

Med 4 Group

Csoportos
egészségbiztosítás

A circular inset image showing a group of business professionals in a meeting. A man with glasses and a beard is smiling and giving a high-five to another man. The scene is set in a modern office with a window in the background.

Az egészség megőrzése
a legjobb befektetés.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, hogy biztosítási Ajánlatának megtetele előtt **figyelmesen olvassa el a Biztosítási termékismertetőt**, és a biztosítási termék részletes leírását tartalmazó jelen **Biztosítási Feltételeket**, amely a legfontosabb elemeket kiemelő **Ügyféltájékoztatót** is tartalmazza.

A biztosítási termék neve:

Med4Group egészségbiztosítás

A termék az Ajánlaton szereplő 4 csomagban, illetve a Szerződő igénye szerint összeválogatott fedezetekkel is elérhető.

A biztosítási szerződés (továbbiakban: „Szerződés”) az alábbi – egymástól elválaszthatatlan – részekből áll:

1. Biztosítási termékismertető
2. Biztosítási Feltételek:
 - A) Ügyféltájékoztató
 - B) Általános Rendelkezések
 - C) Általános Szerződési Feltételek (továbbiakban: „ÁSZF”);
 - D) Különös Szerződési Feltételek (továbbiakban: „KSZF”),
3. Ajánlati dokumentáció (tartalma: Ajánlat, Biztosítási csomag(ok), Szerződő nyilatkozata, és esetleges Záradék)
4. Biztosított nyilatkozatok
5. Kötvény

A Szerződés tartalmazza a biztosítási esemény(ek)et és a biztosítási szolgáltatás(ok)at is, amelyekről a Biztosított a Szerződőtől kap részletes tájékoztatást.

Az alábbi leírásban a szöveg olvashatóságának javítása érdekében egyes részleteket a BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK végén található külön fejezetbe („RÉSZLETES KIFEJTÉSEK”) csoportosítottunk. Ezeket a szövegben szögletes zárójel közé zárt számhivatkozással jelöltük („[.]”), amelyekhez tartozó részletes leírások a külön fejezetben találhatóak.

Ügyfélértékelő

- Biztosító
- Felügyeleti szerv
- Jelentés a biztosító fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről
- Tanácsadás
- A közreműködők javadalmazása
- További fontos tudnivalók a biztosítási termékről
- Jogszabályok által meghatározott, egyéb fontos információk
- Gyakran ismételt kérdések
- Részletes kifejtések

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

A) Ügyfélértékelő

A.1. BIZTOSÍTÓ

A biztosító az **UNIQA Biztosító Zrt. [1]** (továbbiakban: „**Biztosító**”)

A.2. FELÜGYELETI SZERV

A Biztosító felügyeleti szerve: a **Magyar Nemzeti Bank [2]** (továbbiakban: „**MNB**”)

A.3. JELENTÉS A BIZTOSÍTÓ FIZETŐKÉPESSÉGÉRŐL ÉS PÉNZÜGYI HELYZETÉRŐL

A jelentés a Biztosító honlapján (www.uniqa.hu) érhető el.

A.4. TANÁCSADÁS

A Biztosító a jelen biztosítási termék esetén a biztosítás értékesítési módjától függően nyújt tanácsadást.

- a) Ha az értékesítés
- **függő biztosításközvetítő ügynök** közreműködésével, vagy
 - a Biztosító által, **telefonos** úton történik, a biztosító **tanácsadást** nyújt.
- b) Ha az értékesítés
- a Biztosító honlapján keresztül, **online** történik, a biztosító **nem nyújt tanácsadást**.
- c) Ha az értékesítés
- **biztosításközvetítő alkusz**, vagy
 - (a Biztosító ügynökével nem azonos) **függő biztosításközvetítő többes ügynök** közreműködésével történik, akkor ezek biztosításközvetítői (ügyfél)tájékoztatója tartalmazza, hogy **nyújtanak-e tanácsadást**.

A.5. A KÖZREMŰKÖDŐK JAVADALMAZÁSA

A Biztosító – biztosításközvetítőnek nem minősülő – közreműködői (így az értékesítési vezetők is) tevékenységüket munkaviszony keretében végzik, amelyért a munkaviszonyukra jellemző javadalmazásban részesülnek.

A.6. TOVÁBBI FONTOS TUDNIVALÓK A BIZTOSÍTÁSI TERMÉKRŐL

- a biztosítási **időszak és tartam meghatározását** a **C.5.** pont;
- a Biztosító **kockázatviselésének kezdetét** a **C.4.** pont;
- a **biztosítási esemény(ek)e)t** a **D.9.** pont;
- a **díjfizetésre** vonatkozó feltételeket, a **C.7.** pont;
- a Biztosító **szolgáltatásait, azok teljesítésének módját, idejét** és a lehetőségeket a **C.5.** pont;
- a **biztosítási szerződés megszűnésére, megszüntetésére** vonatkozó tudnivalókat a **C.9.–C.10.** pontok;
- a **szerződés módosítás és felmondás** feltételeit a **C.8.–C.9.** pontok;
- a Biztosító **mentesülését** és a **nem vállalható (kizárt) kockázatokat** a **C.12.–C.13.** pontok, a **D.10.** pont;
- a Biztosító szolgáltatás-korlátozásainak (szolgáltatási limit) feltételeit a **C.6.d)** és **C.9.1.** pontok, a **D.8.** pont szabályozza(k).

► Ügyfélértékelő

- Biztosító
- Felügyeleti szerv
- Jelentés a biztosító fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről
- Tanácsadás
- A közreműködők javadalmazása
- További fontos tudnivalók a biztosítási termékről
- Jogszabályok által meghatározott, egyéb fontos információk
- Gyakran ismételt kérdések
- Részletes kifejtések

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

A.7. JOGSZABÁLYOK ÁLTAL MEGHATÁROZOTT, EGYÉB FONTOS INFORMÁCIÓK

- A Biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviselői szervek a Biztosítóra és a termékértékesítésbe bevont személyekre vonatkozó esetleges panaszukat szóban vagy írásban a **B.2.** pontban foglaltak szerint terjeszthetik elő. [3]
- A **biztosítási titokkal**, a Biztosító **adatkezelésével**, az **adattovábbítással** kapcsolatos tudnivalókat a **B.3.** pont tartalmazza.
- A biztosítási szerződés és a kapcsolattartás nyelve magyar.
- A biztosítási szerződésre a **magyar jogot** kell alkalmazni.
- A jogszabályoktól és a szokásos szerződési gyakorlattól **eltérő rendelkezéseket** a **C.14.2.** pont tartalmazza.

A.8. GYAKRAN ISMÉTELT KÉRDÉSEK

A.8.1. Milyen szolgáltatást nyújt a Biztosító?

A Biztosító szolgáltatásai a Szerződésben kerülnek rögzítésre. Ezek jellemzően egészségügyi szolgáltatásokként, egyes esetekben pedig biztosítási összegként kerülnek meghatározásra.

A.8.2. A Biztosított ellátásának folyamata, hogyan történik a szolgáltatás?

Az ellátás megszervezése egészségügyi ellátásszervező igénybe vételével, az ellátás megszervezése erre a célra kifejlesztett online felületen vagy saját szervezésben történhet.

A.8.3. Ki a Biztosító egészségügyi ellátásszervező partnere?

A Biztosító egészségügyi ellátásszervező partnere szervezi meg a Szerződés szerinti egészségügyi szolgáltatásokat.

A Biztosítóval szerződött ellátásszervező a **Teladoc Hungary Kft.** (1092 Budapest, Köztelek u. 6.), amely a szolgáltatások **telefonon** történő bejelentését munkanapokon 8–20 óra között fogadja a **+36-1-461-1528** telefonszámon.

Az **online** időpontfoglalás minden nap 0–24 óra között rendelkezésre áll a www.mh24.hu weboldalon.

A Biztosító a Szerződés fennállása alatt megváltoztathatja ellátásszervező partnerét.

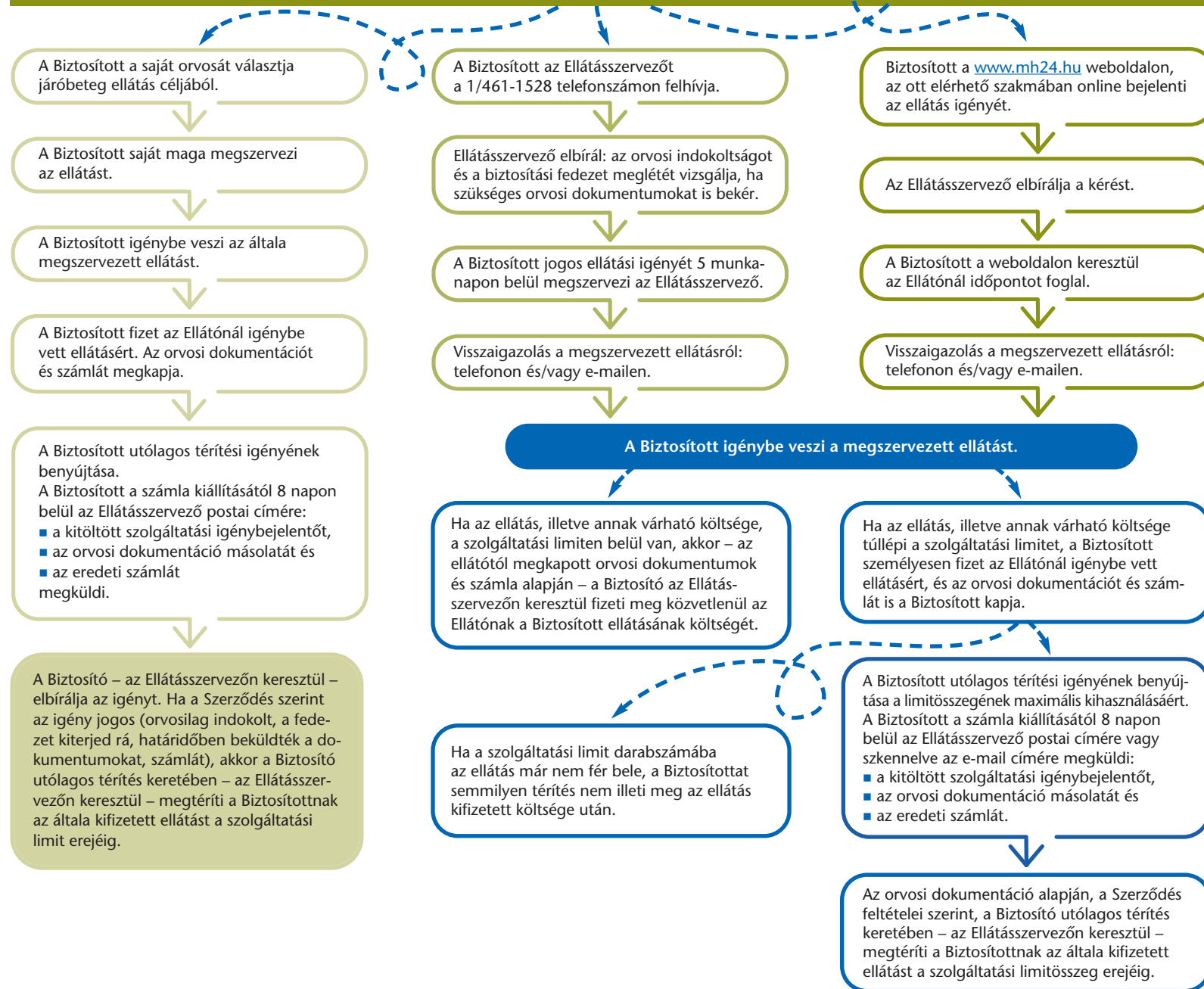
A.8.4. Hogyan kell a biztosítási díjat megfizetni?

A biztosítási díjat a Szerződő kizárólag banki átutalással fizetheti.

Az egyes folyamatokat a lenti ábrák szemléltetik:

■ Ellátás igénylése ■ Újabb (további) ellátás igénylése ■ Ellátás újraszervezése

(3 közül bármelyik megléte elindítja a folyamatot)



Ügyfélértékelés

- Biztosító
- Felügyeleti szerv
- Jelentés a biztosító fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről
- Tanácsadás
- A közreműködők javadalmazása
- További fontos tudnivalók a biztosítási termékről
- Jogszabályok által meghatározott, egyéb fontos információk
- Gyakran ismételt kérdések
- Részletes kifejtések

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

▶ Ügyfélértékelő

- Biztosító
- Felügyeleti szerv
- Jelentés a biztosító fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről
- Tanácsadás
- A közreműködők javadalmazása
- További fontos tudnivalók a biztosítási termékről
- Jogszabályok által meghatározott, egyéb fontos információk
- Gyakran ismételt kérdések
- Részletes kifejtések

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

RÉSZLETES KIFEJTÉSEK

[1] A **Biztosító** részletes adatai (A.1. pont):

- teljes név: UNIQA Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság
- székhely: 1134 Budapest, Róbert Károly körút 70–74.
- tevékenység: biztosítási tevékenység

[2] A **Magyar Nemzeti Bank** részletes adatai (B.2.1. pont):

- székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.;
- ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
- ügyfélszolgálati telefonszám: +36-80-203-776
- levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest
- internetes elérhetőség: www.mnb.hu
- e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu

[3] A **panasztétel** további részletei (A.7. pont):

- **értékesítésbe bevont személy:** A Biztosító által alkalmazott, vagy megbízott függő biztosításközvetítő ügynök, vagy az általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy
- a **panaszok** a Biztosítónak, illetve az értékesítésbe bevont személyeknek a magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozhatnak
- a **szóbeli** előterjesztés lehetőségei: személyesen, vagy telefonon
- az **írásbeli** előterjesztés lehetőségei: személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, e-mailben.

Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

B) Általános rendelkezések

B.1. FELEK KÖZÖTTI KAPCSOLATTARTÁS SZABÁLYAI, JOGNYILATKOZATOK

Ha jogszabály a jognyilatkozat érvényességéhez írásbeliséget követel meg, akkor a jognyilatkozat kizárólag akkor érvényes, ha az megfelel a Polgári Törvénykönyv (továbbiakban: „Ptk.”) előírásainak [4].

B.1.1. A Szerződő jognyilatkozatainak átadása a Biztosító részére

A Szerződésre vonatkozó ügyféloldali jognyilatkozatok megtétele a Szerződő joga és kötelessége.

I. Ajánlattétel

A Biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlat **kizárólag írásban**, a Biztosító által erre rendszeresített, a Szerződő által cégszerűen aláírt nyomtatványon tehető.

II. Felmondás

A Szerződést a Szerződő **kizárólag írásban** (postai úton, faxon megküldött vagy személyesen a Biztosító Ügyfélszolgálatán leadott), illetve legalább fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumban mondhatják fel.

Felmondható a szerződés továbbá olyan elektronikus dokumentummal, amely az eredeti felmondásnak – a nyilatkozatot tevő aláírásával ellátott – szkennelt, PDF formátumú másolatát tartalmazza.

III. Egyéb esetek

Minden más esetben a Biztosítóhoz intézett nyilatkozat a Biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban vagy e-mailen, faxon vagy elektronikus úton, a Biztosító honlapján keresztül vagy egyéb maradandó eszközzel tették, és az a Biztosító tudomására jut.

Az e-mailen küldött jognyilatkozatot a Biztosító csak abban az esetben fogadja el, ha az e-mail cím a küldő személyéhez kapcsolt, korábban a Biztosító számára bejelentett és a Biztosító által rögzített címről érkezett. A Biztosító – az e-mail üzenet tartalmától függően – jogosult dokumentum megküldésére felhívni a Szerződőt/Biztosítottat.

B.1.2. A Biztosító jognyilatkozatainak átadása a Szerződő részére

A Biztosító nyilatkozatait a Szerződőnek juttatja el, amelyek tartalmáról és a Szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a Szerződő kötelessége a Biztosította(ka)t megfelelően tájékoztatni.

