

Jelen Biztosítási Feltételek (a továbbiakban: Biztosítási Feltételek) az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár (a továbbiakban: Egészségpénztár) között megkötött csoportos egészségbiztosítási szerződés alapján létrejött IZYS PrivateMed Next szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szolgáltatásának igénybevételére jogosult tagjaira, valamint a Pénztártagok által csatlakoztatott, szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó(i)ra vonatkozóan érvényesek.

Jelen Általános Biztosítási Feltételekben, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Egészségpénztár Alapszabálya és a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyféltájékoztató elemei **vastag betűvel**, míg a Ptk.-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek **dőlt betűvel** szedettek.

1. Fogalmak

- 1.1. **Alapellátás:** a biztosított lakóhelyén, tartózkodási helyén, illetve annak közelében a biztosított választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatás (házi orvosi szolgáltatás).
- 1.2. **Ambuláns műtét:** a járóbeteg ellátás keretében végzett diagnosztikus és/vagy terápiás sebészeti jellegű tevékenység, amely után a beteg fekvőbeteg intézeti ellátást nem igényel, a beavatkozást követően szükséges és elegendő megfigyelés után otthonába bocsátható.
- 1.3. **Járóbeteg-szakellátás:** a biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egy-szeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, ide értve az ambuláns műtétet, a távkonzultációt, a terhesgondozást, a nem konvencionális tevékenységeket és a házi vizit szolgáltatást is.
- 1.4. **Az ellátásszervezővel/biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel/ biztosítóval nem kötött szerződést.
- 1.5. **Az ellátásszervezővel/biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést kötött.
- 1.6. **Baleset:** az emberi szervezetet ért olyan egyszeri külső hatás, amely a sérült akarától függetlenül, hirtelen vagy aránylag rövid idő alatt következik be és sérülést, mérgezést vagy más testi egészségkárosodást okoz.
- 1.7. **Beavatkozás:** orvos által végzett megelőző, diagnosztikus vagy terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- 1.8. **Biztosító:** jogi személy, amely a biztosítási aján-

lat elfogadása után a Biztosítási Feltételekben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási eseményekre, a Különös Biztosítási Feltételekben leírtak szerint, az ott meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

- 1.9. **Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- 1.10. **Biztosítási évforduló:** a biztosítás kockázatviselési kezdetének évenkénti fordulónapja.
- 1.11. **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejött feltétele, hogy az általa tett nyilatkozattal elfogadja a jelen egészségbiztosítási szerződés feltételeit, és hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen.
- 1.12. **Biztosítotti nyilatkozat:** az a dokumentum, amelylyel a biztosított hozzájárul a szerződés hatályának rá történő kiterjesztéséhez.
- 1.13. **Biztosítási esemény:** a biztosító által a Különös Biztosítási Feltételekben biztosítási eseményként meghatározott esemény, amelynek bekövetkezése esetén a biztosító ezen feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.
- 1.14. **Betegség:** Az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza az életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét.
- 1.15. **Csoportos biztosítás:** A biztosítás – egy szerződésen belül – több biztosítottra, a szerződő által a biztosítási ajánlatban rögzített, objektív szempontok szerint meghatározott természetes személyek csoportjára, illetve csoportjaira vonatkozik. A jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejövő szerződésben több – név szerint meghatározott – biztosítotti csoport képezhető. Csoportképző objektív szempont lehet a biztosítottak és a szerződő között fennálló jogviszony, egyéb kapcsolat, valamely szervezethez tartozás. Egy biztosítotti csoportba azok a biztosítottak sorolhatók, akik azonos biztosítási szolgáltatásra jogosultak. Az ajánlattételkor a szerződő köteles a biztosítotti csoportokat egyértelműen meghatározni.
- 1.16. **Díjtétel:** A fizetendő biztosítási díj meghatározása során a biztosító több tényezőt is figyelembe vesz, ezen tényezők egyike a díjtétel. A díjtétel egy adott korszakban egy adott szolgáltatásra/szolgáltatás csomagra vonatkozó díjat jelenti, a kedvezmények, illetve kockázatsúlyosbító tételek nélkül. A díjtétel nem azonos a fizetendő biztosítási díjjal, hanem annak meghatározásához alkalmazott tényező.
- 1.17. **Egészségpénztári tag (Pénztártag):** minden olyan természetes személy, aki betöltötte a 16. életévét, az Egészségpénztár Alapszabályának rendelkezéseit magára nézve kötelezőnek ismeri el, tagdíjfizetést vállal, továbbá aláírja a belépési

<p>nyilatkozatot és azt az Egészségpénztár záradékolja és őt tagjai sorába felveszi.</p> <p>1.18. Egészségügyi dokumentáció: A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentáció tartalmazza a biztosított személyazonosító adatait, és úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát és a beavatkozás/vizsgálat indokoltságát. Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – a kórelőzményt, a kórtörténetet, – az első vizsgálat eredményét, – a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját, – az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését, – az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét, – orvosi pecsét számát. <p>1.19. Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység: az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen</p> <ol style="list-style-type: none"> a) a munkára, illetőleg a szakmára vagy egyéb, jogszabály által előírt orvosi alkalmasság szükségessége miatt végzett vizsgálatoknak, b) a keresőképességnek, c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése. <p>1.20. Egészségügyi ellátás: a biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenység.</p> <p>1.21. Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a biztosított (beteg) vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a biztosított (beteg) vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.</p> <p>1.22. Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.</p> <p>1.23. Egészségügyi kockázatelbírálás: a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított</p>	<p>egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja.</p> <p>1.24. Egynapos sebészet: Az egynapos sebészeti ellátás olyan, a kórházi fekvőbeteg ellátást kiváltó, a jogszabályban* meghatározott tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet az ilyen típusú ellátás elvégzésére hatósági engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató végez el a vonatkozó jogszabály és az orvosi szakvélemény szerint az ilyen típusú ellátásra alkalmas betegen.</p> <p>1.25. Ellátásszervező: olyan szervezet, amely egészségügyi szolgáltatások, betegút szervezésére van feljogosítva. Az ellátásszervező személyéről, elérhetőségéről, vagy annak módosulásáról a biztosító – módosulás esetén a változást megelőző 30. napig – honlapján ad tájékoztatást.</p> <p>1.26. Előzménybetegség: a biztosítás tartama alatt fellépő tünettel, betegséggel egyértelműen összefüggő tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállt, ha ennek ténye egészségügyi dokumentumban rögzítésre kerül, vagy amelyet a kockázatviselés kezdete előtt szakorvos diagnosztizált, vagy amelynek gyanúja dokumentáltan felmerült a kockázatviselés kezdetét megelőzően.</p> <p>1.27. Éves szolgáltatási limit: a biztosító jelen szerződés vonatkozásában az IZYS PrivateMed Next egyes – a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott – szolgáltatásaira vonatkozóan a teljesítendő szolgáltatási összegekre éves összegtartást állapít meg, melynek mértékét a Különös Biztosítási Feltételek 1. számú melléklete tartalmazza. Az éves szolgáltatási limit a biztosítási év vonatkozásában kerül megállapításra.</p> <p>1.28. Házivizit: a páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén, Budapesten és 20 km-es körzetében – az ellátásszervezőnél telefonon bejelentett, intézményi ellátást nem igénylő, nem közvetlen életveszély elhárítását igénylő sürgősségi esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás, mely során az ellátásszervező a biztosítotthoz ügyeleti ellátást nyújtó orvost küld.</p> <p>1.29. Kedvezményezett: a szolgáltatások igénybevételeire jogosult személy, aki az IZYS PrivateMed Next Általános, Különös Biztosítási Feltételei vonatkozásában azonos a biztosítottal.</p> <p>1.30. Kezelőorvos: a biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.</p> <p>1.31. Kontrollvizsgálat: Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a kezelésnek a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.</p> <p>1.32. Kórház: a szakmai felületek által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és megfelelő intézményi kóddal rendelke-</p>
---	---

