatok), kivéve a krónikus betegségek kórismézését, kezelésük első beállítását, akut szakaszaik akut ellátását;
2. öröklött és veleszületett betegségekkel vagy rendellenességgel;
3. esztétikai céllal végzett sebészeti beavatkozások és szövődményeik kezelése;
4. plasztikai sebészeti beavatkozások és szövődményeinek kezelése;
5. orrsövény ferdülés kezelésével;
6. a szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétekkel (többek között PRK, LASIK, LASEK, INTRALASIK);
7. a nem standard (alapkategóriájú) implantátumok, protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beültetésével;
8. inkontinencia eszközös vagy műtéti kezeléssel (pl.: intimplézer);
9. testsúlyredukciós céllal elvégzett gyomorműtéteket (különösen, de nem kizárólagosan: gyomor-bypass, Steeve-műtét) vagy egyéb okból végzett gyomorműtéteket követően, a megváltozott anatómiai állapot miatt szükségessé váló vizsgálatokkal;
10. terhességgel, szüléssel összefüggő egészségügyi szolgáltatások;
11. meddőség kezelésével, kivizsgálásával kapcsolatos műtétek, beavatkozások (ideértve például a petevezeték átjárhatósági vizsgálatot);
12. meddővé tétel igény szerinti végrehajtása;
13. művi terhességmegszakítás (nem egészségügyi okok miatt);

-
14. egynapos sebészeti ellátás során felmerült komplikáció vagy a műtétet követően, a műtéttel összefüggő olyan szövődmény felmerülése esetén, amely a biztosított bent tartózkodását 24 órán túl vagy más intézményben történő kórházi ellátását szükségessé teszi, vagy a tervezettől eltérő orvosi ellátását igényli, a biztosító a felmerülő többletköltségeket nem téríti meg;
 15. nem Magyarországon végzett egynapos sebészeti műtétekre.

VIII. Megszűnés

A biztosítási esemény bekövetkezésével a biztosítási szerződés nem szűnik meg.

Budapest, 2026. április 27.

MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe

Függelék

Egynapos sebészeti asszisztencia biztosítás keretében igénybe vehető ellátások 2026. április 27-től érvényes listája

OENO kód	Műtéti beavatkozás leírása
Fül-orr-gégészet	
52121	Polypectomia ethmoidektomia nélkül az orrüregből
52150	Turbinektomia, conchotomia, operculumresectio
52270	Endoscopos (mikroszkópos) arcüregműtét
52271	Endoscopos (mikroszkópos) rostuműtétek (FES)
52272	Endoscopos (mikroszkópos) sphenoidotomia
52810	Tonsillektomia, residuum kimetszés
52820	Tonsillo-adenotomia
52830	Tonsillacsúcs kimetszése (tonsillotomia)
52850	Adenotomia, readenotomia
53002	Mikrolaryngoscopiás műtét
53003	Mikrolaryngoscopias műtét LASER-rel
Gasztroenterológia	
16361	Endoscopos sphincterotomia
16363	Endoscopos kőextractio
16367	Wirsungotomia endoscopica et dilatatio eadem
Nőgyógyászat	
16611	Falloposcopia laparoscopica
55433	Excisio endometriosis peritonei laparoscopica
55435	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica unilat.
55436	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica bilat.
56513	Petefészek eltávolítás, részleges-egyik oldalon
56514	Petefészek eltávolítás, részleges-mindkét oldalon
56515	Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica unilat.
56516	Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica bilat.
56517	Cauterisatio ovarii laparoscopica (drilling)
56518	Resectio ovarii laparoscopica unilaterialis
56519	Resectio ovariorum laparoscopica bilateralis
56521	Oophorectomia unilaterialis laparoscopica
56531	Salpingo-oophoprectomia laparoscopica unilaterialis
56541	Oophorectomia bilateralis laparoscopica
56552	Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica
56571	Adhaesiolysis laparoscopica
56602	Salpingostomia unilat. laparoscopica
56603	Salpingostomia bilat. laparoscopica
56611	Salpingectomy laparoscopica unilaterialis
56622	Salpingectomy laparoscopica bilaterale
56651	Salpingectomy partiale laparoscopica
5666A	Salpingo-stomatoplastica laparoscopica