I. Elektronikus kézbesítés

A Biztosító Szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozata abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a Biztosító igazolható módon elküldte a Szerződő által megadott e-mail címre vagy azt a Biztosító a honlapján elhelyezte.

- A Szerződő által megadott elektronikus adatok valótlanágából, hiányosságából származó károkért, valamint a Szerződő levelezési szolgáltatójánál felmerülő hibákért, rendellenes működésért, továbbá a szolgáltató biztonsági, illetve a Szerződő személyes fiókjának beállításai miatt felmerülő problémákért és az abból származó károkért, illetve hátrányos jogkövetkezményekért a Biztosító nem vállal felelősséget.
- Az elektronikus levelezés során a Biztosító zárt levelezési rendszeréből nyílt levelezési rendszerbe kerülhetnek a Szerződés adatai.

II. Postai kézbesítés

A címzett által meghatározott postai címre a Biztosító által feladott nyilatkozatot a kézbesítés sikerességétől függetlenül kézbesítettnek kell tekinteni

a) a kézbesítés megkísérlésének napján, ha a küldemény a Biztosítóhoz a kézbesítés eredménytelensége miatt érkezik vissza, kivéve a „nem kereste” jelzést (például cím nem azonosítható, címzett ismeretlen, átvételt megtagadta, elköltözött, kézbesítés akadályozott, levélszekrény hiánya miatt kézbesíthetetlen, meghalt/megszűnt jelzések); illetve

b) ha a Biztosító által feladott nyilatkozatot a posta a rá vonatkozó szabályoknak megfelelően „nem kereste” jelzéssel küldte vissza a Biztosítóhoz, a postai kézbesítés 2. megkísérlését követő 5. munkanapon.

A Biztosítónak a kézbesítési vélelem beálltáról nem kell értesítenie a címzettet.

Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

B.2. PANASZOK BEJELENTÉSÉNEK MÓDJA

Az ügyfél a Biztosító továbbá függő biztosításközvetítő ügynöke *magatartására, tevékenységére vagy mulasztására* vonatkozó panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben (a továbbiakban: **e-mail**)) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

- személyesen írásban vagy szóban** a Biztosító akadálymentesített Ügyfélszolgálatán (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) ügyélfogadási időben munkanapokon hétfőtől szerdáig 8–17 óráig, csütörtökönként hosszított nyitva tartással 8–20 óráig, péntekenként 8–16 óráig,
- elektronikus úton** (a panasziroda@uniqa.hu e-mail címen),
- telefonon** az alábbi telefonszámokon: +36-1/20/30/70/544-5555) munkanapokon hétfőtől szerdáig 8–17 óráig csütörtökönként hosszított nyitva tartással 8–20 óráig, péntekenként 8–16 óráig,
- telefax útján** (az alábbi telefax számon: +36-1/238-6060),
- levélben** (az alábbi címen: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.).

A panaszbeadványokon címzettként kérjük feltüntetni a *Panaszkezelés* megnevezést is. A **panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat]** a www.uniqa.hu honlapunkon nyújtunk **tájékoztatást**, valamint a szabályzat szövege megtalálható a Biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.

Amennyiben az ügyben érintett biztosításközvetítő *függő biztosításközvetítő többes ügynök*, vagy *független biztosításközvetítő alkusz*, úgy ezek magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó esetleges panaszát a biztosításközvetítőnél terjesztheti elő.

B.2.1. Felügyeleti szerve

A Biztosító felügyeleti szerve a **Magyar Nemzeti Bank [2]**.

B.2.2. Jogorvoslati fórumok

A panasz teljes vagy részleges elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfelek számára az alábbi lehetőségek állnak rendelkezésre.

I. Minden ügyfélre vonatkozó lehetőség

Bármilyen szerződéses jogvita esetén az ügyfél a Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező **bíróságnál kezdeményezhet polgári peres eljárást**.

II. A Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény értelmében Fogyasztónak minősülő ügyfelek további lehetőségei

A panasz teljes vagy részleges elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az **MNB tv. [5] értelmében fogyasztónak minősülő ügyfél [6]** az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:

- amennyiben a panasz a biztosítási szerződés *létrejöttével, érvényességével, joghatásaival, megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival* kapcsolatos, úgy az ügyfél a **Pénzügyi Békéltető Testülethez [7]** (továbbiakban: „PBT”) fordulhat;
- amennyiben a panasz az MNB tv.-ben meghatározott *fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására (a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására)* irányul, úgy az ügyfél az **MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjának [8] fogyasztóvédelmi eljárását** kezdeményezheti.

A fenti eljárások megindításának feltétele, hogy az ügyfél a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a Biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

Az ügyfél a fenti eljárások alapjául szolgáló „Kérelem” nyomtatvány megküldését igényelheti a Biztosítótól. A nyomtatványt a Biztosító igazolható módon, költségmentesen az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton haladéktalanul megküldeni köteles. A Biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján és az ügyfélszolgálat részére nyitva álló helyiségeiben is.

▶ Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

III. A vonatkozó EU rendelet értelmében Fogyasztónak minősülő ügyfelek további lehetősége: Online vitarendezési platform

Amennyiben az ügyfél az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkezik és a vonatkozó EU rendelet (továbbiakban: „Rendelet”) megfelelő pontja [9] értelmében fogyasztónak minősül, a Biztosítóval elektronikus úton megkötött biztosítási szerződéssel összefüggésben felmerülő pénzügyi fogyasztói jogvita bírósági eljárásen kívüli, a PBT közreműködésével történő rendezését az Európai Bizottság által létrehozott online vitarendezési platformon (<http://ec.europa.eu/odr>) keresztül is kezdeményezheti.

A Rendelet értelmében fogyasztónak minősül „bármely természetes személy, aki nem kereskedelmi, üzleti vagy szakmai célból jár el.”

A Rendelet hatálya közvetlenül kiterjed a Magyarországon székhellyel rendelkező pénzügyi szolgáltatóra, amennyiben közte és a fogyasztó között létrejött online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatban pénzügyi fogyasztói jogvita merül fel.

Az online vitarendezési platform az online vitarendezési eljárás lefolytatása céljából igénybe vehető olyan interaktív weboldal, amely elektronikus úton és díjmentesen elérhető az Európai Unió intézményeinek valamennyi hivatalos nyelvén, így magyarul is. A honlap működésével kapcsolatos felhasználói útmutató a <https://webgate.ec.europa.eu/odr/userguide/> oldalon található.

A Biztosító online vitarendezés érdekében – kizárólag e célból – használt e-mail címe, amelyet az online vitarendezési platformon meg kell adni: onlinevitarendezes@uniqa.hu.

Magyarországon a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a PBT [7] jogosult.

B.3. ADATKEZELÉS, ADATVÉDELEM

A Biztosító az átláthatóság elvének érvényesülése érdekében közérthető módon kívánja Ügyfeleit tájékoztatni a Biztosító adatkezeléséről és az **Európai Unió Általános Adatvédelmi Rendeletének [10]** (továbbiakban: „GDPR”) való megfeleléséről.

A Biztosító ugyanakkor – a jogi teljesség érdekében – honlapján, továbbá Ügyfélszolgálatán is közzéteszi a részletes Adatkezeléssel kapcsolatos dokumentumokat (ezen dokumentumok a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is elérhetőek). A biztosításközvetítői irodák elérhetőségei a Biztosító honlapján megtalálhatók.

A Biztosító a törvényi rendelkezések (Info. tv. [11], Bit. [12] és GDPR) alapján az alábbi tájékoztatást nyújtja a természetes személy érintettek (Szerződők, Biztosítottak, Kedvezményezettek, a Bit. szerinti egyéb Ügyfelek, a továbbiakban együttesen említve mint: „Érintett”) részére. Az Érintett személyes adatai kezelésének célja, jogalapja és időtartama [13] alatt táblázatos formában megtalálható.

B.3.1. Adatkezelő, az Adatkezelő képviselője és az Adatvédelmi tisztviselő neve, elérhetősége

Adatkezelő: UNIQA Biztosító Zrt.

Az Adatkezelő képviselőjének, továbbá az adatvédelmi tisztviselőnek neve és elérhetősége a Biztosító honlapján és az Ügyfélszolgálaton kifüggesztve található. Ezen információkról Ügyfeleink a függő biztosításközvetítő ügynök biztosításközvetítői irodájában is tájékozódhatnak.

B.3.2. Az Adattovábbítás címzettjei

Adatfeldolgozók: A Biztosító részéről adatfeldolgozóként a Biztosító számára a biztosítási Szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, adatfeldolgozók járhatnak el, akik az adatokat megismerhetik. Az adatfeldolgozók címzeti körök szerint [14] alatt található. A Biztosítónál adatfeldolgozást végző személyek hatályos listája a Biztosító honlapján található.

Amennyiben a biztosítási szolgáltatás teljesítése érdekében elengedhetetlen, a Biztosító a Szerződés teljesítése céljából harmadik országba továbbítja az Érintett személyes adatait annak érdekében, hogy az Érintett külföldön vehessen igénybe szolgáltatásokat.

A Biztosító minden esetben az Érintett által igénybe vett szolgáltatás szerinti országban honos partnerének továbbítja az Érintett személyes adatait. Amennyiben a Szerződés teljesítéséhez az elengedhetetlenül szükséges, a Biztosító 3. országba a [15] alatt található címzeti körök továbbíthat adatot.

B.3.3. A Biztosítási titok megismerése

A Biztosító jogosult kezelni Ügyfeleinek biztosítási titoknak minősülő adatait. A biztosítási titok kezelésére vonatkozó rendelkezéseket a Bit. 135-146. §-ai tartalmazzák, amely szövege elérhető a Magyarország Kormánya által meghatározott, elektronikus közszolgáltatásként működő, bárki számára térítésmentesen hozzáférhető honlapon (www.njt.hu).

▶ Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

B.3.4. Az Érintettek jogai

Az alábbi leírás kivonatossan tartalmazza az Érintettnek az adatvédelem által biztosított, Érintetti szerepétől (például Szerződő, Biztosított) is függő jogait. A részletes leírás megtalálható a Biztosító honlapján (www.uniqa.hu/adatkezeles) és Ügyfélszolgálatán.

I. Az Érintett hozzáférési joga

A Biztosító elérhetőségein az Érintett bármikor jogosult arra, hogy tájékoztatást kapjon arról, hogy személyes adatainak kezelése folyamatban van-e, és ha igen, akkor jogosult arra is, hogy hozzáférjen tárolt személyes adataihoz, és azokról másolatot kérhet, illetve tájékoztatást kérhet arról, hogy miként kezeljük személyes adatait.

II. A helyesbítéshez való jog

Az Érintett jogosult arra, hogy kérésére a Biztosító indokolatlan késedelem nélkül helyesbítse, javítsa a pontatlan adatokat, illetve a hiányos adatok kiegészítését kérje.

III. A törléshez való jog („az elfeledtetéshez való jog”)

Az Érintett kérheti, hogy a Biztosító indokolatlan késedelem nélkül törölje az Érintett olyan személyes adatait, amelyek tárolását jogszabály nem írja elő és/vagy amelyekre – a GDPR rendelkezéseire figyelemmel – Biztosítónak már nincs a továbbiakban szüksége a Szerződés teljesítéséhez.

IV. Az adatkezelés korlátozásához való jog

Amennyiben az Érintettnek kérdése vagy aggodalma merül fel személyes adatai kezelésének pontosságával, indokoltságával vagy jogszerűségével kapcsolatban, kérheti bizonyos adatkezelési tevékenységek korlátozását. A korlátozás ideje alatt adatkezelési műveletek nem végezhetők, csak tárolni lehet az adatokat. A korlátozás feloldásáról a Biztosító előzetesen tájékoztatja az Érintettet.

V. A hozzájárulás visszavonásához való jog

Amennyiben az Érintett hozzájárult a személyes adatainak használatához, kezeléséhez vagy megosztásához, a hozzájárulását bármikor visszavonhatja, amennyiben nem a Szerződés teljesítéséhez szükséges adatokról van szó. Ha a személyes adatok kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik, az Érintett jogosult arra, hogy bármikor tiltakozzon a személyes adatok e célból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is, amennyiben az a közvetlen üzletszerzéshez kapcsolódik.

Ha az Érintett tiltakozik a személyes adatok közvetlen üzletszerzés érdekében történő kezelése ellen, akkor a személyes adatok a továbbiakban e célból nem kezelhetők.

A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét.

VI. Az adathordozhatósághoz való jog

Az Érintett bármikor kérheti, hogy a Biztosító a hozzájárulása alapján, vagy szerződéses jogalapon kezelt személyes adatait tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban bocsássa rendelkezésére.

VII. Jogorvoslati jog

Ha az Érintett úgy ítéli meg, hogy a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok szerinti jogait megsértették, jogában áll a **Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál [16] panaszt** benyújtani.

Az Érintett jogellenes adatkezelés esetén polgári **per indíthat** a Biztosító ellen. A per az Érintett választása alapján a lakóhelye szerinti törvényszék előtt is megindítható.

B.3.5. A Biztosító elérhetősége adatkezelési ügyekben

A Szerződő a B.3.4. pontban felsorolt jogait az adatvedelem@uniqa.hu e-mail címre vagy az UNIQA Biztosító Zrt., 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74. postai levelezési címre küldött levelében gyakorolhatja.

▶ Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

B.4. AZ EGYOLDALÚ MÓDOSÍTÁS LEHETŐSÉGE

A B.2. (Panaszok bejelentésének módja) és B.3. (Adatkezelés, adatvédelem) pontok a Szerződés aláírásakor hatályos feltételeket tartalmazzák. **A Biztosító jogosult a hivatkozott pontokban szabályozott rendelkezéseket a Szerződő számára nem kedvezőtlenül vagy kedvezően egyoldalúan módosítani.**

A Biztosító a honlapján és az Ügyfélszolgálaton naprakészen tájékoztatja az ügyfeleit a panaszok bejelentésének módjáról valamint az adatkezeléshez és az adatvédelemhez kapcsolódó aktualizált információkról és részletekről. Ezekről az információkról a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is tájékozódni lehet.

B.5. ALKALMAZANDÓ JOG

A Szerződésben nem szabályozott kérdésekben a Ptk., a Bit. és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései alkalmazandók.

B.6. ELÉVÜLÉS

A Szerződésből eredő igények a követelés esedékességétől számított **egy év alatt** évülnek el.