<p>zik. Nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, nappali kórházak, pszichiátriai intézetek, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, alkohol- és kábítószer elvonó intézetek, hospice tevékenységet végző intézmények, ápolási intézmények, illetve krónikus fekvőbeteg ellátást nyújtó intézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó, illetve obesitológiai és lipidológiai osztályai.</p> <p>1.33. Költségtérítés: a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig.</p> <p>1.34. Műtét: az a sebészeti beavatkozás, amely lehet betegségi vagy baleseti okú, és amelyet az orvosszakmai szabályok megtartásával végeznek el a biztosítotton.</p> <p>1.35. Nem konvencionális tevékenységek Jelen Biztosítási Feltételek vonatkozásában Nem konvencionális tevékenységeknek nevezzük a 11/1997. (V. 28.) NM rendelet 1. sz. mellékletében meghatározott, csak Magyarországon érvényes működési engedéllyel rendelkező orvos által végezhető tevékenységeket, mint a Manuálterápiás eljárásokat, a Hagyományos kínai orvoslást és a Neurálterápiás módszereket, továbbá minden egyéb olyan nem-konvencionális eljárást vagy módszert, amelyek képzésére orvostudományi egyetem tanfolyamot és vizsgát szervez vagy ilyen tanfolyamot és vizsgát akkreditál.</p> <p>1.36. Orvosi javaslat: háziorvosi, szakorvosi képesítéssel rendelkező egészségügyi szakember által kiállított, orvosi pecsétszámmal ellátott egészségügyi dokumentum, amely a beteg panaszai háttérben álló betegség feltárása, egészségének megőrzése vagy helyreállítása érdekében elvégzendő vizsgálatok, beavatkozások vagy kezelési terv leírását tartalmazza. Az orvosi javaslatához kötött szolgáltatások esetén a biztosító az adott szolgáltatással kapcsolatban benyújtott első orvosi javaslat alapján szolgáltat, és nem vesz figyelembe ugyanazon eseményre (orvosi vizitre, diagnosztikai vizsgálatra, sebészeti beavatkozásra) vonatkozóan, de későbbi időpontban kiállított, módosított dokumentumokat. Írásbeli orvosi javaslat hiányában az ellátásszervező orvosa is engedélyezheti a Járóbeteg szakellátás megszerzését, illetve jogában áll felülbírálni a biztosított által beküldött orvosi javaslatot.</p> <p>1.37. Önrész: Az önrész az az összeg, amelyet a biztosított az időpontfoglalást közvetlenül megelőzően köteles megfizetni. A biztosító kizárólag az egészségügyi szolgáltatás költségének az önrészt meghaladó részét téríti meg.</p> <p>1.38. Sürgős szükségből eredő ellátás: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne, vagy amely az orvos-szakma szabályai szerint a beteg 24 órán belüli egészségügyi ellátását teszi szükségessé.</p> <p>1.39. Szerződő: az a természetes személy vagy fogyasztónak nem minősülő személy/gazdálkodó szerve-</p>	<p>zet (továbbiakban: jogi személy), aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.</p> <p>1.40. Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó (továbbiakban: közeli hozzátartozó): jelen feltételek szempontjából a házastárs, az élettárs, az egyeneságbeli rokon (pl.: szülő, nagyszülő, gyermek, unoka), az örökbefogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és nevelőszülő, valamint a testvér, amennyiben a Pénztártag a személyt az Egészségpénztárba szolgáltatásra jogosultként bejelentette. A szolgáltatásra jogosult az Öpt. 1. § (1) bekezdés a) pontja alapján a pénztártag jogán veheti igénybe az Egészségpénztár szolgáltatásait. Az Egészségpénztár nem áll jogviszonyban a szolgáltatásra jogosulttal, a vele kapcsolatos ügyeket az Egészségpénztár a Pénztártag bevonásával intézi.</p> <p>1.41. Szűrővizsgálat: olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségekre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.</p> <p>1.42. Távkonzultáció: Nem személyes orvos-beteg találkozás útján megvalósuló járóbeteg-ellátás. A konzultáció létrejöhet telefonos vagy videokonzultáció formájában, a vonatkozó orvos-szakmai szabályok betartásával.</p> <p>1.43. Várakozási idő: a kockázatviselés kezdetének elhalasztása, vagy a biztosító kockázatvállalásának meghatározott ideig történő korlátozása.</p> <p>1.44. Vizsgálat: az a tevékenység, amelynek célja a biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének megállapítása.</p> <p>2. A biztosítási szerződés alanyai</p> <p>2.1. A biztosító az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Székhelye: 1082 Budapest, Baross u. 1. (1380 Budapest, Pf. 1076.; telefon: (+36-1) 486-4343) Cégjegyzékszám: 01-10-041566 Cégbíróság neve: Fővárosi Törvényszék, mint Cégbíróság Ügyfélszolgálat: 1134 Budapest, Váci út 33.</p> <p>2.2. A szerződő az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár (továbbiakban: Egészségpénztár) Székhelye: 1051 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 20. Tevékenységi engedély száma: E-IV/344/2005. Adószáma: 18254596-1-41 A szerződő az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár (továbbiakban: Egészségpénztár) Székhelye: 1051 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 20. Tevékenységi engedély száma: E-IV/344/2005. Adószáma: 18254596-1-41</p> <p>2.3. Biztosított minden, az Egészségpénztárral tagsági jogviszonyban álló, az IZYS PrivateMed Next csoportos egészségbiztosításhoz csatlakozott sze-</p>
--	---