5666C	Adnexectomia laparoscopica
56710	Conisatio portionis uteri
56720	Cervix elváltozás kimetszése
56721	Kryoconisatio portionis
56722	Electroconisatio portionis
56723	Méhpolyp eltávolítás
56740	Méhnyak műtéti reconstructioja
56741	Méhszáj plastica
56810	Myoma enucleatio
5681K	Megszületőben lévő myomagöb eltávolítása
5681A	Resectio myomae hysteroscopica
56814	Synechiolysis (hysteroscop)
56815	Endometrium resectio (hysteroscop)
56816	Enucleatio myomae uteri laparoscopica
56817	Enucleatio myomae hysteroscopica
56818	Myolysis laparoscopica
56899	Curettage uteri
56900	Curettage uteri
56905	Curettage-incomplett abortus után
56906	Frakcionált curettage
56901	Cervix abrasio
Ortopédia	
50432	Carpal tunnel felszabadítás
50435	Egyéb Tunnel syndromák műtétei
58023	Arthroscopos Pridie fúrások
58040	Meniscectomia partialis, arthroscopos
58041	Meniscectomia partialis, arthrotomia
58042	Meniscus reinsertio, arthroscopos
58043	Meniscus reinsertio, arthrotomia
58044	Meniscectomia totalis-arthroscopos
58054	Arthroscopos műtét (kivéve térdízület)
58055	Arthroscopos szalagplastica
58056	Arthroscopos szalagvarrat
58057	Arthroscopos mozaik plasztika
58058	Arthroscopos retinaculum plasztika
58059	Boka, váll, térdízületi arthroscopos debridement
58149	Elülső keresztszalag plastica
58230	Aponeurectomia partialis manus
58322	Baker-cysta eltávolítása
58325	Térdtáji ganglion exstirpatio
58343	Lábháti ganglion exstirpatio
58344	Bokatáji ganglion exstirpatio
58345	Dupuytren plantaris excisio
Sebészet	

54866	Exstirp. fistulae internae recti
54872	Exstirp. fistulae externae recti
54911	Exstirpatio fistulae ani
54913	Exstirpatio fistulae ani sec Hippokrates
54930	Haemorrhoidectomia
54931	Haemorrhoidectomia sec. Parks
54932	Haemorrhoidectomia sec. Milligan-Morgan
54933	Haemorrhoidectomia sec. Eisenhammer
54934	Haemorrhoidectomia sec. Langenbeck
54935	Haemorrhoidectomia sec. Whithead
55300	Hernioplastica inguinofemoralis
55310	Hernioplastica inguinofemoralis c. implant.
55311	Hernioplastica inguinofemoralis laparoscopica
55320	Herniotomia inguinofemoralis bilaterális
55330	Hernioplastica inguinofemoralis bilat. cum implantationem
55331	Hernioplastica inguinofem. bilat. laparoscopica
55340	Hernioplastica umbilicalis
55350	Reconstructio parietis abdominis
55360	Reconstructio parietis abdominis c. implant
55361	Reconstructio laparoscopica parietis abdominis cum implantate
58870	Sinus pilonidalis excisioja
Urológia	
55600	Ureterorendoscopos kőeltávolítás
55731	TUR Resectio transurethralis vesurin.therapeutic.
55733	TUR Resectio transurethralis colli ves.urin.
56011	Prostata TUR
56013	Transurethralis prostata incisio
56059	Prostata egyéb alternatív LASER műtétei
56110	Bergmann f. hydrocele műtét
56111	Winkelmann f. hydrocele műtét
56112	Hydrocele műtét
56291	Herefüggöly eltávolítása
56301	V.sperm.int.retroperitonealis ligatura (Palomo)
56302	Scrotalis varicocelectomia
56303	Funiculocele resectio
56308	Ligatura v. spermaticae internae laparoscopica
56310	Mellékhere cysta kiirtása
56311	Spermatocèle resectio
56330	Epididymectomia
56403	Phimotomia
86051	Thermotherapia prostatae