B.7. TELJESSÉGI ZÁRADÉK

A Szerződés a Felek közti megállapodás minden feltételét tartalmazza, így az esetleges korábbi megállapodások, nyilatkozatok hatályukat veszítik, és nem képezik jelen Szerződés tartalmát. Továbbá nem válik a Szerződés tartalmává a Felek esetleges korábbi szerződéses / üzleti gyakorlata, szokása, sem a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

B.8. SZANKCIÓS KORLÁTOZÁSI ÉS KIZÁRÁSI ZÁRADÉK

Jelen Szerződés egyéb rendelkezéseitől függetlenül, jelen biztosítási szerződés abban az esetben jogosít szolgáltatásra vagy a Biztosító által teljesítendő bármely kifizetésre, amennyiben az nem ütközik az ENSZ Biztonsági Tanácsa által vagy az Európai Unió által alkalmazott gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióba, és/vagy embargós rendelkezésébe, továbbá nem ellentétes bármely más, a jelen Szerződő felekre alkalmazandó nemzeti jogszabállyal. Ez a rendelkezés irányadó az Amerikai Egyesült Államok vagy egyéb ország gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióira és/vagy embargós rendelkezéseire is, amennyiben azok nem ellentétesek az Európai Unió vagy Magyarország jogszabályaival.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

RÉSZLETES KIFEJTÉSEK

- [4] Az **írásbeliségre** vonatkozó hivatkozott **törvényi** előírás (B.1. pont):
- A közlésnek meg kell felelnie a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben előírt írásbeliség követelményének, azaz alkalmasnak kell lennie a jognyilatkozatban foglalt tartalom változatlan visszaidézésére, a nyilatkozattevő személyének és a nyilatkozat megtétele időpontjának azonosítására.
- [5] A hivatkozott **MNB tv.** (B.2.2. pont):
- a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény
- [6] A **fogyasztó** fogalma a panaszkezelés szempontjából (B.2.2. pont):
- Az MNB tv. alkalmazásában **fogyasztó** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.
 - A **panaszkezelés szempontjából nem minősül fogyasztónak** többek között a gazdasági társaság, a szövetkezet, a társasház, az ügyvédi iroda, vagy bármely más jogi személyiséggel rendelkező szervezet, továbbá a biztosításközvetítő, illetve a Biztosító vagy biztosításközvetítő alkalmazásában álló/képviselőjében eljáró személy.
- [7] A **Pénzügyi Békéltető Testület** részletes adatai (B.2.2. pont):
- székhely: MNB 1054 Budapest, Szabadság tér 9.
 - levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172
 - telefonszám: +36-80-203-776
 - internetes elérhetőség: www.mnb.hu/bekeltetes
 - e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu
- [8] Az **MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjának** részletes adatai (B.2.2. pont):
- székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
 - levelezési cím: 1534 Budapest BKKP Pf. 777
 - telefon: +36-80-203-776
 - internetes elérhetőség: www.mnb.hu/fogyasztovedelem
 - e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu
- [9] A **fogyasztókra vonatkozó hivatkozott EU rendelet (GDPR)** megfelelő pontja (B.2.2. pont):
- 524/2013/EU rendelet 4. cikk (1) bekezdés a) pont
- [10] Az **adattvédelemre vonatkozó hivatkozott EU rendelet** (B.3. pont):
- Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 számú Általános Adattvédelmi Rendelete
- [11] A hivatkozott **Info tv.** (B.3. pont):
- Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény
- [12] A hivatkozott **Bit.** (B.3. pont):
- A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

[13] Az Érintett személyes adatai kezelésének célja, jogalapja és időtartama (B.3. pont):

	Adatkezelés célja	Adatkezelés jogalapja	A kezelt adatok köre	Adatok tárolásának időtartama
1.	A biztosítási szerződés megkötése, kockázatkezelés, meglévő biztosítási szerződések állományban tartása és módosítása, valamint a biztosítási szerződésekhez kapcsolódó díjak, követelések megállapítása.	GDPR 6. cikk (1) bek. f) pontja: a biztosítási szerződés teljesítése	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	A biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának ideje, valamint azon időtartam, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
2.	Csalás-megelőzés: a Biztosító biztosítási csalás megelőzése érdekében végzett tevékenysége.	GDPR 6. cikk (1) bek. f) pontja: a Biztosító jogos érdekeinek érvényesítése.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	GDPR 17. cikk (3) bek. e) pontja: (jogi) igény érvényesítése.
3.	A biztosítási szerződés megkötése és teljesítése, továbbá a kockázatközösség védelme, amennyiben a Biztosító kockázatviselése kiterjed a Biztosított egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre.	A szerződés megkötését megelőzően az Érintett kifejezett hozzájárulása; ezt követően – ha a szerződés létrejön – a GDPR 6. cikk (1) bek. c) pontja: jogi kötelezettség teljesítése.	Az Érintett által megadott egészségügyi adatok. Így különösen a természetes személy azonosító adatai, TAJ-száma, egészségügyi kérdőívre adott válaszai, egészségügyi adatai, az egészségügyi adatokat alátámasztó leletek, orvosi diagnózisok és feljegyzések.	A biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának ideje, valamint azon időtartam, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
4.	A Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítésének megítéléséhez szükséges adatkezelés.	GDPR 6. cikk (1) bek. c) pontja: a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a biztosítási szerződés, a Bit., a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény, továbbá az adott jogterületre vonatkozó ágazati jogszabály keletkezteti.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	A biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának ideje, valamint azon időtartam, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
5.	A szerződéssel kapcsolatos kérdésekkel, kérésekkel, vagy jogérvényesítés céljából a Biztosítóhoz bármilyen csatornán (honlapon lévő űrlap kitöltésével, írásban, telefonon vagy személyes ügyfélszolgálaton) keresztül forduló Érintett azonosítása annak érdekében, hogy a Biztosító kizárólag olyan biztosítási titkot közöljön, melynek megismerésére az azonosított fél jogosult.	GDPR 6. cikk (1) bek. b) pontja: a biztosítási szerződés teljesítése.	Név, születési név, anyja neve, születési idő, azonosító okmány száma, e-mail cím, elektronikus felületen keresztüli ügyintézés esetén az azonosításhoz szükség felhasználonév és jelszó.	A biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának ideje, valamint azon időtartam, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
6.	A kárigények érvényesítése során a technikai adminisztráció megkönnyítése és a gyorsabb ügyintézés, kifizetés, továbbá az elírások kiküszöbölése érdekében, illetve az igénybejelentéssel történő, és egyéb, a kárügyintézés megkönnyítő (postai, e-mailes vagy telefonos) kapcsolatfelvétel során olyan információk és adatok begyűjtése érdekében, amelyek által a Biztosító meg tudja ítélni a kárigény jogosságát, valamint a kárkifizetés/biztosítási szolgáltatás szerződés szerint szükséges mértékét.	Amennyiben a szolgáltatásra igényt tartó személy a Biztosítóval szerződéses kapcsolatban áll (Szerződő, Biztosított), úgy az adatkezelés jogalapja a biztosítási szerződés teljesítése. Amennyiben az Érintett nem áll szerződéses kapcsolatban a Biztosítóval (például felelősségbiztosítások esetén a károsult), úgy a jogalap a Biztosító jogos érdeke.	Többek között: az Érintett (például Biztosított, Szerződő, károsult) neve, címe és káreseményhez kapcsolódó adatok.	A biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának ideje, valamint azon időtartam, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
7.	Az ügyfelek igényeire szabott egyedi, vagy új és meglévő termékeinek ismertetése, gazdasági reklámok, hírlevelek küldése.	Az Érintett hozzájárulása.	Név, cím, telefonszám, e-mail cím, Érintett meglévő szerződéseire vonatkozó adatok (különösen a szerződések típusa és díja), a szerződések lejárata.	Leiratkozásig, visszavonásig.

Felhívjuk a figyelmet, hogy a vállalati ügyfeleknek értékesített csoportos biztosítások esetén a Biztosítottként megjelölt természetes személyek személyes adatait a Biztosító az egyéni ügyfelekkel megegyező adatvédelmi előírások betartása mellett kezeli.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- [14] Az adatfeldolgozók címzetti körök szerint (B.3.2 pont):
- belföldi és az Európai Gazdasági Térségről szóló Egyezményben részes tagállamban lévő viszontbiztosítók,
 - elektronikus adatfeldolgozó szolgáltatók,
 - informatikai (rendszerkarbantartó, üzemeltető) szolgáltatók,
 - információbiztonsági és szoftverfejlesztési szolgáltatók,
 - kárrendező és kárszakértő szolgáltatók,
 - kárrendezés során eljáró magánnyomozók,
 - kockázatbírálásban és kárrendezés során eljáró orvosszakértők,
 - kárrendezésben és díjbehajtásban résztvevő ügyvédek, ügyvédi irodák, követelésbehajtók,
 - vagyonkezelők, nyomdai szolgáltatók.

- [15] A Biztosító 3. országba az alábbi címzetti körnek továbbíthat adatot (B.3.2. pont):
- viszontbiztosítók,
 - egészségügyi intézmények,
 - egészségügyi szolgáltatást nyújtó szolgáltatók,
 - nyomozóhatóság, ügyészség, bíróság.

- [16] A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetőségei (B.3.4. pont):
- cím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c
 - levelezési cím: 1530 Budapest, Pf.: 5.
 - telefon: +36-1-391-1400
 - telefax: +36-1-391-1410
 - Internetes elérhetőség: www.naih.hu
 - e-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

C) Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Biztosító díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a Szerződésben meghatározott jövőbeni biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatást teljesíti.

C.1. A SZERZŐDÉS ALANYAI

C.1.1. Biztosító

A Biztosító az **UNIQA Biztosító Zrt. [1]**, amely a biztosítási díj ellenében a Szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatások teljesítését vállalja.

C.1.2. Szerződő

A Szerződő az, aki a Szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj megfizetését együttesen valamennyi Biztosítottra vonatkozóan vállalja. **Szerződő lehet bármely Magyarországon működő munkáltató, gazdasági társaság, jogi személy, egyéb szervezet, közösség.**
A Szerződő és a Biztosító együttesen a továbbiakban: „**Felek**”.

C.1.3. Biztosított

A biztosítási Szerződés egyidejűleg egy vagy több, Biztosítottakból álló csoportra vonatkozik.

A csoportokat a Szerződő állítja össze az ajánlatban meghatározott objektív szempont(ok) – többek között a foglalkozás, a beosztás, a munkavégzés helye, a munka veszélyessége – alapján.

Biztosított az a természetes személy, akit a Szerződő – a Szerződésben megjelölt valamelyik csoport tagjaként – biztosításra jelölt.

További feltétel, hogy a Biztosított a Biztosítotti nyilatkozat dokumentum kitöltésével és aláírásával, az eredeti példány Biztosító részére történő eljuttatásával kérje a Szerződés hatályának rá történő kiterjesztését, és hogy azt a Biztosító elfogadja.

A Szerződő személyére vonatkozó megkötések miatt **a Biztosított nem léphet a Szerződő helyébe.**

C.1.4. Kedvezményezett

Kedvezményezett minden esetben a Biztosított, aki a Szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésekor a szolgáltatás igénybevételeire jogosult.

C.2. FOGALMAK

C.2.1. A Szerződéshez kapcsolódó, a Szerződés konkrét tartalmától függő dokumentumok

- Ajánlati dokumentáció:** „Ajánlat”, „Biztosítási csomag(ok), „Szerződő nyilatkozata”, esetlegesen „Záradék” dokumentumokból áll.
A **Szerződő nyilatkozata** tartalmazza a Felek közötti elszámolás, adatközlés és változás jelentés részletes szabályait, az írásbeliségre vonatkozó szabályokat és a Felek közötti egyéb egyezségeket.
- Kötvény:** az Ajánlat elfogadását igazoló, a Biztosító által kibocsátott dokumentum.
- Biztosítotti nyilatkozat:** az a dokumentum, amellyel a Biztosított hozzájárul a biztosítási szerződés hatályának rá történő kiterjesztéséhez és a személyes adatainak kezeléséhez.

C.2.2. A Biztosító szolgáltatásához kapcsolódó fogalmak

Az alábbi fogalmak a jelen biztosítási feltételek szerinti szóhasználatot tükrözik, e fogalmak más területen, illetve környezetben történő, esetlegesen eltérő tartalmú használata nem vonatkoztatható a jelen Szerződésre.

- AMBULÁNS MŰTÉT:** járóbeteg-ellátás keretében végzett olyan műtét, amely után az ellátott személy a beavatkozást követő megfigyelés után még a beavatkozás napján otthonába bocsátható, és amely nem minősül egy-napos sebészeti beavatkozásnak.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- b) **BALESET:** a Biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a Biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.
- c) **BETEGSÉG:** az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.
- d) **DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLAT:** olyan orvosi eljárás, amely a beteg panasza okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányul, de – önmagában – nem célja az állapot megváltoztatása.
- e) **DIETETIKAI SZAKTANÁCSADÁS:** valamely betegség vagy kóros állapot miatt szükséges, egyénre szabott táplálkozási és ehhez kapcsolódó életmód tanácsadás.
- f) **EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ:** az egészségügyi ellátások során, a Biztosított vizsgálatával, kezelésével kapcsolatosan valaha keletkezett egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, tény, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. Ilyen dokumentum lehet különösen: ambulánslap; kórházi zárójelentés; vizsgálati lap; ápolási, illetve ellátási dokumentáció; vizsgálati és labor leletek; szövettani eredmények; diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek; vény és beutaló vagy ezek másolatai.
- g) **EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS:** a Biztosított adott egészségi állapotához, illetve annak felméréséhez kapcsolódó, egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi tevékenységek összessége.
- h) **EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSSZERVEZŐ (továbbiakban: ELLÁTÁSSZERVEZŐ):** azon intézmény, amelynek közreműködésével a Biztosító egészségügyi szolgáltatásokat szervez, továbbá telefon keresztüli szolgáltatásokat nyújt a Biztosított részére. Az Ellátásszervező pontos nevét, elérhetőségeit a KSZF tartalmazza, amelyről a Szerződő a Biztosítottakat köteles tájékoztatni. Amennyiben az Ellátásszervező megváltozik, erről a Biztosító – lehetőség szerint – legkésőbb a változás hatályba lépését 30 nappal megelőzően tájékoztatja a Szerződőt.
- i) **EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ:** egészségügyi ellátások nyújtására a magyar egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult szolgáltató.
- j) **EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁS:** jogszabályban meghatározott olyan tervezhető sebészeti beavatkozás, amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre specializáltan működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, fel-

téve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt és elvégezhető az ellátást igénybe vevő választása és vizsgálati eredménye alapján; továbbá: amely elvégzését követően az ellátott az intézménybe történő felvételét követő 24 órán belül, megfigyelés után, a saját lábán hagyja el az intézményt.

- k) **ELŐZMÉNY NÉLKÜLI BETEGSÉG:** a kockázatviselés ideje alatt fellépő olyan betegség, amelynek nem volt a kockázatviselés kezdetét megelőzően már fennállott vagy kórismézett előzménye, továbbá a kockázatviselés kezdetét megelőző balesettel sincs összefüggésben.
- l) **FIZIKOTERÁPIA:** fizikai energiákkal, hővel, elektromos energiával, mechanikai erővel végzett gyógykezelés, amelyet szakirányú végzettséggel rendelkező szakember végez.
- m) **FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS:** a betegnek folyamatos kórházi benntartózkodás alatt végzett egészségügyi ellátása.
- n) **FOGÁSZATI SZŰRŐVIZSGÁLAT:** a fogazat állapotának felmérését szolgáló fogszakorvosi (szűrő)vizsgálat.
- o) **GYÓGYMASSZÁZS:** orvosi rendelvény alapján végzett masszázskézelés, amelyet gyógymasször képzéssel rendelkező szakember végez.
- p) **GYÓGYTORNA:** egyfajta mozgásterápia, amely egyéni igényekre és fizikai állapotra szabott specifikus gyakorlatsorokból áll, és amelyet gyógytornász diplomával rendelkező szakember irányít.
- q) **JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁS:** szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalomszerű egészségügyi ellátás, amely a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján történik.
- r) **KONTROLLVIZSGÁLAT:** olyan rendszeres – nem aktuális panasz miatt kezdeményezett – vizsgálat, amely a meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapotot, illetve a kezelés hatékonyságát ellenőrzi, és szükség esetén a beteg kezelésének megfelelő változtatásával jár.
- s) **KÓRHÁZ:** Magyarországon a magyar tisztiorvosi szolgálat által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó orvosi jelenlétet biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik és kórtörténetet vezet.
- Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, nappali kórházak, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, az elmebete-

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

gek gyógy- és gondozóintézetei, pszichiátriai intézetek, hospice tevékenységet végző intézmények, ápolási intézmények, illetve a krónikus fekvőbeteg ellátást nyújtó intézetek, geriátriai (időseket ellátó) intézetek, szociális otthonok, továbbá a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.