<p>mély, illetve az általa a biztosításhoz csatlakoztatott, a biztosítónak Biztosítottként bejelentett minden 18 és 70 év közötti Pénztárgtag és hozzátartozó, abban a naptári hónapban, amelyet megelőző naptári hónapban az Egészségpénztár az IZYS PrivateMed Next biztosítási díját a Biztosított célzott keretéből vagy egyéni számlájáról le tudja vonni és a díjfizetést tudja teljesíteni a Biztosító felé. Minden személy csak egy jogcímen csatlakozhat a biztosításhoz és válhat Biztosítottá: Pénztárgtagként vagy Pénztárgtag szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozójaként.</p> <p>2.4. A minimális belépési életkor feltételnek történő megfelelését a biztosító a következőképpen számítja: csatlakozás dátuma (év, hónap, nap) mínusz születési dátum (év, hónap, nap). Egyéb esetekben: csatlakozás éve mínusz születési év.</p> <p>2.5. A biztosító szolgáltatására a biztosított jogosult (kedvezményezett).</p> <p>3. A biztosítási szerződés létrejötte A biztosítási szerződés írásban jött létre a biztosító és a szerződő között.</p> <p>4 A szerződéskötés különös szabályai</p> <p>4.1. A biztosítónak a szerződő felet kell tájékoztatnia. A szerződő fél a jelen megállapodás biztosítottakat érintő rendelkezéseiről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a biztosítottakat tájékoztatni.</p> <p>4.2. <i>Ha a biztosított kiskorú, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.</i></p> <p>4.3. <i>Amennyiben a biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.</i></p> <p>5. A biztosítás tartama A szerződés határozott, 1 év tartamra jön létre. Amennyiben a tartam lejártát megelőzően 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja írásban a másik felet arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik.</p> <p>6. A biztosító kockázatviselése</p> <p>6.1. A biztosító kockázatviselésének kezdete a biztosítási szerződésben megjelölt hónap első napjának 0 órája, feltéve, hogy a szerződő a biztosítás első díját a biztosítónak megfizette.</p> <p>6.2. A biztosítási fedezet új biztosítottra való kiterjesztése esetén a biztosító adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselésének kezdete az új biztosított – jelen Biztosítási Feltétel 12.1.2. pontja szerinti – bejelentését követő második hónap első napjának 0 órája, feltéve, hogy a biztosító az új biztosítottra vonatkozó bejelentést nem utasította vissza, és az Egészségpénztár a biztosított Pénztárgtag egyéni számlájáról levonta a biztosítási díjat és azt a biztosítónak megfizette.</p>	<p>A biztosítási fedezet egyes biztosítottakra való kiterjesztéséhez – amennyiben a felek ettől eltérően nem állapodnak meg – a biztosított írásbeli hozzájárulása (biztosított csatlakozási nyilatkozat) szükséges. A biztosított csatlakozási nyilatkozat a szerződés részét képezi. A biztosított csatlakozási nyilatkozatot a szerződő köteles megőrizni, s a biztosító kérésére azt a Biztosító rendelkezésére bocsátani. A biztosítottnak a nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A biztosított a biztosított jogviszonya létesítéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja.</p> <p>6.3. A biztosító egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselése – eltérő megállapodás hiányában – az alábbi esetekben megszűnik:</p> <p>a) a biztosított pénztárgtagi jogviszonyának vagy Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozói jogosultság megszűnése napján,</p> <p>b) a biztosított halála esetén a halál napjával,</p> <p>c) amennyiben a biztosított hozzájáruló nyilatkozatát visszavonta, a visszavonás bejelentésének biztosítóhoz való beérkezése hónapjának utolsó napjával,</p> <p>d) amennyiben a biztosított betöltötte a 70. életévét, annak betöltését követő első évfordulóval,</p> <p>e) amennyiben a biztosítottra vonatkozó biztosítási díj nem került megfizetésre, a díjjal fedezett időszak végével,</p> <p>f) a biztosítási szerződés megszűntekor,</p> <p>g) a Különös Biztosítási Feltételekben szabályozott egyéb esetekben.</p> <p>7. Várakozási idő A biztosító a szolgáltatás igénybevételére 15 nap várakozási időt köt ki a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdettől.</p> <p>8. A csoportos biztosítási szerződés megszűnésének esetei</p> <p>8.1. A csoportos biztosítási szerződés megszűnik az alábbi esetekben:</p> <p>a) Meghosszabbítás hiányában a határozott tartam utolsó napjának 24. órájával.</p> <p>b) A szerződő jogi személy jogutód nélküli megszűnésével, a megszűnés napjával.</p> <p>c) Díj nemfizetés miatt a 11.1. pontban foglaltak szerint.</p> <p>d) Amennyiben a biztosítottak száma nullára csökken, az utolsó biztosított kilépése hónapjának utolsó napján.</p> <p>8.2. A szerződő köteles tájékoztatni a biztosítottakat a biztosítási fedezet megszűnéséről.</p> <p>9. A biztosítási díj</p> <p>9.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melynek megfizetésére a szerződő köteles, amennyiben a biztosított célzott keretéből vagy egyéni számlájáról a fizetendő díjat le tudta vonni. A szerződő a csatlakozott tagra és/vagy közeli hozzátartozóra abban az esetben fizeti meg a biztosítási díjat, ha annak fedezete rendelkezésre áll a tag célzott keretén vagy egyéni számláján.</p>
---	---

<p>9.2. A biztosítási díjat a szerződő minden egyes biztosított után köteles megfizetni, amennyiben a biztosított Pénztártag célzott keretéből vagy egyéni számlájáról a Pénztár a fizetendő díjat le tudta vonni.</p> <p>9.3. A biztosítási díjat a biztosító egy biztosítási évre határozza meg. A biztosítási díj havi részletekben fizethető.</p> <p>9.4. A biztosítás első díja – eltérő megállapodás hiányában – a biztosításhoz csatlakozáskor esedékes. Minden folytatólagos díj annak az időszaknak az első napjáig esedékes, amelyre vonatkozik. A szerződő a biztosítás első díjának megfizetésére az első adatszolgáltatást követően – a biztosító által kiállított számla ellenében, az ott megjelölt fizetési határidőben – köteles.</p>	<p>a biztosítási díjat, amennyiben a kockázatközösség védelme érdekében ez szükséges, és a kártapasztalat előre nem látható romlása ezt indokolja.</p> <p>10.3.2. A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 50 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt a díjmódosulásról. Amennyiben a szerződő a módosult díjról az évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a biztosító a módosult díjat tekinti érvényesnek. Amennyiben a szerződő a módosult díjat a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal írásban elutasítja, a biztosítási szerződés a biztosítási évfordulón megszűnik.</p>
<p>10. A biztosítási díj módosulása</p> <p>10.1. A biztosítás díja módosulhat az alábbi okokból kifolyólag:</p> <p>a) A magánegészségügyi szolgáltatói díjak változása miatt.</p> <p>b) A kártapasztalat előre nem látható romlása miatt.</p> <p>10.2. A biztosítási díj változása a magánegészségügyi szolgáltatói díjak változása miatt.</p> <p>10.2.1. A biztosító által meghatározott árindex a magyar magánegészségügyi szolgáltatói árak éves átlagos növekedését hivatott tükrözni.</p> <p>10.2.2. A szolgáltatói árindex számításánál a biztosító előre meghatározott magánegészségügyi szolgáltatók adott naptári évre vonatkozó árait veszi figyelembe.</p> <p>10.2.3. A szolgáltatói árindex számításánál a biztosító előre meghatározott egészségügyi szolgáltatás típusok díjait előre meghatározott arányban veszi figyelembe.</p> <p>10.2.4. A biztosító minden év február 1. napján határozza meg a szolgáltatói árindexet az előző naptári évre vonatkozóan és teszi közzé honlapján.</p> <p>10.2.5. A biztosító a szolgáltatói árindex mértékével növeli a biztosítási díjat.</p> <p>10.2.6. Amennyiben a biztosító a 10.2.5. pontban leírtak szerint megemeli a biztosítási díjat, ezzel egyidejűleg értékkövetés céljából megemeli a csomagok biztosítási szolgáltatásainak aktuális összegét.</p> <p>10.2.7. A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 50 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt a díjmódosulásról, és az esetleges szolgáltatási limit emelkedésről. Amennyiben a szerződő a módosult díjról, és limitről az évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a biztosító a módosult díjat, és limitet tekinti érvényesnek. Amennyiben a szerződő a módosult díjat, és limitet a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal írásban elutasítja, a biztosítási szerződés a biztosítási évfordulón megszűnik.</p> <p>10.2.8. A biztosító jogosult az általa meghatározott, a díjemelés alapjául szolgáló szolgáltatói árindex helyett valamely hatóság, szakmai fórum vagy testület által hivatalosan publikált szolgáltatói árindexet alkalmazni.</p> <p>10.3. A biztosítási díj változása a kártapasztalat előre nem látható romlása miatt.</p> <p>10.3.1. A biztosító a biztosítási évfordulón módosíthatja</p>	<p>11. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei</p> <p>11.1. Ha a szerződő az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 60 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.</p> <p>11.2. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a díjese dékességet követő 30. napig áll fenn.</p> <p>11.3. Ha egy biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet díjnyemfizetés, vagy biztosított nyilatkozat visszavonása okán biztosítási éven belül megszűnik, a biztosított a megszűnést követően legkorábban 2 hónap múlva csatlakozhat újra a szerződéshez.</p> <p>11.4. A biztosítási díj fizetésének szüneteltetésére nincs lehetőség.</p> <p>12. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei</p> <p>12.1. A szerződő joga és kötelezettsége</p> <p>12.1.1. Közlési kötelezettség: A szerződő és a biztosított a szerződés létrejöttkor köteles a kockázat elvállalása szempontjából minden lényeges körülményt közölni a biztosítóval, illetve a biztosítás tartama alatt a szerződésben meghatározott lényeges körülmények tekintetében változásbejelentési kötelezettséggel tartozik, melyet nyomtatott vagy elektronikus formában kell megtenni.</p> <p>12.1.2. <i>A szerződő a biztosítottakról adatot szolgáltat a biztosító részére, amennyiben a biztosítottak személye tekintetében változás állt be, a biztosító által meghatározott módon és adattartalommal.</i></p> <p>12.1.3. A szerződő havi gyakorisággal átadja a csatlakozott biztosítottak létszámára és a díjrendezetségre vonatkozó adatokat.</p> <p>12.2. A biztosító joga és kötelezettsége</p> <p>12.2.1. A biztosító kockázatelbírálási és kárrendezési szerveivel szembeni orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében a biztosítottat külön nyilatkozattételre hívja fel.</p> <p>12.2.2. A Biztosító a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díját biztosított csoportonként határozza meg. Egy biztosított csoporton belül a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díja azonos.</p> <p>12.2.3. A Biztosító a kockázatelbírálást csoportszinten is végezheti.</p>