- t) **LABORVIZSGÁLAT:** emberi szövetrészletek (például vér) és biológiai produktumok (többek között vizelet, széklet, sebváladék) laboratóriumi körülmények közötti fizikai, kémiai, biológiai módszerekkel való vizsgálata a minták kvalitatív és kvantitatív összetételének, biológiai aktivitásának és fertőzöttségének megállapítása céljából.
- u) **MŰTÉT:** minden olyan – orvos által – az orvosi szakma szabályai szerint, orvosilag indokoltan végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy a betegség megállapítása céljából hajtottak végre. A műtét a beavatkozás kockázatától függően lehet néhány értő mozdulat vagy több órás operáció.
- v) **SÜRGŐS SZÜKSÉG KÖRÉBE TARTOZÓ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás egészségügyi ellátása, amelynek hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve maradandó egészségkárosodást szenvedne. Az ilyen ellátást szükségessé tevő életet veszélyeztető állapotok és betegségek pontos meghatározása [17] alatt található.
- w) **SZŰRŐVIZSGÁLAT:** minden olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleg fennálló betegségeinek vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.
- x) **VIZSGÁLAT:** minden olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja az egészségi állapot felmérése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, az egészségi állapot változásának megállapítása, a szükséges gyógykezelés meghatározása és eredményességének ellenőrzése.

C.3. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

A Szerződés a Felek írásbeli megállapodásával jön létre. A Szerződő a Szerződés megkötését a Biztosító által erre rendszeresített Ajánlattal kezdeményezi.

A Szerződés úgy jön létre, hogy a Biztosító az Ajánlat és a hozzátartozó nyilatkozatok alapján kockázatbírálást végez, majd az Ajánlatra **Kötvényt** állít ki.

A Biztosító – ha egészségügyi kockázatfelmérést végez – a szerződéskötéshez egészségi nyilatkozat kitöltését és/vagy orvosi vizsgálat elvégzését is kérheti.

A kockázatbírálási idő az Ajánlat Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított **15 nap, egészségügyi kockázatfelmérés esetén 60 nap**, kivéve, ha a Biztosító kockázatbírálás nélkül a Kötvényt kiállítja.

A Szerződés létrejöttére vonatkozó további részletes tudnivalók [18] alatt találhatóak.

C.4. A SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE, A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE

A Szerződés az azt követő nap 0 órájától lép hatályba, amikor a Szerződés első díja a Biztosító bankszámlájára beérkezik, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, feltéve hogy a Szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.

A kezdeti (a Szerződésbe annak kezdetével bevont) Biztosítottakra vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése a Szerződés hatálybalépésével egyidejűleg kezdődik. Ha a Felek díjhalasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés kezdete a Szerződésben kerül rögzítésre.

Új (valamely biztosított csoportba a Szerződés kezdetét követően belépő) Biztosítottokra a Biztosító kockázatviselése az azt követő hónap első napján kezdődik, amikor a Biztosítóhoz – a Szerződésben előírt módon – a vonatkozó adatközlés és a szabályszerűen kitöltött eredeti Biztosított nyilatkozat beérkezik. A belépés esetleges elutasítására vonatkozó szabályozás [19] alatt található.

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

C.5. A SZERZŐDÉS TARTAMA, A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK ÉS A BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓ

A Szerződés határozatlan tartamra jön létre, kivéve, ha azt a Felek a Szerződésben határozott időre kötik. Határozott tartamú Szerződés esetén a biztosítás tartama a kezdet és lejárat közötti időszak, amely dátumok a Szerződésben kerülnek rögzítésre. A határozott tartam lejáratával a Szerződés automatikusan megszűnik.

A BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓ a Szerződés kezdetét követően minden évben a Szerződésben ekként megjelölt hónap és nap. A biztosítási évfordulókhoz kapcsolódnak – többek között – a felmondási jog, a biztosítási díj elszámolása, a Szerződés tartalmi módosítása.

Határozott tartamú Szerződés esetén a BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK a biztosítási szerződés kezdete és lejáratá közötti időszak.

Határozatlan tartamú Szerződés esetén a BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK a biztosítási évfordulókhoz igazodó egy éves időtartam (az első biztosítási időszak a Szerződés kezdetétől az első biztosítási évfordulóig terjedő időtartam).

C.6. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI CSOMAG, SZOLGÁLTATÁSI LIMIT

a) **A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** olyan esemény, amelyre a biztosító kockázatviselése kiterjed.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA az igénybe vett egészségügyi ellátás napja, kivéve, ha a KSZF máshogy rendelkezik.

b) **A biztosítási SZOLGÁLTATÁST** a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési időn belül bekövetkezett biztosítási eseményre nyújtja.

c) **A BIZTOSÍTÁSI CSOMAG** a Biztosító által előre összeállított biztosítási események és szolgáltatások együttese.

d) **A (SZOLGÁLTATÁSI) LIMIT** a Biztosító által az egyes biztosítási időszakokra darabszámban és/vagy forintösszegben meghatározott szolgáltatási korlátozás. A szolgáltatások Biztosítottanként a szolgáltatási limit mértékéig kerülnek teljesítésre.

A már igénybe vett szolgáltatások a limitet megfelelően csökkentik az adott biztosítási időszakban. A szolgáltatási limit fel nem használt része nem vihető át a következő biztosítási időszakra.

A biztosítási események, szolgáltatások és a biztosítási csomagok részletes meghatározását a KSZF tartalmazza. Az alkalmazott szolgáltatási limitek az Ajánlati Dokumentációban kerülnek rögzítésre.

C.7. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ, A DÍJFIZETÉS SZABÁLYAI

C.7.1. A biztosítási díj megfizetése

A biztosítási díj [20] a Biztosító kockázatvállalásának ellenértéke, amelyet a Szerződőnek kell megfizetnie.

A Szerződés kezdetére vonatkozóan a Biztosító meghatározza az első biztosítási időszakra vonatkozó kezdeti biztosítási díjat, mely mindaddig érvényes marad, amíg azt az elszámolás szabályai (C.7.2. pont) szerint módosítani nem kell.

A biztosítás rendszeres díjfizetésű. A Szerződő havi, negyedéves, féléves, éves díjfizetési gyakoriságot választhat [21].

A biztosítás első díja a kockázatviselés kezdőnapján [22], a folytatólagos (rendszeres) díj pedig mindig előre, annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

A díjfizetés **kizárólag banki átutalással** teljesíthető. A biztosítási díj akkor tekintendő megfizetettnek, amikor az a Biztosító erre rendszeresített számlájára, a Szerződésre egyértelműen azonosíthatóan teljes egészében beérkezett.

A Biztosítót a kockázatviselés teljes tartamára – az utolsó naptári hónap végéig – illeti meg a biztosítási díj.

Az esedékes díjrészletnél magasabb összeg befizetésével többlétszolgáltatásra jogosultság nem keletkezik. A befizetett díjtöbbletet kamatmentes díjelőlegként kezeli a Biztosító, és a következő esedékes díjrészletbe beszámítja.

A Biztosító a biztosítási díj részleges megfizetését – ellenkező megállapodás hiányában – nem fogadja el; a Biztosító a részlegesen megfizetett biztosítási díjat a Szerződő részére kamatmentesen visszautalja, és a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok (C.9.1. pont) szerint jár el.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

C.7.2. Felek közötti elszámolás, adatközlés, változásjelentés

A Felek közötti elszámolás, adatközlés és változásjelentés részletes szabályait, az írásbeliségre vonatkozó szabályokat és a Felek közötti egyéb egyezségeket az Ajánlati Dokumentációban szereplő **Szerződő nyilatkozata** tartalmazza.

C.7.3. A díjmódosítás egyéb szabályai határozatlan tartamú szerződések esetén

A Szerződés hatálya alatt a Biztosító a biztosítás díjának vagy fizetési feltételeinek megváltozásáról legkésőbb a biztosítási évforduló előtt **45 nappal írásban értesíti** a Szerződőt. A Szerződő legkésőbb az évforduló előtt 30 nappal köteles nyilatkozni, hogy a jelzett díjváltozást elfogadja-e.

a) Amennyiben a Szerződő a Biztosító által közölt módosításokkal a Szerződést nem kívánja fenntartani, a Szerződést a biztosítási évfordulóra, az évfordulót megelőzően – 30 napos felmondási határidővel – írásban felmondhatja.

A díjmódosítás visszautasítását követően a biztosítási szerződés a módosított biztosítási díj érvénybe lépését megelőző nap végével megszűnik.

b) Amennyiben a fent jelzett határidőig a Szerződő nem nyilatkozik, a Szerződő a biztosítási évforduló napjától kezdődő hatállyal a megváltozott mértékű biztosítási díjat köteles megfizetni.

C.8. A SZERZŐDÉS MÓDOSÍTÁSA

C.8.1. Közös megegyezés

A Felek a Szerződés tartalmát közös megegyezéssel bármikor írásban módosíthatják.

A Szerződés módosítását bármelyik fél írásban kezdeményezheti.

C.8.2. A biztosítási kockázat megnövekedése

Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a Szerződést érintő lényeges körülményekről [23], a Biztosító 15 napon belül javaslatot tehet a Szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a Szerződés értelmében nem vállalja – a Szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

A Biztosító módosító javaslat tételére vagy a Szerződés felmondására irányuló jogosultságának további feltétele, hogy az utólagosan megismert vagy megváltozott körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezzék.

Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül írásban nem válaszol, a Szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megkérdőjelezésére a Szerződő figyelmét felhívta.

Ha a Biztosító a fenti Szerződés módosítási/felmondási jogával nem él, a Szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.

C.9. A SZERZŐDÉS MEGSZŪNÉSE, KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŪNÉSE

A Szerződés – ezzel a Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosítottra – megszűnik az alábbi esetek bármelyikében:

C.9.1. Díjfizetési kötelezettség elmulasztása

Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, és díjfizetési halasztásban írásban sem állapodtak meg, a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő kitérésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a Szerződés visszamenőlegesen, a díjjal fedezett időszak utolsó napjának leteltével megszűnik, kivéve, ha a Biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

A Biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosítási díj késedelmes fizetése esetén a késedelembe esés időpontjától **korlátozhatja, illetve szüneteltetheti**.

C.9.2. A határozott tartam lejárta

A határozott tartamra kötött Szerződés esetén a tartam lejárta napjának végével szűnik meg a Szerződés, kivéve, ha a lejáratot megelőzően a Biztosító és Szerződő megállapodnak a Szerződés megújításában, folytatásában.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

C.9.3. A Szerződő jogutód nélküli megszűnése

A Szerződő jogutód nélküli megszűnése esetén az erről szóló határozatban feltüntetett megszűnés napjának leteltével a Szerződés megszűnik.

C.9.4. Rendes felmondás

A Szerződő vagy a Biztosító a határozatlan tartamú Szerződést **legkésőbb a biztosítási időszak végét megelőző 30 nappal írásban** felmondhatják a biztosítási időszak végére.

C.9.5. Közös megegyezés

A Szerződés a Felek közös megegyezésével bármikor megszüntethető.

C.10. AZ EGYES BIZTOSÍTOTTAKRA VONATKOZÓ KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

Valamely Biztosítottra vonatkozóan megszűnik a kockázatviselés:

- a) ha a Szerződés megszűnik, a Szerződés megszűnése napjának végével;
- b) ha a Biztosítottnak a Szerződésbe bevont csoportokhoz való tartozása megszűnik (többek között kilépés, átszervezés, felfüggesztés, nyugdíjba vonulás miatt), a csoporttagság hónapjának végével;
- c) annak a naptári évnek a végével, amelyben a Biztosított életkora eléri a 70. életévet;
- d) a Biztosított halálakor.

C.11. A FELEKRE VONATKOZÓ EGYÉB JOGOK ÉS KÖTELEZETTSÉGEK

C.11.1. A Szerződő és Biztosított egyéb kötelezettségei

I. Közlési és tájékoztatási kötelezettség

A Szerződőt és a Biztosítottat egyaránt közlési kötelezettség terheli, amelynek értelmében a szerződéskötéskor, illetve a Biztosítottnak a Szerződésbe történő belépésekor mindannyian kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt a Biztosítóval közölni, ame-

lyet ismertek vagy ismerniük kellett. A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

A Biztosító a közölt adatokat ellenőrizheti, és e célból a Biztosított egészségi állapotára, tevékenységére vonatkozó további kérdéseket tehet fel, és orvosi vizsgálatot is előírhat. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

A Szerződés létrejötte előtt keletkezett, a Biztosítottat érintő egészségi panaszokat, betegségeket és baleseti következményeket a Biztosító által rendelkezésre bocsátott nyilatkozat kitöltésével a Biztosítottnak – a Biztosító kérésére – közölnie kell a Szerződés megkötése előtt.

A közlések alapján a Biztosító sajátos szerződési feltételeket szabhat (többek között egyedi díj, kockázatszűkítés vagy kockázatkizárás alkalmazása) vagy az ajánlatot elutasíthatja.

A közlési kötelezettség vonatkozik a Biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló tényezők közlésére a Szerződés módosításakor is, így különösen a biztosítási évfordulóhoz kapcsolódóan a Szerződés átdolgozásakor.

A Szerződő és a Biztosított felhatalmazást adnak a Biztosítóknak a közölt adatok ellenőrzésére.

II. Változásbejelentési kötelezettség

A Szerződőnek a Biztosítót 5 napon belül tájékoztatnia kell a Szerződésben rögzített adatainak, jogállásának megváltozásáról (különös tekintettel név, székely, e-mail cím, telefonszám). Ennek elmulasztása esetén a jogkövetkezményeket a Szerződő viseli. A bejelentés elmulasztása esetén a Biztosító az általa ismert utolsó címre – beleértve az email címet is – joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

A Szerződő a Szerződés tartama alatt 30 napon belül írásban be kell jelentse a Biztosítottak foglalkozásának a vállalt kockázatra (például balesetveszélyre) ható lényeges megváltozását.

III. Szolgáltatási igény bejelentése (biztosítási esemény bejelentése)

A biztosítási szolgáltatás igénybevételének folyamatát és a teljesítéshez szükséges dokumentumok részletes leírását a KSZF tartalmazza.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

C.11.2. A Biztosító felülbírálati jogai

A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához saját orvosszakértőt vehet igénybe. A Biztosító orvosszakértőjének joga van – egyebek mellett – a szolgáltatás teljesítése szempontjából felülbírálni a gyógykezelés szükségességét és indokolt időtartamát.

A Biztosító orvosszakértőjének megállapításai függetlenek minden más orvosi vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvosszakértők megállapításaitól, és az igény elbírálásánál a Biztosító a saját orvosszakértőjének véleményét veszi alapul.

C.11.3. A Biztosító kötelezettségei

I. Tájékoztatási kötelezettség

A Biztosító köteles

- a) a Szerződő részére a Szerződéssel, a Szerződést érintő változással kapcsolatos minden szükséges tájékoztatást teljes körűen megadni;
- b) a Biztosítottat – kérésére – tájékoztatni a bejelentett szolgáltatási igénye rendezésének, kifizetésének státuszáról, illetve ezek esetleges akadályairól.

II. Szolgáltatási kötelezettség

A Biztosító a Szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor érvényes Szerződés feltételeinek és csoporttagsági adatközlőnek megfelelően nyújtja. Az érintett Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ellenőrzéséhez a Biztosító bekéri a Szerződőtől a szükséges adatokat, és kérheti a Biztosított állomány adatainak visszamenőleges ellenőrzési lehetőségét is.

A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben vis maior (a Biztosító által előre nem látható, elháríthatatlan külső akadály) kizárja vagy korlátozza a teljesítést.

A Biztosító a *pénzbeli szolgáltatásokat* a jogalap fennállása esetén, az igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezésétől számított **15 napon belül** teljesíti. Ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a felhívás megküldését követő 30. nap leteltével a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el. A Biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.

C.11.4. A veszélyközösség védelme

A Biztosító a Biztosított veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében bizonyos esetekben jogosult megkereséssel fordulni más biztosítóhoz az e biztosító által kezelt egyes meghatározott adatok vonatkozásában [24]. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.