<p>13. Biztosítási esemény Biztosítási esemény a szerződésben meghatározott kockázatokra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben rögzített biztosítási esemény bekövetkezése.</p>	<p>állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.</p>
<p>14. A biztosító mentesülése 14.1. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be. 14.2. A biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással: a) a szerződő fél vagy a biztosított; b) a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.</p>	<p>15.2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be. 15.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény a biztosított alkoholos állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következett be. 15.4. Nem szolgáltat a biztosító az olyan esetekben, amikor a biztosítási esemény az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba) miatt következik be.</p>
<p>14.3. A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni. Súlyosan gondatlannak minősülhet különösen: a) ha a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetileg a biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltságával okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt b) a biztosítási esemény kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében következett be kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták c) amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezéséért felelős személy engedélyhez kötött tevékenységet ennek hiányában folytatott és ezzel összefüggésben okozta a kárt.</p>	<p>15.5. A biztosító nem téríti az olyan kezeléseket, amelyek egészségügyi ellátás, orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt válnak szükségessé. 15.6. <i>Nem biztosítási esemény az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény, kivéve a Különös Biztosítási Feltételben felsorolt szakorvosi vizsgálatokat.</i> 15.7. <i>Nem biztosítási esemény az ellátás iránti igény, ha az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét vagy pecsétszámát.</i> 15.8. <i>Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amelynek az igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül, azaz nem az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően történt.</i></p>
<p>14.4. Fenti szabályokat a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól abban az esetben, ha a biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét megszegi.</p>	<p>15.9. Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett baleset/meglévő betegség vagy állapot következtében válik szükségessé (Előzménybetegség), kivéve a járóbeteg szakellátást és a diagnosztikai vizsgálatokat;</p>
<p>14.5. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a biztosított öngyilkossági kísérletével, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be.</p>	<p>15.10. Nem biztosítási esemény az olyan ellátási igény, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül válik szükségessé, vagy amellyel kapcsolatban a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül orvoshoz fordult.</p>
<p>15. Kizárt kockázatok 15.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményben vagy más háborús cselekményben valamely fél mellett történő aktív részvétellel vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. Jelen Biztosítási Feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határviellongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, idegen ország határozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény. (A kommandó támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) E szerződés szerint</p>	<p>15.11. Nem szolgáltat a biztosító a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó igény esetén, amennyiben a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakorvos állítja ki. A háziorvos/nem a feltételezett diagnózisnak megfelelő szakterület szakorvosa által kiállított javaslatot/beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat. 15.12. A biztosító nem viseli a kockázatot az alábbiakra: a) sürgős szükségéből eredő ellátásra, b) az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységre, különösen a sportorvosi alkalmassági engedély, a szárazföldi, vízi-, légi jármű vezetéséhez szükséges jogosítványhoz vagy jogszabály által előírt orvosi alkalmassági engedélyhez szükséges vizsgálatokra, látletelekre, c) katasztrófa miatti ellátásra,</p>

- d) járványügyi érdekből végzett ellátásokra, ideértve tesztek, diagnosztikai vizsgálatokat, panasz nélküli szűrővizsgálatokat, az illetékes hatóság által járványnak minősített betegségek ellátására,
- e) tüdőgyógyászati gondozásra,
- f) addiktológiai gondozásra és ellátásra,
- g) pszichológiai konzultációkra,
- h) dietetikai konzultációkra,
- i) foglalkozás-egészségügyi szakellátásra, házi-orvosi, házi gyermekorvosi alapellátásra,
- j) akupunktúrás kezelésre,
- k) alternatív gyógyászati eljárásokra, orvosi javaslatra sem, kivéve, ha a biztosított IZYS Business csomaggal rendelkezik, amely a Különös Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében leírtak szerint kiterjed nem konvencionális tevékenységek térítésére,
- l) semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra, fogászati eredetű gnatológiai kezelésekre, illetve semmilyen fogászati kezelésre,
- m) az alábbi lézeres kezelésekre, beavatkozásokra: körömgomba, látásjavító, intimplézer,
- n) geriátriai kezelésre, gondozásra,
- o) szemlencse beültetésre,
- p) dialízis kezelésre,
- q) az alsó végtagi visszérbetegség bármilyen – injekciós, lézeres, stb. – kezelésére,
- r) az alábbi kórokozók által okozott betegség diagnosztizálásának felállítását követően szükségessé váló gondozásra, kezelésre:
 - Treponema pallidum (syphilis)
 - Neisseria gonorrhoeae
 - Chlamydia trachomatis
 - Ureaplasma urealyticum
 - Mycoplasma hominis/genitalium
 - Herpes simplex vírus 1,2
 - Trichomonas vaginalis
 - Haemophilus ducreyi (ulcus molle, lágyfekély)
 - Calymmatobacterium granulomatis (Granuloma inguinale, donovanosis)
- s) a reprodukciós képesség – termékenység, fogamzóképeség – kapcsán végzett vizsgálatokra, beavatkozásokra,
- t) genetikai vizsgálatokra,
- u) étel-intolerancia vizsgálatokra (ide értve az IgG típusú ételintolerancia tesztek; FOOD tesztet; DAO-tesztet; a cöliákia vizsgálatot; laktóz, fruktóz, szorbit vizsgálatokat) továbbá a laktulóz vizsgálatra,
- v) pszichiátriai kezelésre, gondozásra, kivéve a diagnózis felállítást megelőző első konzultációt,
- w) gyógypedagógiai kezelésre,
- x) fizio- és mozgásterápiás kezelésre,
- y) injekció-terápiás sorozatra (ideértve az ízületekbe porcregenerációs céllal beadott injekciókat vagy injekciósorozatokat is, kivéve az első, kizárólag helyi fájdalom csillapítás céljából, illetve a nem konvencionális tevékenységek keretében beadott injekciót),
- z) intenzív betegellátásra,
- aa) onkológiai kezelésre,

- bb) állapotfenntartó infúziós és kúraszerű kezelésekre, ide értve a PRP (sajátvér) kezelést és a GUNA terápiát is,
 - cc) Hepatitis C betegek gondozására,
 - dd) aneszteziológiai ellátásra, kivéve az ambuláns vagy egynapos sebészeti ellátás vonatkozásában szükségessé váló aneszteziológiai ellátást,
 - ee) a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatos ellátásra, ide értve a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket,
 - ff) a terhességgel, szüléssel és a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve amennyiben a szülés várható ideje későbbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap. Amennyiben a szülés várható ideje későbbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap, a biztosító a Járóbetegszakellátás keretén belül 2 darab nőgyógyászati vizsgálatot (hagyományos ultrahanggal – azaz nem 3D, 4D, 5D, babamozi, magzati szív ultrahang, genetikai ultrahang) fedez egészséges terhesgondozás indikációval, amelyre 6 hónapos várakozási időt alkalmaz.
 - gg) fogamzásgátlással, meddőséggel, művi megtermékenyítéssel összefüggő ellátási igényekre,
 - hh) művi terhesség megszakítással kapcsolatos ellátási igényekre, kivéve, ha a terhesség az anya életét veszélyezteteti vagy a magzat egészségi állapota ezt indokoltá teszi,
 - ii) esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés kapcsán felmerülő ellátási igényekre, kivéve a valamely betegség vagy baleset következtében szükségessé váló rekonstrukciós beavatkozásokat és az ezekhez kapcsolódó vizsgálatokat,
 - jj) a biztosított diagnosztizált HIV-fertőzésével vagy ezzel okozati összefüggésben felmerülő ellátási igényekre,
 - kk) orrsövény műtétekre,
 - ll) a Magyarországon elfogadott és általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátásokra,
 - mm) széklet genomikai tesztre,
 - nn) daganatok immunterápiájának megtervezését, végrehajtását célzó ellátási igényekre,
 - oo) gyomorszűkítő és gyomorballon műtétekre,
 - pp) a jelen pontban felsorolt kizárt eseményekhez kapcsolódó ellátások sem minősülnek biztosítási eseménynek.
- 15.13. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a nem Magyarországon végzett vizsgálatokra, ellátásokra, Egynapos és ambuláns műtétekre, valamint nem téríti meg a Biztosító a nem magyar forintban kiállított számlákat sem.
- 15.14. A Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kárkifizetésével a Biztosító sértené az Egyesült Nemzetek Szövetségének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést vagy rendeletet,

vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság, illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).

16. Biztosítási szolgáltatás igénybevétele

16.1. Azon biztosítási szolgáltatások vonatkozásában, amelyek az egészségügyi ellátás megszervezését és finanszírozását foglalják magukba, az alábbiak szerint kell eljárni:

16.1.1. A biztosított telefonon vagy online bejelenti az ellátásszervezőnek az ellátásra vonatkozó igényét, megjelölve az ellátás indokát, a felmerült egészségi panaszt.

16.1.2. Az ellátásszervező online időpontfoglaló felülete napi 24 órában elérhető. Az ellátási igények munkanapon történő telefonos bejelentési idejére vonatkozóan az ellátásszervező honlapja ad tájékoztatást a www.unionerted.hu oldalon.

16.1.3. A telefonbeszélgetések, online megkeresések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.

16.1.4. A szolgáltatási igény elbírálásához az ellátásszervező kérhet:

- orvosi javaslatot
- a panasszal, előzménybetegséggel összefüggő korábbi egészségügyi dokumentumokat.

16.1.5. **A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a biztosított a szolgáltatási igény elbírálásához, a szolgáltatási kötelezettség beálltának és összegszerűségének megállapításához szükséges adatokat és dokumentumokat maradéktalanul a biztosító/ellátásszervező rendelkezésére bocsátotta. Amennyiben a benyújtott dokumentumok hiányosak, nem tartalmazzák a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges információkat, s annak hiányait a Biztosított nem pótolja, a Biztosító/ellátásszervező a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló iratok alapján bírálja el. Amennyiben az ellátásszervező jogosnak ítéli a biztosított ellátási igényét, a bejelentést és a bejelentéshez szükséges összes orvosi javaslat, korábbi egészségügyi dokumentum ellátásszervezőhöz való beérkezését követő 5 munkanapon – Egnapos sebészeti ellátás szervezése esetén 30 napon – belül megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és a szakorvos között. Az ellátás helyszínéről és időpontjáról telefonon vagy e-mail-ben tájékoztatja a biztosítottat. Az ellátásszervező rendelkezésére álló határidő az időpontok lefoglalására és a biztosított erre vonatkozó tájékoztatására vonatkozik, nem az ellátás lebonyolítására.**

16.1.6. Amennyiben a szakorvos további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban és helyszínen veheti igénybe a biztosított, amennyiben az ellátást az ellátásszervező is indokoltan ítéli és a biztosított még nem használta el az adott ellátás típusra vonatkozó éves szolgáltatási limitjét.

16.1.7. **Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit a rendelkezésre álló éves limit erejéig megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak.**

A biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, a biztosított ellátására vonatkozó Egészségügyi dokumentáció, melyet a szolgáltató küld meg az ellátásszervező részére.

16.1.8. Amennyiben a biztosított adott ellátásra vonatkozó éves limitjéből rendelkezésre álló összeg nem fedezi az igényelt ellátás költségét, vagy az adott biztosítási évben a biztosított az ellátásra vonatkozó, forintban meghatározott limit 90%-át már felhasználta, a biztosító csak oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.

16.1.9. Amennyiben a biztosított olyan szolgáltatónál kívánja az ellátást igénybe venni, amely nem szerződött az ellátásszervezővel vagy az igényelt szolgáltatás nem érhető el a biztosító szerződött partnereinél, a biztosító csak utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a szolgáltatás díját a biztosítottnak, feltéve, hogy az ellátásra az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően került sor, és kizárólag olyan mértékig, amennyibe az adott ellátás az ellátásszervező által ajánlott szerződött szolgáltatónál került volna. Ennek az összegnek a mértékéről a szolgáltatás igénylésekor az az ellátásszervezőtől tájékozódhat a biztosított.

Az ellátásszervező által nyújtott tájékoztatás előzetes tájékoztatás, nem minősül a biztosító általi kötelezettségvállalásnak. A biztosító fenntartja a jogot, hogy az ellátást követően beküldött egészségügyi dokumentáció birtokában elutasítsa az igényt, ha az nem felel meg az Általános, Különös Feltételekben leírtaknak.

16.1.10. A biztosító utólagos, számla ellenében történő teljesítéséhez az alábbi dokumentumok benyújtása szükséges:

- a) az ellátást végző egészségügyi szolgáltató által a biztosított nevére kiállított eredeti számla vagy annak szkennelt vagy lefotózott változata,
- b) **egészségpénztár nevére kiállított számlát nem áll módunkban téríteni,**
- c) az ellátásról szóló dokumentumok másolata,
- d) minden olyan irat, lelet, orvosi dokumentum, amely a jogosultság megítéléséhez szükséges és amely megfelel a jelen Biztosítási Feltételek 1. pontjában leírtaknak,
- e) a biztosított magyarországi pénzügyi intézetnél vezetett forint bankszámlaszáma, ahova a térítést kéri.