A Biztosító baleset-, egészség-, illetve életbiztosítások teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti más biztosítótól:

- a) a Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett azonosító adatait;
- b) a Biztosított adatfelvételtől, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- c) az a) pontban meghatározott személyeket érintő korábbi és jelenlegi, az e fejezetben meghatározott szerződéstípusokba tartozó – a megkeresett biztosítónál megkötött – szerződésekkel kapcsolatosan:

- a biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat
- a szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat-felméréshez szükséges adatokat és
- a szolgáltatások teljesítési jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

A Biztosító által megkeresett másik biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles átadni a Biztosítóknak.

A Biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig, bizonyos esetekben tovább [25] kezelheti.

A Biztosító az e célból végzett megkeresésről és a megkeresés teljesítéséről, továbbá az abban szereplő adatok köréről az érintett ügyfelet a megkereséstől számított 30 napon belül értesíti.

A Biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a fenti céltól eltérő célból nem kapcsolja össze.

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentesülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

C.12. MENTESÜLÉS

C.12.1. Jogellenesség, szándékosság, súlyosan gondatlan magatartás

A Biztosító mentesül a szolgáltatási, fizetési kötelezettsége alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a betegséget, a balesetet, illetve az egészségkárosodást a Biztosított vagy a Szerződő jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartással [26] okozta.

C.12.2. A közlési, illetve változásbejelentési kötelezettség megsértése

A Szerződő vagy a Biztosított közlésre, illetve a változás bejelentésére irányuló kötelezettségének megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége csak akkor áll fenn, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetőleg a betegségbiztosítási szolgáltatás esetében, ha a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől – változás-bejelentési kötelezettség esetén a bejelentési határidő leteltétől – a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt. A közlési, illetve változásbejelentési kötelezettség megsértésének minden egyéb esetben a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

Ha a Szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változás bejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító e kötelezettség megsértésére a nem érintett személyek esetén nem hivatkozhat.

A közlési kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna. A változásbejelentési kötelezettség a Szerződőt terheli.

C.12.3. Díjvisszatérítés

A Biztosító mentesülése esetén a Szerződőt a biztosítási díjból semmilyen visszatérítés nem illeti meg.

C.13. ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK

A biztosítási fedezet nem terjed ki azon eseményekre, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak:

- a) harci cselekményekkel, háborús eseményekkel és terrorcselekményekkel, továbbá harci eszközök által okozott sérülésekkel, valamint katonai vagy polgári hatóságok rendelkezéseivel;
- b) felkeléssel, lázadással, zavargással, fosztogatással, sztrájkjal, tüntetéssel vagy bármilyen politikai szervezettel, illetve annak nevében fellépő személyekkel;
- c) a felszabaduló nukleáris energiakárosító hatásával, mágneses/elektromágneses mező által okozott sérülésekkel;
- d) radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
- e) valamely, a kockázatviselési idő kezdete előtt bekövetkezett balesettel, illetve a kockázatviselési idő kezdetét megelőzően kialakult vagy a kockázatviselési idő kezdetét megelőző előzménnyel rendelkező betegséggel;
- f) olyan szubjektív panaszokra épülő betegségekkel, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók, továbbá a migrénnel, a gerinc degeneratív betegségeivel (például a polidiszkopátia) és azok közvetett és közvetlen következményeivel;
- g) plasztikai műtéttel, esztétikai kezeléssel vagy szépészeti és kozmetikai okból végzett kezelésekkal;
- h) versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményekkel;
- i) a Biztosított öngyilkosságával vagy annak kísérletével valamint öncsonkításával összefüggésben bekövetkezett eseményekkel;
- j) különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, bűvárkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint a motoros meghajtású szárazföldi és vízi járművek használatával járó, és egyéb rendkívüli felkészültséget és tudást feltételező sportágak űzése közben bekövetkezett eseményekkel;
- k) repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával), kivéve az utasként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett légi utasforgalomban;
- l) alkohol, drog vagy kábítószer, illetve szenvedélybetegség miatti egészségügyi ellátással, szolgáltatással és elvonókúrákkal;

Ügyfélértékelés

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- m) orvosi, illetve egészségügyi végzettséggel vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezeléssel;
- n) az alábbi fertőző betegségekkel: TBC, tetanusz, veszettség, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek (többek között malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz), SARS; továbbá olyan ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzéssel, amely ellen a betegség diagnosztizálását megelőző 30. napon még nem rendelkeztek Magyarországon hatékony védőoltással, antibiotikummal vagy más gyógyszerrel;
- o) nem-konvencionális gyógyítási célú eljárásokkal, alternatív gyógyászattal, akupunktúrával, természetgyógyászati kezeléssel, tanácsadással;
- p) a Biztosított elme- vagy tudatzavarával okozati összefüggésben bekövetkező eseményekkel;
- q) szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezésekkel, sérülésekkel (ideértve a drogok, kábítószeres által okozottakat is);
- r) a Biztosított fegyveres szolgálatának teljesítése közben, illetve a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményekkel.

A Biztosító a balesetek, illetve a baleseti eredetű események köréből továbbá kizárja:

- a) a megemelés összes formáját;
- b) a porckorong sérüléseket, a rándulásokat, a ficamokat, zúzódásokat, horzsolásokat, húzódásokat, továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket.

C.14. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

C.14.1. Az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó felelősség

A tényleges egészségügyi ellátást az ellátásszervezés keretében kijelölt egészségügyi szolgáltató nyújtja, amelynek tevékenységére az egészségügyi törvény rendelkezései vonatkoznak. Az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből adódó károkért az egészségügyi szolgáltató, és nem a Biztosító, tartozik helytállni.

A Biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az elkövetett orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az egészségügyi ellátást végző szolgáltatóhoz továbbítja, és közreműködik abban, hogy az egészségügyi szolgáltató a panaszt kivizsgálja, és a kivizsgálás eredményéről a panaszost tájékoztassa.

C.14.2. A jogszabályoktól, a szokásos vagy a korábbi szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő rendelkezések

Jelen pont tartalmazza a Szerződés azon rendelkezéseit, amelyek a szokásos szerződési gyakorlattól, illetve a Ptk. rendelkezéseitől lényegesen eltérnek.

- A Felek a kapcsolattartásra és jognyilatkozatokra vonatkozó rendelkezések értelmében e-mailben is kommunikálhatnak egymással a B.1. pontban rögzítettek szerint.
- Az adatkezelésre, adatvédelemre vonatkozó GDPR-nak történő megfelelés érdekében a személyes adatok kezelésére vonatkozó rendelkezések módosításra kerültek a B.3. pont szerint.
- A biztosítási szerződésből eredő igények elévülésére vonatkozó szabályok értelmében az elévülési idő az általános 5 év helyett 1 év a B.6. pontban rögzítettek szerint.
- A Biztosított a Szerződő helyébe nem léphet a C.1.3. pont szerint.
- A Szerződés csak írásban jöhet létre a B.1.1. és C.3. pontok értelmében.
- Díjnemfizetés esetén a Biztosító a szolgáltatást – a fizetés teljesítésére adott póthatáridő ideje alatt – korlátozhatja, illetve szüneteltetheti a C.9.1. pont szerint.
- Határozatlan idejű szerződések esetében a Biztosítót megilleti a rendes felmondás joga a C.9.4. pontban rögzítettek szerint.
- A díjfizetés kizárólag banki átutalással teljesíthető a C.7.1. pontban rögzítettek szerint.
- Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik annak a naptári évnek a végével, amelyben a Biztosított életkora eléri a 70. életét a C.10. pontban leírtak szerint.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

RÉSZLETES KIFEJTÉSEK

[17] A sürgős szükség körébe tartozó életet veszélyeztető állapotokat és betegségeket az 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet melléklete részletezi (C.2.2 v) pont):

1. Életet veszélyeztető, vagy maradandó egészségkárosodás veszélyével járó (külső vagy belső) vérzés
2. Átmeneti keringés- és/vagy légzésleállással járó állapotok (Pl. embolia, Adams-Stokes-Morgagni szindróma., syncope, fulladások, életet veszélyeztető ritmuszavarok, klinikai halál állapota)
3. Életveszélyes endokrin- és anyagcsere állapotok, a folyadék- és ion- háztartás életveszélyes zavarai
4. Központi idegrendszeri kompresszió veszélyével járó kórképek (Pl. agyödéma, fejfájás, szédülés, tumor, gyulladás, fejlődési rendellenesség, trauma)
5. Esméletlen állapotok
6. Status epilepticus és tüneti görcsrohamok
7. Hirtelen fellépő látászavar, látásvesztés, „vörös szem”, zemsérülés
8. Szepszis
9. Magas halálozású, vagy súlyos szövődmények kialakulásának veszélyével járó hirtelen fellépő, vagy progrediáló, nem-sebészeti betegségek és érkatasztrófák ellátása
10. Szülés, koraszülés, lepényleválás, súlyos terhességi toxémia, eclampsia újszülött ellátása, akut nőgyógyászati vérzés
11. Sokk megelőző és sokkos állapotok, életveszélyes allergiás és anaphylaxiás állapotok, szisztémás és poliszisztémás autoimmun betegségek krízis-állapotai
12. Az immunrendszer fokozott, vagy kóros működésén, illetve a csontvelői vérsejtképzés elégtelenségén alapuló heveny vérsejthiány-állapot
13. Veleszületett, vagy szerzett véralvadási zavar alapján létrejövő heveny életveszély

14. Akut légzési elégtelenség, légút szűkület (pl. gégeödéma, asthmás roham, idegentest, fulladás)
15. Mérgezők
16. Akut hasi katasztrófák és azok képében jelentkező, nagy fájdalommal, görcsökkel járó kórképek (Pl. bélelzáródás, appendicitis, perforatio, méhen kívüli terhesség, petefészek ciszta megrepedése, tuboovariális tályog, kocsánycsavarodott cysta, kizárt sérv, epegörcs, vesegörcs, vérvizelés)
17. Égés-fagyás (III.-IV. fokú és nagyterjedésű I-II. fokú, és/vagy az életminőség szempontjából különösen veszélyeztetett testtáját vagy a légutakat érintő)
18. Elsődleges sebllátás
19. Testüregek (koponya, mellkas, has) és parenchymás szervek (szív, tüdő, lép, máj, vese) sérülése
20. Compartement szindrómák
21. Nyílt törések és decollement sérülések
22. Amputációk (replantációs lehetőségekkel vagy azok nélkül)
23. Súlyos medencegyűrű törések
24. Politraumatizáció, többszörös sérülések
25. Búvárbaesetek, magassági betegség, keszonbetegség, barotrauma
26. Áramütés, elektrotrauma
27. Hő- és hidegártalom, kihűlés, hypothermia, hyperthermia, nap-szúrás, hõguta
28. Súlyos akut sugárártalom és sugárbetegség
29. Öngyilkossági kísérlet és szándék, mentális állapottal összefüggő közvetlen veszélyeztető állapot
30. Heveny pszichés zavarok, pszichózisok
31. Infektológiai kórképek, melyek önmagukban vagy szövődmények révén az életet veszélyeztető állapotot idéznek elő.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- [18] A **Szerződés létrejöttére** vonatkozó további tudnivalók (C.3. pont):
- A Biztosító – kockázatkezelési szempontok miatt – az Ajánlaton szereplőnél magasabb díjat is megállapíthat, illetve az Ajánlatot egyéb módosításokkal is elfogadhatja. Ha a Kötvény tartalma az Ajánlattól eltér, és az eltérést Szerződő a Kötvény kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban nem kifogásolja, a Szerződés a Kötvény tartalma szerint jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a Biztosító az eltérésre a Szerződő fél figyelmét a Kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a Szerződés az Ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
 - A Szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító a hiánytalanul kitöltött Ajánlati dokumentációra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – egészségügyi kockázatfelmérés esetén 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az Ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a Biztosító által rendszeresített Ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a Szerződés – az Ajánlat szerinti tartalommal jön létre.
 - A Biztosítónak az Ajánlatot, annak beérkezését követő 15 napon belül, egészségügyi kockázatfelmérés esetén 60 napon belül indoklás nélkül elutasíthatja.
 - Ha a Szerződés nem jön létre, a Biztosító a díjat kamatmentesen visszafizeti a Szerződő részére. Ha a kockázatelbírálási idő (15 nap, egészségügyi kockázatfelmérés esetén 60 nap) alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az Ajánlatot a Biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az Ajánlat dokumentumban a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az Ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

- [19] Az **új Biztosított esetleges elutasítására** vonatkozó szabályozás (C.4. pont):
- A Biztosító az új Biztosítottra vonatkozó adatközlés, valamint a Biztosított nyilatkozat beérkezését követő 15 napon belül – ha az adott Biztosítottra vonatkozó ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, a beérkezést követő 60 napon belül – a Biztosított belépését elutasíthatja.

- [20] A **biztosítási díj** mértékét meghatározó főbb tényezők (C.7.1. pont):
- A biztosítási díj meghatározása a Szerződés tartalmának** – így többek között a biztosított csoport(ok)ra jellemző veszélyességnek, a Biztosítottak létszámának, a biztosítási eseményeknek, a szolgáltatás időbeli jellegének, az egyes Biztosítottak korának, foglalkozásának és egészségi állapotának, a biztosítási összegeknek, a szolgáltatások körének és hozzájuk tartozó limiteknek, a díjfizetés gyakoriságának – **megfelelően történik.** A biztosítási díj a Biztosító költségeire és megtérülésére is fedezetet nyújt.

- [21] A **díjfizetési gyakoriság megváltoztatása** (C.7.1. pont):
- A díjfizetés gyakoriságát a Szerződő a biztosítási évfordulókon megváltoztathatja, amennyiben erre irányuló kérését a biztosítási évforduló előtti 45. napig írásban jelzi a Biztosítónak, és a Biztosító ahhoz hozzájárul.

- [22] Az **első díjra** vonatkozó további szabályozás, **halasztott díjfizetés** (C.7.1. pont):
- Amennyiben a Szerződés halasztott díjfizetéssel (vagy halasztott díjfizetéssel és egyben halasztott kockázatviselési kezdettel) jön létre, az első biztosítási díj legkésőbb a kockázatviselés kezdetétől (C.4. pont) számított 30. napon esedékes.
- A Biztosító az első díjat kamatmentes díjelőlegként kezeli. Amennyiben a Szerződés létrejön, a Biztosító a díjelőleget – a Kötvény szerinti kezdeti naptól **érvényesen – a biztosítási díjba beszámítja, az Ajánlat elutasítása esetén pedig visszautalja a Szerződőnek.**

- [23] A **Szerződést érintő lényeges körülményekről való tudomásszerzés** pontosítása (C.8.2. pont):
- A Biztosító által olyan lényeges körülményekről való tudomásszerzés,
- melyek a Szerződés hatálybalépését vagy valamely Biztosított Szerződésbe való belépését megelőzően már fennálltak (így például a Biztosított egészségi állapotával kapcsolatos körülményről), vagy
 - melyek a Szerződés fennállása alatt megváltoztak,
 - beleértve azt az esetet is, amikor a Szerződő vagy a Biztosított lényeges körülmények változását közli a Biztosítóval.

Ügyfélértékelés

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

[24] A Biztosított veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében történő biztosítók közötti megkeresés részletes feltételei (C.11.4. pont):

- a) A megkeresés
- a Bit. 149. §-ában biztosított felhatalmazás alapján,
 - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során,
 - a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése érdekében,
 - a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából történik.
- b) A megkeresés a Bit. 149. § (3)–(6) bekezdése által meghatározott olyan adatokra vonatkozik, amelyeket a megkeresésbe bevont biztosító
- a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint,
 - a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével kezel.
- c) A megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését.

[25] A Biztosító által a megkeresés során megkapott adatok kezelésére vonatkozó határidők (C.11.4. pont):

A Biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti.

Ha a Biztosító tudomására jutott adat a Biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

Ha a megkeresés eredményeként a Biztosító tudomására jutott adat a 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.

[26] Betegség, baleset, illetve az egészségkárosodás (e pontban együtt: „esemény”) vonatkozásában súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen (C.12.1. pont):

- a) ha e tényt bíróság vagy más hatóság határozatával megállapította;
- b) ha az esemény a Biztosított szándékosan elkövetett bűncselekményével kapcsolatban következett be;
- c) ha az esemény a Biztosított 2,5 ezrelék véralkoholszintet, illetve 1,26 mg/l lég-alkoholszintet meghaladó súlyosan ittas vagy bódító, kábító vagy más hasonló hatású szertől befolyásolt állapotával vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével közvetlen okozati összefüggésben keletkezett;
- d) ha az esemény a Biztosított érvényes jogosítvány nélküli vagy alkoholos állapotban történő gépjárművezetésével közvetlen okozati összefüggésben következett be;
- e) ha a Biztosított a jogszabályban vagy egyéb kötelező előírásban meghatározott személyi, tárgyi, műszaki, technikai, informatikai feltételek, továbbá biztonsági felszereltség hiányában végezte tevékenységét, és az eseményekkel összefüggésben keletkezett.

A Med 4 Group egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

D) A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

A jelen KSZF-ben nem szabályozott kérdésekre az ÁSZF rendelkezései vonatkoznak. A KSZF-ben és az ÁSZF-ben leírtak ellentmondása esetén a KSZF-ben foglaltak az irányadók.

D.1. A BIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓ KIKÖTÉSEK

Biztosított az lehet, aki az alábbi feltételek mindegyikének eleget tesz:

- a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetének évében még nem tölti be a 70. életévét;
- a biztosítás rá vonatkozó kezdete előtt még nem nyugdíjas, sem rokkantsági nyugdíjas, sem rehabilitációs ellátásban, sem rokkantsági ellátásban nem részesül, illetve munkaképesség csökkenés megállapítására irányuló kérelmet sem nyújtott be a mindenkori illetékes hatósághoz;
- a Szerződő munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretében foglalkoztatja.

D.2. BIZTOSÍTÁSI CSOMAG, BIZTOSÍTÁSI FEDEZET

A Biztosító által előre összeállított – a biztosítási események és szolgáltatások meghatározott körét tartalmazó – Biztosítási csomagok az 1. számú Függelékben találhatók.

A Szerződő által választott Biztosítási csomag(ok), illetve az ezektől eltérően választott biztosítási fedezetek, valamint az alkalmazott szolgáltatási limitek az Ajánlati Dokumentációban kerülnek rögzítésre.

D.3. TERÜLETI HATÁLY

A Szerződés a Magyarország területén történő egészségügyi szolgáltatásokra nyújt fedezetet.

D.4. A BIZTOSÍTÓ ELLÁTÁSSZERVEZŐ PARTNERE

A Biztosító Ellátásszervező partnerének nevét és elérhetőségét a 2. számú Függelék tartalmazza.

D.5. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSÁNAK FOLYAMATA

D.5.1. Ellátásszervezőn keresztül igénybe vett egészségügyi ellátás

- A Biztosított az Ellátásszervezőnek a 2. számú Függelékben található **telefonszámon** és **időszakokban** jelentheti be az ellátásra vonatkozó igényét.

A Biztosított – amennyiben az Ajánlati Dokumentáció erre lehetőséget ad, az abban foglaltak szerint – egyes egészségügyi ellátásokra vonatkozó igényét a 2. számú Függelékben megadott **weboldalon** keresztül **online** is bejelentheti az Ellátásszervezőnek, illetve egyes, ott elérhető egészségügyi szolgáltatóknál időpontot is tud foglalni.

A telefonbeszélgetések és az online bejelentések rögzítésre kerülnek, így a későbbiekben visszakereshetők.

- **Az ellátás igénylésekor – az Ellátásszervező kérésére – a kapcsolódó egészségügyi dokumentumokat a Biztosítottnak kell az Ellátásszervezőhöz eljuttatnia.** Az Ellátásszervező a bejelentést, illetve a szükséges dokumentumok beérkezését követő **5 munkanapon belül** megszervezi az ellátást, kivéve a második orvosi szakvéleményt és a szűrővizsgálatokat, melyek részletes leírását a D.9.4. II. és D.9.5. pontok tartalmazzák. **Az igényelt ellátást a Biztosító nem finanszírozza az alábbi feltételek bármelyikének teljesülése esetén:**

- ha arra a Szerződés biztosítási fedezete nem terjed ki,
- ha az a Biztosított által megküldött dokumentumok alapján **orvosilag nem indokolt,**
- ha az ellátási javaslatot – szakorvosi előírás, javaslat szükségessége esetén – **nem arra illetékes szakorvos tette.**

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

Függelékek

- Az ellátás helyszíne az egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitások alapján kerül kiválasztásra a Biztosított igényének figyelembevételével.

A megszervezett ellátás helyszínéről, pontos időpontjáról – az igénybejelentés módjától függően – az Ellátásszervező vagy az Egészségügyi Szolgáltató telefonon vagy e-mailben tájékoztatja a Biztosítottat.

- Ha a Biztosított részére az ellátó további egészségügyi ellátást javasol, akkor ezt is előzetesen be kell jelentenie az Ellátásszervezőnek, aki indokoltság és a biztosítási fedezet megléte esetén, egy új időpontra megszervezi a további ellátásokat.
- Az **Ellátásszervező** minden esetben **vele szerződött egészségügyi szolgáltatóhoz** szervezi meg az ellátásokat.
- **Az ellátások költségét a Biztosító – az Ellátásszervező bevonásával – téríti meg közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónak, kivéve, ha a Biztosított éves szolgáltatási limitje már kimerült, vagy a limitig még elkölthető összeg már nem fedezi teljes mértékben a szükséges ellátás várható költségét, amely esetben – az ellátás igénybevételekor – a Biztosítottnak kell kifizetnie az ellátás teljes költségét közvetlenül az ellátónak.**

A Biztosító a Biztosított által kifizetett teljes költségből utólagosan, az éves limit erejéig téríti meg az ellátás költségét.

Az utólagos térítés feltétele, hogy a Biztosított az alábbi dokumentumokat az Ellátásszervező postai címére vagy az Ellátásszervező email címére szkennelve az igénybe vett ellátás díjáról szóló számla kiállításától számított 8 napon belül megküldje:

- **kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt** (szolgáltatási igénybejelentő a Szerződőtől vagy az Ellátásszervezőtől kérhető, illetve a Biztosító honlapjáról is letölthető);
- az igénybe vett ellátáshoz kapcsolódó **teljes egészségügyi dokumentáció másolatát**;
- a Biztosított nevére kiállított **eredeti számlát**.

A Biztosító – az Ellátásszervezőn keresztül – az igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti a Biztosítottnak a dokumentumok és a szolgáltatási limit alapján a Szerződés szerint járó térítést.

Egyes biztosítási szolgáltatások esetében a fent írtaktól eltérhet a szolgáltatás igénybevételenek folyamata. Ezek az eltérések a biztosítási események és szolgáltatások részletes leírásánál (D.9. fejezet) jelzésre kerülnek.

D.5.2. Nem az Ellátásszervezőn keresztül igénybe vett egészségügyi ellátás

Ha a Szerződés tartalmazza a *Szakorvosi ellátás a Szabad orvos választás keretében* biztosítási eseményt, és a Biztosított ehhez kapcsolódóan **nem az Ellátásszervezőn keresztül veszi igénybe az ellátást, akkor ennek teljes költségét a Biztosítottnak kell megfizetnie közvetlenül az ellátónak.**

Ez esetben a Biztosító – az Ellátásszervezőn keresztül – csak utólag, a D.5.1. pontban leírt dokumentumok kizárólag postai úton történő benyújtását követően és az ugyanott leírt határidőben, a Szerződésben rögzített biztosítási eseményekre és limitek erejéig, a Szerződésben, különösen a jelen D.9. fejezetében, rögzített szolgáltatási feltételek teljesülése esetén nyújt térítést a Biztosítottnak.

D.6. TÖBB ELLÁTÁS EGYÜTTES IGÉNYLÉSE AZ ELLÁTÁSSZERVEZŐNÉL

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

D.7. AZ ELLÁTÁSSZERVEZŐ ÁLTAL MEGSZERVEZETT ELLÁTÁS LEMONDÁSA

A Biztosított a számára felajánlott ellátást az Ellátásszervezőnél telefonon térítésmentesen lemondhatja, vagy – online foglalás esetén – térítésmentesen online törölheti, feltéve, hogy az ellátás tervezett időpontja és a lemondás időpontja közé legalább 2 munkanap (szűrővizsgálat esetén 3 munkanap) esik.

Ha a tervezett ellátás a szervezés napjától számított 2 munkanapon belüli időpontra esik, úgy az időpontot legkésőbb a szervezés napján lehet az Ellátásszervezőnél telefonon térítésmentesen lemondani, vagy – online foglalás esetén – a foglalás napján térítésmentesen online törölni.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

Függelékek

Amennyiben a Biztosított az egyeztetett időpontban nem jelent meg, és a fentebb jelzett határidőig a tervezett ellátást nem is mondta le, úgy a Biztosító az adott ellátásra vonatkozó éves limitösszeget csökkenti az elmaradt ellátásnak az ellátó által felszámított költségével, egyúttal az elmaradt ellátást is beszámítja a darabszámra vonatkozó limit érvényesítésénél.

D.8. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSÁRA VONATKOZÓ ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

A Biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és az ellátás költségeinek megtérítésén kívül más költségek megtérítésére nem terjed ki.

Amennyiben a Biztosított az adott biztosítási időszakban a szolgáltatást nem veszi igénybe, a jogosultság nem vihető át a következő biztosítási időszakra.

Biztosítási esemény csak olyan ellátás lehet, amelyet az Ellátásszervezőn keresztül vettek igénybe, kivéve a szabad orvos választás esetét (D.9.1. b) és D.9.3 III. pontok).

D.9. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

Általános szabályok

A Biztosító az ebben a fejezetben meghatározott biztosítási események (egészségügyi ellátások) bekövetkezése esetén szolgáltat, feltéve, hogy a Szerződés biztosítási fedezete kiterjed az adott biztosítási eseményre.

A szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy az alábbiak mindegyike teljesüljön:

- a biztosítási esemény a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartam alatt következzen be (a biztosítási események időpontja megegyezik az igénybe vett egészségügyi ellátás napjával a C.6. a) pontban írottak szerint);
- a biztosítási eseményt a kockázatviselési időn belül bekövetkezett baleset vagy a kockázatviselés időn belül kialakult, előzmény nélküli betegség váltsa ki;
- a biztosítási esemény orvosilag indokolt legyen (az orvosi indokoltság megállapításához a Biztosító, illetve az Ellátásszervező – szükség esetén – szakorvosi vélemény benyújtását is kérheti a Biztosítottól).

Az ellátások megszervezésére és igénybevételére az Ellátásszervező bevonásával, illetve a D.5.1. pontban jelzett weboldalon keresztül van lehetőség.

Az ellátások költségét a D.5. fejezetben írt feltételek fennállása esetén az ott leírtak szerint téríti meg a Biztosító.

A fentiekől eltérő eseteket az egyes biztosítási események és szolgáltatások leírása külön tartalmazza.

A Med 4 Group egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

D.9.1. Járóbeteg-ellátás keretében végzett ellátások

I. a) Biztosítási esemény megnevezése:

Szakorvosi ellátás – AZ ELLÁTÁSSZERVEZŐ SZERVEZÉSÉBEN

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett járóbeteg-szakellátás az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

NEM biztosítási esemény:

- a szűrővizsgálat céljából végzett járóbeteg-szakellátás,
- a Biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett balesetével vagy betegségével (a krónikus betegségeket is beleértve) összefüggésben végzett kontrollvizsgálat,
- D.9.2. pontban felsorolt, diagnosztika keretében végzett ellátások.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett járóbeteg-szakellátás költségét.

b) Biztosítási esemény megnevezése:

Szakorvosi ellátás – A SZABAD ORVOS VÁLASZTÁS KERETÉBEN

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett járóbeteg-szakellátás nem az Ellátásszervező szervezésében.

NEM biztosítási esemény:

Megegyezik az I. a) pontban leírtakkal.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.2. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett járóbeteg-szakellátás költségét.

II. Biztosítási esemény megnevezése: DIETETIKAI TANÁCSADÁS

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, szakorvos által előírt dietetikai szaktanácsadás az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett dietetikai szaktanácsadás költségét.

III. Biztosítási esemény megnevezése:

GYÓGYTORNA, FIZIKOTERÁPIA, GYÓGYMASSZÁZS

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, szakorvos által előírt gyógytorna, gyógy-masszázs vagy a 3. számú Függelékben felsorolt fizioterápiák az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett gyógytorna, gyógymasszázs, illetve fizioterápia költségét.

IV. Biztosítási esemény megnevezése: PSZICHOLÓGIAI KONZULTÁCIÓ

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, szakorvos által javasolt pszichológiai konzultáció az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett pszichológiai konzultáció költségét.

V. Biztosítási esemény megnevezése: HÁZIVIZIT

Biztosítási esemény:

A Biztosítottnak heveny tünete, hirtelen fellépő fájdalma, egészségromlása miatt az otthonában történő orvosi ellátása az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint, de a bejelentés az *Orvosi asszisztencia szolgáltatás* (D.9.4 I. pont) igénybevételével is történhet.

NEM biztosítási esemény:

- a Biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett balesetével vagy betegségével (a krónikus betegségeket is beleértve) összefüggésben végzett kontrollvizsgálat,
- a **sürgős szükség** körébe tartozó egészségügyi ellátások.

Biztosítási szolgáltatás:

Az Ellátásszervező megszervezi, hogy a Biztosított otthonába az elbírált, jogos igény bejelentését követő 3 órán belül az orvos – a háziorvosi szolgáltatással megegyező tartalmú ellátás (vizsgálat elvégzése és orvosi javaslat, illetve továbbküldés) céljából – megérkezzen; a Biztosító D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg a házivizit költségét.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

Függelékek

A szolgáltatás **feltétele továbbá**, hogy az alábbi feltételek mindegyike teljesüljön:

- a Biztosított otthona, ahol az igény felmerült, Budapesten vagy annak 20 km-es körzetében legyen;
- a házivizit – az igény bejelentése során jelzett panaszok és tünetek alapján – orvosilag indokolt legyen;
- a Biztosítottnak nehézséget okozzon egészségügyi szolgáltatót személyesen felkeresnie;
- a Biztosított egészségi állapota nem indokolja az Országos Mentőszolgálat közreműködését (például nincs akut mellkasi fájdalom, bémulás, görcsroham, fulladás).

D.9.2. Diagnosztika keretében végzett ellátások

I. Biztosítási esemény megnevezése: LABORVIZSGÁLAT

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, szakorvos által előírt, a 4. számú Függelékben felsorolt laborvizsgálatok az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

NEM biztosítási esemény:

- a szűrővizsgálat céljából végzett laborvizsgálat,
- a Biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleséttel vagy betegséggel (a krónikus betegségeket is beleértve) összefüggésben végzett kontroll laborvizsgálat.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett laborvizsgálat költségét.

II. Biztosítási esemény megnevezése:

FEJLETT DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, szakorvos által előírt, az 5. számú Függelékben felsorolt fejlett diagnosztikai vizsgálatok az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

NEM biztosítási esemény:

- a szűrővizsgálat céljából végzett fejlett diagnosztika,
- a Biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleséttel vagy betegséggel (a krónikus betegségeket is beleértve) összefüggésben végzett kontroll fejlett diagnosztikai vizsgálat.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett fejlett diagnosztikai vizsgálatok költségét.

III. Biztosítási esemény megnevezése:

ALTATÁSBAN VÉGZETT TÜKRÖZÉSES (ENDOSZKÓPOS) VIZSGÁLATOK

Az erre a biztosítási eseményre vonatkozó fedezet csak a „Fejlett diagnosztikai vizsgálatok” fedezettel együtt választható.