16.1.11. A dokumentumokat a biztosító ellátásszervező partnere részére kell megküldeni az ellátást követő legfeljebb 30 napon belül az ellátásszervező elektronikus kommunikációs csatornáinak egyikén (e-mailben vagy a regisztrációt követően a weboldalon).

A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy az ellátást alátámasztó dokumentumokat szükség esetén eredetiben, papír alapon is bekérje.

Az utólagos térítésre az 16.1.10. pontban leírtak figyelembe vételével legkésőbb a 16.1.11. pontban meghatározott dokumentumok hiánytalan beérkezését követő 15 napon belül kerül sor.

<p>16.1.12. A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani, legkésőbb két munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően, az ellátásszervezőnél.</p> <p>16.1.13. Amennyiben a biztosított két munkanapon belül mondja le vagy módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban illetve nem az ellátásszervezőnél mondja le vagy módosítja az időpontot, a biztosító nem téríti vissza a már megfizetett önrészt, valamint csökkenti a biztosított rendelkezésére álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitét a tervezett ellátás költségével, limitmentes kockázatok esetén pedig a biztosított ugyanezen beavatkozás megszervezésére legkorábban 3 hónap elteltével válik ismét jogosulttá, kivéve, ha bizonyítja, hogy rajta kívül álló okból kifolyólag nem volt lehetősége az ellátást lemondani.</p> <p>16.2. Az ellátás indokoltságát a biztosító orvos-szakértője jogosult felülbírálni.</p> <p>16.3. A biztosító szolgáltatása kiterjed az olyan ellátások finanszírozására, amelyekre vonatkozó igény bejelentése a tartam vége előtt megtörtént, bár az ellátás igénybevételére már a tartam vége után került sor.</p> <p>16.4. Önrész</p> <p>16.4.1. A Járóbeteg szakellátás szolgáltatásának igénybevétele önrész megfizetéséhez kötött.</p> <p>16.4.2. Az önrész mértéke a vizsgálat típusától függetlenül egységesen 5000 Ft. Amennyiben a biztosított egyazon napon egymást követően több vizsgálaton is részt vesz, minden egyes vizsgálat után köteles megfizetni az önrészt.</p> <p>16.4.3. Az önrész megfizetésére a biztosított köteles.</p> <p>16.4.4. Az önrész megfizetése:</p> <p>16.4.4.1. Szerződött szolgáltatónál igénybevett ellátások esetén: az önrész az ellátásszervező honlapján, regisztrációt követően, az online foglalás során bankkártyával fizethető. Telefonos ellátásszervezés esetén az ellátásszervező tájékoztatása alapján történik a befizetés ugyanezen a honlapon. Az ellátásszervező ezt követően kezdi meg az ellátás megszervezését, ad lehetőséget online felületen a biztosított általi időpontfoglalásra.</p> <p>16.4.4.2. Nem szerződött szolgáltatónál igénybevett ellátások esetén: utófinanszírozás esetén a Biztosító a benyújtott számla összegéből vonja le az önrészt.</p> <p>16.4.5. Ha a biztosított 48 órával a vizsgálat előtt lemondja azt, az önrészt a biztosító visszautalja a biztosított egészségpénztári számlájára. 48 órán belüli lemondás vagy meg nem jelenés esetén az önrész nem visszatérítendő.</p> <p>16.5. Egyéb biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a szolgáltatás igénybevételének folyamatát a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.</p> <p>17. Fedezetfeltöltés <i>Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.</i></p> <p>18. Az IZYS PrivateMed Next egészségbiztosítás nem reaktiválható, nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, kölcsönrel nem terhelhető.</p>	<p>19. Jelen biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges.</p> <p>20. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól, ill. a Ptk. rendelkezéseitől <i>A Privatemed Next egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Amennyiben a tartam lejártát megelőző 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja a másik felet írásban arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik. (5. pont) – Nem fogyasztói biztosítási szerződés esetén a biztosított a szerződésbe nem léphet be (8.2. pont) – Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel. (17. pont) – A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított két év elteltével évül el. (24. pont) – Amennyiben a biztosított kiskorú, vagy cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott, vagy cselekvőképtelen nagykorú személy a szerződés érvényességéhez a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges (4.2. és 4.3. pontok) – A biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges. (19. pont) – A Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár kifizetésével a Biztosító sértené az Egyesült Nemzetek Szövetségének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést vagy rendeletet, vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság, illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt). – Szolgáltatásfinanszírozó kockázatok esetén a tényleges egészségügyi ellátást az 1.22. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni. A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja. (26. pont)
---	---