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett altatás, szakorvos által előírt, alább felsorolt – altatásban is végezhető – tükrözéses (endoszkópos) vizsgálatok esetén az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint:

- endoszkópos nyelöcsőtükrözés (oesophagoscopia)
- endoszkópos gyomortükrözés (gastroszcopia)
- endoszkópos vékonybél-tükrözés (enteroscopia)
- endoszkópos vastagbél-tükrözés (colonoscopia)

NEM biztosítási esemény:

- a szűrővizsgálat céljából végzett altatásos tükrözéses (endoszkópos) vizsgálat,
- a Biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleséttel vagy betegséggel (a krónikus betegségeket is beleértve) összefüggésben végzett altatásos tükrözéses (endoszkópos) kontrollvizsgálat.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg a tükrözéses (endoszkópos) vizsgálatokhoz igénybe vett altatás költségét.

Az altatás költsége az *Altatásban végzett tükrözéses vizsgálatokra* vonatkozó szolgáltatási limit erejéig és terhére, míg a tükrözéses vizsgálat költsége a *Diagnosztikai vizsgálatokra* vonatkozó szolgáltatási limit erejéig és terhére kerül megtérítésre.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

Függelékek

D.9.3. Műteti ellátások

I. Biztosítási esemény megnevezése: AMBULÁNS MŰTÉT

Biztosítási esemény:

A Biztosítotton elvégzett ambuláns műtét az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az elvégzett ambuláns műtét költségét.

II. Biztosítási esemény megnevezése:

EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁS

Biztosítási esemény:

A Biztosítotton elvégzett, szakorvos által előírt, a 6. számú Függelékben felsorolt egynapos sebészeti beavatkozások az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

NEM biztosítási esemény:

- az elvégzett egynapos sebészeti ellátás alatt vagy annak következtében a tervezettől eltérően felmerülő egyéb orvosi ellátás (többek között 24 órán túlnyúló fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátás),
- az egynapos sebészeti beavatkozást követően, a Biztosított 24 órás bentartózkodása után a beavatkozást végző egészségügyi szolgáltatónál felmerülő egyéb ellátások.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett egynapos sebészeti beavatkozás költségét az ellátónak.

E költség részét képezik a műtét elvégzéséhez szükséges labor- és diagnosztikai vizsgálatok, melyek az *Egynapos sebészetre* vonatkozó szolgáltatási limit erejéig és terhére kerülnek megtérítésre.

III. Biztosítási esemény megnevezése: TERVEZHETŐ MŰTÉT ELVÉGZÉSE (24 ÓRÁN TÚLNYÚLÓ) FEKVŐBETEG ELLÁTÁS KERETÉBEN

Biztosítási esemény:

A Biztosítotton (24 órán túlnyúló) fekvőbeteg-ellátás keretében elvégzett, szakorvos által előírt tervezhető műtét.

A biztosítási esemény időpontja:

A műtét megkezdésének napja.

NEM biztosítási esemény:

- az egynapos sebészeti beavatkozás
- a sürgősségi sebészeti beavatkozás,
- a műtétet követő rehabilitációs ellátás.

Biztosítási szolgáltatás:

a) Ha a fekvőbeteg-ellátás keretében végzett tervezhető műtét szerepel a 7. számú Függelékben, és azt az Ellátásszervező szervezi a D.5.1. pontban írottak szerint, akkor a Biztosító ugyancsak a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg annak a költségét, beleértve az alább felsorolt – a műtét miatt orvosiilag szükségessé vált, megszakítás nélküli kórházi fekvőbeteg-ellátás során, de legkorábban a műtét megkezdését megelőző nap során, illetve attól kezdve felmerült – költségeket.

– a műtét elvégzéséhez szükséges – **diagnosztikai vizsgálatok** költségei;

– amennyiben az ellátás helyén elérhető, a **kórház által biztosított emelt komfortfokozatú (VIP) szoba és ellátás** költségei.

A fent felsorolt költségek mind a jelen pontban ismertetett biztosítási eseményre vonatkozó szolgáltatási limit erejéig és terhére kerülnek megtérítésre.

b) Ha a fekvőbeteg-ellátás keretében végzett tervezhető műtét nem szerepel a 7. számú Függelékben, vagy azt nem az Ellátásszervező szervezi, akkor a Biztosító kórházi napi térítést nyújt a Biztosított számára a műtét miatt orvosiilag szükségessé vált, megszakítás nélküli kórházi fekvőbeteg-ellátásnak a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatti napjaira, de legkorábban a műtét megkezdését megelőző naptól kezdve.

A kórházi napi térítés **biztosítási időszakonként legfeljebb összesen 30 napra** jár a Biztosítottnak.

A kórházi napi térítés adott Biztosítottra vonatkozó egy napra eső összegét a műtét elvégzésekor érvényes Ajánlati Dokumentáció tartalmazza.

A szolgáltatás **feltétele**, hogy a Biztosított a kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt (mely a Szerződőtől vagy az Ellátásszervezőtől kérhető, illetve a Biztosító honlapjáról is letölthető) és az igénybe vett ellátáshoz kapcsolódó teljes egészségügyi dokumentációt az Ellátásszervező postai címére a megszakítás nélküli kórházi fekvőbeteg-ellátás befejeződése után, attól számított **8 napon belül megküldje**.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

Függelékek

A Biztosító – az Ellátásszervezőn keresztül – az igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti a Biztosítottnak a dokumentumok és a szolgáltatási limit alapján a **Szerződés szerint járó térítést.**

D.9.4. Kiegészítő szolgáltatások

I. Biztosítási esemény megnevezése:

ORVOSI ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁS

Biztosítási esemény:

A Biztosított aktuális egészségi állapotához kapcsolódóan távszolgáltatással történő segítség igénybevétele az Ellátásszervező által üzemeltetett Orvosi Call Centerbe irányuló telefonhívással, vagy – amennyiben az Ajánlati Dokumentáció erre lehetőséget ad – online, az Ellátásszervező által üzemeltetett weboldalon keresztül.

Az Orvosi Call Center telefonszámát valamint a weboldal internetes címét a 2. számú Függelék tartalmazza.

A biztosítási esemény időpontja:

A telefonhívás vagy online megkeresés fogadásának időpontja.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosítottól beérkező telefonhívásokat, vagy online megkereséseket a hét minden napján, napi 24 órában szakképzett operátorok vagy orvosok fogadják, és tájékoztatást adnak az alábbi kérdésekben:

- betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatban;
- gyógyszerek összetétele, alkalmazhatósága, mellékhatásai, helyettesíthetősége, ára;
- orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletek elérhetősége;
- ügyeleti gyógyszertárak elérhetősége;
- egészségügyi intézmények elérhetősége.

Az Ellátásszervező az orvosi asszisztencia szolgáltatás keretében receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.

Teljes körű, pontos diagnózis felállítása és a helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés, illetve online megkeresésre adott válasz alapján nem lehetséges, így a **telefonon vagy online történő orvosi konzultáció nem helyettesíti személyes orvos-beteg találkozást és a Biztosított személyes vizsgálatát.** Ezért a telefonon vagy online adott

információért, annak téves értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a Biztosító, sem az Ellátásszervező nem vállal felelősséget. Az Ellátásszervező a telefonbeszélgetéseket, az online megkereséseket, és az azokra adott válaszokat rögzíti, a tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a Biztosított kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább, kivéve a Biztosító részére a Szerződés teljesítéséhez szükséges adatszolgáltatás, valamint a jogszabályokban előírt kötelező adatszolgáltatás eseteit.

Az Ellátásszervező által az orvosi asszisztencia szolgáltatás keretében nyújtott szolgáltatás költségei a Biztosítót terhelik.

II. Biztosítási esemény megnevezése: MÁSODIK ORVOSI VÉLEMÉNY

Biztosítási esemény:

A Biztosítottnak a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége esetén a betegsége vonatkozó – általában külföldi szakorvos által készített – orvosi távszakvélemény (második orvosi vélemény) elkészítésének kérése az alkalmazandó gyógykezelés megerősítése vagy pontosítása céljából.

Második orvosi véleményt kizárólag az alábbi betegségek, kórképek, illetve állapotok esetén lehet kérni:

- az életet fenyegető rosszindulatú daganatos megbetegedések,
- szív- és érsebészeti beavatkozást szükségessé tevő kórképek,
- szervátültetést szükségessé tevő kórképek,
- idegsebészeti eljárást szükségessé tevő kórképek,
- az idegrendszer degeneratív betegségei,
- veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és állapotok,
- az életet fenyegető egyéb betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozást igénylő kórképek.

A biztosítási esemény időpontja:

A második orvosi szakvéleményre vonatkozó kérés Ellátásszervezőhöz történő beérkezésének időpontja.

Biztosítási szolgáltatás:

Az Ellátásszervező elismert orvosszakértők és kórházak nemzetközi hálózatának felhasználásával kiválasztja a szakorvos(oka)t a második orvosi vélemény elkészítése céljából. Az Ellátásszervező a Biztosított kérésére rendelkezésre bocsátja a szakértők és kórházak elérhetőségét.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

Függelékek

Az Ellátásszervező a távszakvéleményt a Biztosított által a rendelkezésére bocsátott információk és orvosi dokumentáció alapján készítteti el. A szolgáltatásnak nem része sem orvosi vizsgálat, sem személyes orvos-beteg találkozás. Az Ellátásszervező kijelöl egy esetfelelőst, aki a Biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat.

A teljesítés módja, ideje:

Az Ellátásszervező a Biztosított kórelőzményéről és a kérdéseiről – amennyiben szükséges – összefoglalót készít, melyet továbbít az általa kiválasztott szakértő(k)nek. Az Ellátásszervező a szakértő(k) véleményét tartalmazó orvosi jelentést a kórelőzményre vonatkozó valamennyi lényeges információ rendelkezésére bocsátását követően legkésőbb a 15. munkanapon – a Biztosítottal egyeztetett formátumban és módon, de mindenképpen írásban (e-mailen, telefaxon, nyomtatott formában futárpostával) – magyar nyelven megküldi a Biztosítottnak, továbbá megküldi az orvosi szakvélemény angol nyelvű eredeti szövegét is, amennyiben az nem magyar nyelven készült. Eltérés esetén az angol nyelvű orvosi szakvéleményben foglaltak az irányadók.

Az Ellátásszervező által nyújtott második orvosi vélemény a benyújtott adatok megbízhatóságától, pontosságától és teljességétől függ.

A Biztosított által kapott második orvosi vélemény nem használható fel a Biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely orvosi döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.

Sem a Biztosító, sem az Ellátásszervező nem vállal felelősséget a nyújtott információ helytelen értelmezéséért vagy felhasználásáért. Ezen információ nem szolgálhat tudományos vagy jogi bizonyítékként, és jogi eljárásban nem használható fel.

E szolgáltatással kapcsolatban a Biztosító az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított három hónap várakozási időt köt ki, mely időszakon belül benyújtott betegségi kérelmekre a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.

A második orvosi vélemény elkészítésének költségei a Biztosítót terhelik.

III. Biztosítási esemény megnevezése: BETEGSZÁLLÍTÁS

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, szakorvos által elrendelt tervezhető, betegszállító gépjárművel történő betegszállítás egészségügyi intézménybe vagy onnan a Biztosított otthonába, az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

A biztosítási esemény időpontja:

Az igénybe vett betegszállítás megkezdésének napja.

Biztosítási szolgáltatás:

Az Ellátásszervező megszervezi, hogy az igény bejelentését követő 2 munkanapon belül a betegszállítást; a Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg a betegszállítás költségét.

A Biztosító a betegszállítást Magyarország területén a kórházak 50 km-es sugarú körzetében biztosítja.

A szolgáltatás **feltétele** továbbá, hogy az alábbi feltételek mindegyike teljesüljön:

- mentőápolói felügyeletre orvosi szempontból nincs szükség;
- az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem biztosítható.

D.9.5. Szűrés

I. Biztosítási esemény megnevezése: SZŰRŐVIZSGÁLAT

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett – a 8. számú Függelékben felsorolt szűrővizsgálatok közül az Ajánlati Dokumentációban meghatározott – szűrővizsgálat az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak (de az Ajánlati Dokumentációban rögzített határidők) szerint.

A biztosítási esemény időpontja:

A szűrővizsgálat megkezdésének a napja.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító biztosítási időszakonként egy, a Biztosított által az adott időszakban igénybe vett szűrővizsgálat költségét téríti meg a D.5.1. pontban írottak szerint.

A Felek a szűrővizsgálat igénybevételének részletes folyamatát az Ajánlati Dokumentációban rögzítik.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

▶ A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- ▶ ■ Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

Függelékek

II. Biztosítási esemény megnevezése: FOGÁSZATI SZŰRÉS

Biztosítási esemény:

A Biztosított által Budapesten igénybe vett – fogorvosi vizsgálatot tartalmazó és ezen alapuló kezelési tervet meghatározó – fogászati szűrővizsgálat az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak (de az Ajánlati Dokumentációban rögzített határidők) szerint.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító biztosítási időszakonként minden – a 18. életévét betöltött – Biztosítottra egy, az adott időszakban igénybe vett fogászati szűrővizsgálat költségét téríti meg a D.5.1. pontban írottak szerint.

A Felek a fogászati szűrővizsgálat igénybevételének részletes folyamatát az Ajánlati Dokumentációban rögzítik.

D.9.6. Influenza elleni védőoltás

Biztosítási esemény megnevezése: INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁS

Biztosítási esemény:

A Biztosított számára influenza elleni védőoltás beadása az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

Biztosítási szolgáltatás:

Az Ellátásszervező biztosítási időszakonként egyszer megszervezi az influenza vakcina beszerzését és beadását; a Biztosító D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg ezek a költségét.