<p>21. A személyes adatok kezelésére és a titokvédelemre vonatkozó tudnivalók A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat az Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a www.union.hu/adatvedelem weboldalon is elérhető. A biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosultak megismerni mindazon személyek vagy szervezetek, akikkel szemben a Biztosítónak a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége a Bit. rendelkezései szerint nem áll fenn. Ezen szervezetek listáját az Adatkezelési tájékoztató 1. sz. Függeléke tartalmazza. A Biztosító az adatkezelések során adatfeldolgozókat, illetve kiszervezett tevékenységet végző szolgáltatókat vesz igénybe erre irányuló szolgáltatási szerződések keretében. Az adatfeldolgozók és a viszontbiztosítók listája, valamint a legfrissebb Adatkezelési tájékoztató az union.hu/adatvedelem weboldalon érhető el. Az Adatkezelési tájékoztató tartalma és az adatfeldolgozó partnerek, viszontbiztosítók listája a jogszabályi változások és a Biztosító által kötött vagy a jövőben kötendő partneri szerződésektől függően változhat.</p>	<p>26. Vitás kérdések rendezése 26.1. A szerződőnek és a biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a szerződés keretében vagy a szerződéssel kapcsolatban merül fel. Minden, a szerződés megkötése után felmerülő és a felektől független olyan körülményről, amely a szerződés teljesítését akadályozza, a felek kölcsönösen kötelesek egymást tájékoztatni. A biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviseleti szervek 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.</p>
<p>22. Jognyilatkozatok 22.1. A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a szerződőnek illetve a szolgáltatási igény bejelentése esetén a biztosítottnak az általuk megadott, és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre. 22.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatálynak tekinteni, ha azokat postai vagy elektronikus úton, írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett.</p>	<p>26.2. A panasz bejelentésének módjai 1. Szóbeli panasz bejelentése: a) személyesen: A panaszok szóbeli, személyesen történő bejelentésére: – Társaságunk Központi Ügyfélszolgálati Irodáján, annak nyitvatartási idejében biztosítunk lehetőséget. A Központi Ügyfélszolgálati Iroda címe: 1134 Budapest Váci út 33. (Dózsa György út – Váci út sarok), – vagy a fővároson kívül a területi értékesítési irodáink irodavezetőinél. A területi értékesítési irodáink elérhetősége megtalálható honlapunkon, a www.union.hu oldalon.</p>
<p>23. Elévülés <i>Szolgáltatási igény a biztosítási esemény bekövetkeztétől, egyéb igények esetén annak esedékességétől számított két év elteltével elévül.</i></p>	<p>b) telefonon: Panaszát bejelentheti Társaságunk telefonos ügyfélszolgálatán keresztül is hívásfogadási időben a (+36-1) 486-4343-as telefonszámon. 2. Írásbeli panasz:</p>
<p>24. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve 24.1. A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik. 24.2. A kapcsolattartás módja: A szerződő/biztosított az alábbi lehetőségek valamelyikét veheti igénybe a biztosítóval való kommunikációja során: – telefonon – személyesen (Ügyfélszolgálat) – írásban (postai vagy elektronikus úton).</p>	<p>a) személyesen vagy meghatalmazott által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján; b) postai úton (1380 Budapest, Pf. 1076); c) elektronikus levélben az ugyfelszolgalat@union.hu e-mail címen. A Magyar Nemzeti Bank által panaszbejelentésre használt formanyomtatvány elérhető társaságunk honlapján, valamint a Magyar Nemzeti Bank honlapján az alábbi linken: https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz</p>
<p>25. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok Jelen biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar.</p>	<p>26.3. A biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a biztosító jegyzőkönyvet vesz fel. Ha a szerződő, illetve a biztosított a panasz kezelésével nem ért egyet, a biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel. A jegyzőkönyv egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a biztosító a panaszosnak átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén a panaszra adott válasszal együtt,</p>

<p>de legkésőbb 25 napon belül a panaszosnak megküldi. A biztosító a panaszra adott, indoklással ellátott választ a szóbeli panasz közlését követő 30 napon belül küldi meg az ügyfélnek.</p> <p>26.4. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indoklással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi az ügyfélnek.</p> <p>26.5. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a szerződőhöz érkezik be, a szerződő a biztosítottakat a biztosítóhoz irányítja.</p> <p>26.6. A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina körút 55.; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)</p> <p>26.7. Amennyiben a fogyasztó Biztosítóhoz benyújtott panasz</p> <ul style="list-style-type: none"> – elutasításra került, vagy – nem a biztosítási törvényben előírtak szerint került kivizsgálásra, vagy – annak kapcsán a Biztosító válaszából a biztosítási törvényben előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez, vagy – kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelenül telt el, úgy <p>a) a Pénzügyi Békéltető Testülethez (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén fordulhat.</p> <p>A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában az ügy érdemében</p> <ul style="list-style-type: none"> – kötelezést tartalmazó határozatot hoz, ha a kérelem megalapozott, és a Biztosító a Pénzügyi Békéltető Testület döntését magára nézve kötelezőként elismerte, vagy – ajánlást tesz, ha a kérelem megalapozott, azonban a Biztosító úgy nyilatkozott, hogy a döntést kötelezőként nem ismeri el, illetve a döntés elismeréséről egyáltalán nem nyilatkozott. <p>A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában akkor is kötelezést tartalmazó határozatot hozhat, ha a Biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de a kérelem megalapozott és a fogyasztó érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg a kétfélmillió forintot.</p> <p>A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetősége: levelezési címe: 1525 Budapest Pf.: 172., telefon: +36-80-203-776, ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6. e-mail: ugyfelszolgalat@mnk.hu;</p> <p>b) a Magyar Nemzeti Bank Ügyfélszolgálatához (fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén, levelezési címe: 1534 Budapest, Pf.:777, telefon: +36-80-203-776, ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6. e-mail: ugyfelszolgalat@mnk.hu),</p> <p>c) a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.</p>	<p>26.8. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.</p> <p>26.9. A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz fordulhat az ügyfél, amennyiben a panaszára adott válasz az adatvédelmi rendelet (GDPR) alapján az érintettet megillető jogosultságok (tájékoztatáshoz, hozzáféréshez, helyesbítéshez, korlátozáshoz, adathordozhatósághoz, tiltakozáshoz, törléshez való jog) érvényesítésének korlátozásával vagy az érintetti joggyakorlásra irányuló igény elutasításával összefüggő. Ha az érintett megítélése szerint a rá vonatkozó személyes adatok kezelése megsérti a vonatkozó jogszabályokat, jogosult a Biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez fordulni az adatvedelem@union.hu e-mail címen keresztül, vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz is tehet bejelentést.</p> <p>A hatóság címe: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11., levelezési címe: 1363 Budapest, Pf.:9, telefon: (+36-1) 391-1400; e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu</p> <p>27. Egyebek</p> <p><i>Szolgáltatásfinanszírozó kockázatok esetén a tényleges egészségügyi ellátást az 1. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni.</i></p> <p><i>A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja.</i></p> <p>28. Egyéb rendelkezések</p> <p>28.1. A biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján (www.union.hu) teszi közzé.</p> <p>28.2. Az MNB fogyasztóvédelmi honlapja, a Pénzügyi Navigátor elérhető az alábbi linken: www.mnb.hu/fogyasztovedelem.</p> <p>29. A biztosító ellátásszervező partnere az UNION-Érted Ellátásszervező Kft., melynek elérhetőségei a Biztosító honlapján (www.union.hu) találhatóak meg. Az ellátásszervező személyének vagy elérhetőségének módosulásáról a biztosító legkésőbb a változást megelőző 30. napig honlapján közzétett hirdetményben ad tájékoztatást.</p> <p style="text-align: right;">UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.</p> <p>* Jelen Biztosítási Feltételek hatályba lépésekor a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről és a 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről</p>
--	--