D.9.7. Terhesgondozás

Biztosítási esemény megnevezése: TERHESGONDOZÁS

Biztosítási esemény(ek):

A Biztosított számára – a kockázatviselési tartamon belül megállapított terhessége miatt – szükségessé és esedékessé vált, és a rá vonatkozó kockázatviselés tartam alatt igénybe vett, a 9. számú Függelékben felsorolt terhesgondozási ellátások az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

A biztosítási esemény(ek) időpontja:

Az egyes igénybe vett terhesgondozási ellátások napjai.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett terhesgondozási ellátások költségét.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

Függelékek

D.10. KIZÁRÁSOK

Az ÁSZF-ben meghatározott általános kizárásokon (C.13. pont) túl a biztosítási fedezet nem terjed ki azokra az eseményekre sem, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak:

- a) HIV fertőzéssel továbbá a szexuális úton átvihető egyéb betegségekkel (STD), kivéve a HIV-teszt és más szexuális úton terjedő betegségek kiszűrésére végzett laborvizsgálatot;
- b) öröklött és veleszületett betegségekkel vagy rendellenességgel;
- c) geriátriai és hospice kezelésekkel
- d) pszichoterápiás és pszichiátriai kezelésekkel, kivéve a Szerződésben vállalt pszichológiai konzultációkat;
- e) bennalvások alvásvizsgálattal (somnia, polysomnia);
- f) dialízis kezeléssel, művesekezeléssel,
- g) krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozásával, kezelésével (ide értve a daganatos betegek rendszeres onkológiai kezelését is), kivéve a krónikus betegségek kórismézését, kezelésük első beállítását, akut szakaszaik akut ellátását és a betegség kezelése részeként elrendelt gyógyszerek felírását;
- h) a nem megváltoztatásával;
- i) meddőség miatt végzett vizsgálatokkal;
- j) meddőség kezelésével kapcsolatos ellátásokkal, különösen a mesterséges megtermékenyítés valamennyi formájával (például in-vitro-fertilizációval illetve inszeminációval), a művi terhesség-megszakítással (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását);

- k) meddővé tétellel, sterilizáló műtétekkel;
- l) terhesség-megszakítással, kivéve a méhen kívüli terhesség miatti ellátással;
- m) fogászati, szájsebészeti kezelésekkkel, fogbeültetésekkel és az azokkal okozati összefüggésben álló beavatkozásokkal és következményekkel;
- n) orrsövény ferdülés kezelésével,
- o) a szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétekkel (többek között PRK, LASIK, LASEK, INTRALASIK)
- p) a Biztosított szülésével, császármetszésével és terhességével kapcsolatos eseményekkel (ide nem értve a terhesség-megállapítást), kivéve a Szerződésben vállalt terhesgondozási szolgáltatást;
- q) a szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokkal;
- r) a nem standard (alapkategóriájú) implantátumok, protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beültetésével;
- s) reumatológiai kezelésekkkel, kivéve ha akut állapotrosszabbodás megszüntetésére irányulnak;
- t) a járóbeteg-ellátás keretében biztosított védőoltás beadásával és vakcinájának beszerzésével, kivéve a Szerződésben vállalt influenza elleni védőoltást,
- u) genomika teszttel végzett széklet laborvizsgálattal,
- v) hajdiagnosztika vizsgálattal,
- w) kapszula endoszkópia vizsgálattal,
- x) CT-lézer mammográfia vizsgálattal,
- y) lézeres körömgomba kezeléssel,
- z) sztereotaxiás biopszia mintavétellel.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)A Med 4 Group egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás
keretében végzett tervezhető műtétek
listája
- 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 9. számú Függelék
Terhesgondozás

BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK

	Szolgáltatási csomagok	Bázis 2023	Standard 2023	Optimum 2023	Prémium 2023
Ellátásszervezés	Egészségügyi ellátások megszervezése	✓	✓	✓	✓
Járóbeteg szakellátás	Szakorvosi ellátás – az Ellátásszervező szervezésében	250 000 Ft/év	250 000 Ft/év	korlátlan	korlátlan
	Szakorvosi ellátás – a szabad orvos választás keretében	5 alkalom/év, de alkalmanként maximum 15 000 Ft	5 alkalom/év, de alkalmanként maximum 15 000 Ft	alkalmanként maximum 15 000 Ft	alkalmanként maximum 15 000 Ft
	Dietetikai tanácsadás	1 alkalom/év	1 alkalom/év	2 alkalom/év	2 alkalom/év
	Gyógytorna, fizioterápia, gyógymasszázs	–	–	10 alkalom, de maximum 100 000 Ft/év	10 alkalom, de maximum 100 000 Ft/év
	Pszichológiai konzultáció	–	–	–	5 alkalom, de maximum 75 000 Ft/év
Diagnosztika	Laborvizsgálat	50 000 Ft/év	50 000 Ft/év	200 000 Ft/év	korlátlan
	Fejlett diagnosztika vizsgálatok	250 000 Ft/év	250 000 Ft/év	korlátlan	korlátlan
	Altatásban végzett tükrözéses (endoszkópos) vizsgálatok (altatás költsége)	50 000 Ft/év	50 000 Ft/év	50 000 Ft/év	korlátlan
Műtéti ellátások	Ambuláns műtét	Szakorvosi ellátás – az Ellátásszervező szervezésében fedezet esetében alkalmazott limit terhére	Szakorvosi ellátás – az Ellátásszervező szervezésében fedezet esetében alkalmazott limit terhére	Szakorvosi ellátás – az Ellátásszervező szervezésében fedezet esetében alkalmazott limit terhére	Szakorvosi ellátás – az Ellátásszervező szervezésében fedezet esetében alkalmazott limit terhére
	Egynapos sebészeti beavatkozás	300 000 Ft/év	350 000 Ft/év	600 000 Ft/év	korlátlan
	Tervezhető műtét elvégzése fekvőbeteg ellátás keretében (kórházi fekvőbeteg ellátás VIP szobában* vagy kórházi napi térítés Ft/nap **)	–	–	–	3 500 000 Ft/év és maximum 60 nap /év* vagy 15 000 Ft/nap maximum 30 nap/év**
Kiegészítő szolgáltatások	Orvosi asszisztencia szolgáltatás (24 órás call + online)	✓	✓	✓	✓
	Második orvosi vélemény	✓	✓	✓	✓
	Betegszállítás	–	–	150 000 Ft/év	150 000 Ft/év
Szűrés	Szűrővizsgálat (évente egy alkalommal)	–	Alap	Emelt	Emelt
	Fogászati szűrés (Budapesten évente egy alkalommal)	–	–	–	✓
Egyéb előnyök	Szolgáltatói díjkezdmények a biztosítással nem fedezett szolgáltatásokra	✓	✓	✓	✓

* A műtét az Ellátásszervező szervezésében történik.

** A műtét nem az Ellátásszervező szervezésében történik.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

▶ Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
 - 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
 - 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
 - 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
 - 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
 - 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
 - 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás
keretében végzett tervezhető műtétek
listája
 - 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
 - 9. számú Függelék
Terhesgondozás
-

Biztosítási Szerződéshez kapcsolódó további előnyök

A Biztosított az Ellátásszervezővel szerződött egyes egészségügyi szolgáltatónál 5–20%-os szolgáltatói díjkedvezményt vehet igénybe a biztosítás által nem fedezett (vagy limittúllépés miatt már nem fedezett) egyes egészségügyi ellátásokra.

A díjkedvezmény igénybevétele nem kötött ellátásszervezéshez, a Biztosított is foglalhat időpontot a kiválasztott szolgáltatónál. A díjkedvezményre való jogosultság a 2. számú Függelékben megadott, az Ellátásszervező által üzemeltetett honlapon keresztül elérhető szolgáltatói kuponok kinyomtatásával vagy letöltésével igazolható.

 Ügyféltájékoztató

 Általános rendelkezések

 Csoportos egészségbiztosítás
 általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

 A Med 4 Group egészségbiztosítás
 különös szerződési feltételei („KSZF”)

► Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
 - 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
 - 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
 - 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
 - 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
 - 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
 - 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás
keretében végzett tervezhető műtétek
listája
 - 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
 - 9. számú Függelék
Terhesgondozás
-

BIZTOSÍTÓ ELLÁTÁSSZERVEZŐ PARTNERÉNEK RÉSZLETES ADATAI

Teljes név: Teladoc Hungary Kft.
Székhely: 1092 Budapest, Köztelek utca 6. I. épület, 2. emelet.
E-mail címe: operation@teladoc.hu

**A Szolgáltatási (ellátási) igény bejelentése, illetve az orvosi asszisztencia
 szolgáltatás igénybevétele az alábbi módokon történhet:**

Telefonon: a +36-1-461-1528 telefonszámon
Online: a www.mh24.hu honlapon

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

▶ Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
 - 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
 - 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
 - 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
 - 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
 - 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
 - 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás
keretében végzett tervezhető műtétek
listája
 - 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
 - 9. számú Függelék
Terhesgondozás
-

FIZIKOTERÁPIÁS KEZELÉSEK

- Lökéshullám terápia
- Lézerterápia
- Elektroterápia
- Ultrahang terápiák
- Nyirokmasszázs terápia
- Mágnessterápia

és ezek alfajai.

Ügyfélértájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

▶ Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
 - 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
 - 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
 - ▶ ■ 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
 - 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
 - 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
 - 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás
keretében végzett tervezhető műtétek
listája
 - 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
 - 9. számú Függelék
Terhesgondozás
-

LABORVIZSGÁLATOK

- vérvizsgálatok,
- vizeletvizsgálat,
- székletvizsgálat,
- fertőzésvizsgálatok,
- hormonvizsgálatok,
- immunológiai vizsgálatok,
- daganatos betegségek kiszűrése,
- HIV-teszt és más szexuális úton terjedő betegségek kiszűrése,
- genetikai vizsgálatok,
- mérgezések vizsgálata.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizikoterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás keretében végzett tervezhető műtétek listája
- 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 9. számú Függelék
Terhesgondozás

FEJLETT DIAGNOSZTIKA VIZSGÁLATOK

- a nőgyógyászati és aspirációs citológiai vizsgálat,
- EKG,
- ultrahang (UH),
- röntgen,
- mammográfia,
- Doppler- illetve arteriográfós érvizsgálat,
- hallásvizsgálat,
- bőr- illetve anyajegy-vizsgálat,
- csontsűrűség-vizsgálat,
- szem- és látásvizsgálat,
- nyelészvizsgálat,
- allergiateszt bőrön illetve allergének kimutatása vérből,
- sejt- és szövetvizsgálatok,
- tükrözéses (endoszkópos) vizsgálatok (altatás nélkül),
- alvásvizsgálat (az alvásvizsgálat nem foglalja magában a somnographia, polysomnographia pulzoximetria vizsgálatokat)
- MRI, CT, PET,
- az agy és izmok, illetve idegek elektromos aktivitásának vizsgálata (EEG, EMG, ENG),
- érrendszeri vizsgálatok és angiográfia, enterográfia,
- radioizotópos vizsgálatok,
- ízületi tűszúrásos vizsgálatok,
- légzésfunkció vizsgálata.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás keretében végzett tervezhető műtétek listája
- 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 9. számú Függelék
Terhesgondozás

EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK

Fül-Orr-Gégészet

Arcüreg beavatkozások, endoszkópos beavatkozások, nyálmirigyek kisebb műtétei

OENO kód	Megnevezés
52210	Arcüreg drainage (intranas. ablak Lothrop szerint)
52220	Luc-Caldwell műtét
52270	Endoscopos (mikroszkópos) arcüregműtét
52500	Excisio laesionis linguae
52600	Nyálmirigy vagy nyálvezeték bemetszése
52630	Nyálmirigy vagy nyálvezeték helyreállítása
52760	Resectio uvulae

Gasztroenterológia

Endoszkópos nyelőcső, gyomor, patkóbél, epe és vastagbél beavatkozások

OENO kód	Megnevezés
16361	Endoscopos sphincterotomia
16363	Endoscopos kőextractio
16367	Wirsungotomia endoscopica et dilatatio eadem
54490	Endoscopos polypectomia a felső tápcsatornában
54523	Polypectomia colontos per colonoscopiam
54693	Polypectomia sigmae, sigmoidoscopos

Idegsebészet

Alagút szindrómák ellátása

OENO kód	Megnevezés
50432	Carpal tunnel felszabadítás
50435	Egyéb Tunnel syndromák műtétei

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizikoterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás
keretében végzett tervezhető műtétek
listája
- 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 9. számú Függelék
Terhesgondozás

Nőgyógyászat

Laparoszkópos méh, tuba és petefészek műtétek, terápiás küret, méhnyak műtétei,
hüvelyplasztikák és egyéb kisebb nőgyógyászati műtétek

OENO kód	Megnevezés
16611	Falloposcopia laparoscopica
55433	Excisio endometriosis peritonei laparoscopica
55435	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica unilat.
55436	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica bilat.
56515	Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica unilat.
56516	Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica bilat.
56517	Cauterisatio ovarii laparoscopica (drilling)
56518	Resectio ovarii laparoscopica unilateralis
56519	Resectio ovariorum laparoscopica bilateralis
56521	Oophorectomia unilateralis laparoscopica
56531	Salpingo-oophorectomia laparoscopica unilateralis
56541	Oophorectomia bilateralis laparoscopica
56552	Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica
56571	Adhaesiolysis laparoscopica
56592	Detorquatio ovarii laparoscopica
56602	Salpingostomia unilat. laparoscopica

OENO kód	Megnevezés
56603	Salpingostomia bilat. laparoscopica
56611	Salpingectomy laparoscopica unilateralis
56622	Salpingectomy laparoscopica bilaterale
56651	Salpingectomy parziale laparoscopica
5666A	Salpingo-stomatoplastica laparoscopica
5666C	Adnexectomy laparoscopica
56672	Chromopertubatio 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
56812	Septum uteri kiirtás (hysteroscop)

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás
keretében végzett tervezhető műtétek
listája
- 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 9. számú Függelék
Terhesgondozás

Sebészet

Lágyék és köldöksérv műtétei, aranyér és végbél sipolyok ellátása

OENO kód	Megnevezés
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
55340	Hernioplastica umbilicalis

Traumatológia / Orthopédia

Artroszkópos beavatkozások (térd, boka, váll, könyök, csukló)

OENO kód	Megnevezés
16970	Arthroscopia
16971	Arthroscopia csuklón
16972	Arthroscopia könyökön
16973	Arthroscopia vállon
58054	Arthroscopos műtét
58055	Arthroscopos szalagplasztika
58056	Arthroscopos szalagvarrat
58057	Arthroscopos mozaik plasztika
58058	Arthroscopos retinaculum plasztika
58059	Boka, váll, csípőízületi arthroscopos debridement
58322	Baker-cysta eltávolítása
58345	Dupuytren plantaris excisio

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás
keretében végzett tervezhető műtétek
listája
- 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 9. számú Függelék
Terhesgondozás

Urológia

Endoszkópos hólyag, húgycső beavatkozások, prosztatata műtétek, here, mellékhere kisebb műtétei

OENO kód	Megnevezés
56011	Prosztatata TUR
56013	Transurethralis prostata incisio
56015	Prostata transurethralis spirál behelyezés
56059	Prostata egyéb alternatív LASER műtétei
56110	Bergmann f. hydrocele műtét
56111	Winkelman 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	Spermatocoele resectio
56330	Epididymectomy
56360	Vasectomy
56370	Vasovasostomia
56400	Circumcisio
56403	Phimotomia
86051	Thermotherapy prostatae

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)A Med 4 Group egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás
keretében végzett tervezhető műtétek
listája
- 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 9. számú Függelék
Terhesgondozás

(24 ÓRÁN TÚLNYÚLÓ) FEKVŐBETEG ELLÁTÁS KERETÉBEN VÉGZETT
TERVEZHETŐ MŰTÉTEK LISTÁJA

OENO kód	Megnevezés
55118	Cholecystectomy laparoscopica
58040	Meniscectomia partialis, arthroscopos
56830	Méheltávolítás-hasi
58149	Elülső keresztaszlag plastica
55310	Hernioplastica inguinofemoralis c. implant.
58033	Lumbalis discectomia flavotomian keresztül
56550	Salpingo-oophorectomia-kétoldali
52271	Endoscopos (mikroszkópos) rostaműtétek (FESS)
56530	Salpingo-oophorectomia-féloldali
55300	Hernioplastica inguinofemoralis
55340	Hernioplastica umbilicalis
56840	Méheltávolítás-hüvelyi
52270	Endoscopos (mikroszkópos) arcüregműtét
53844	Varicectomia
56723	Méhpolyp eltávolítás
56850	Méheltávolítás radicalis-hasi (kiterjesztett)
53002	Microlaryngoscopiás műtét
55110	Cholecystectomy
58620	Mastectomy con.lymphadenect. reg.
50432	Carpal tunnel felszabadítás
56810	Myoma enucleatio
55311	Hernioplastica inguinofemoralis laparoscopica
5815E	Csípőprotézis hibrid TEP

OENO kód	Megnevezés
56611	Salpingectomy laparoscopica unilateralis
54930	Haemorrhoidectomy
55119	Cholecystectomy, LC-kezdés után konvertált
56610	Salpingectomy-egyik oldalon
56816	Enucleatio myomae uteri laparoscopica
56518	Resectio ovarii laparoscopica unilateralis
54932	Haemorrhoidectomy sec. Milligan Morgan
56011	Prostata TUR
56040	Prostatectomia radicalis
56302	Scrotalis varicoelectomia
54688	Adhaesiolysis interintestinalis
54920	Excisio fissurae ani
54931	Haemorrhoidectomy sec. Parks
56513	Petefészek eltávolítás, részleges-egyik oldalon
56570	Petefészek es a kürt összenövéseinek oldása
55600	Ureterorendoscopos kőeltávolítás
56531	Salpingo-oophorectomia laparoscopica unilateralis
56520	Petefészek eltávolítás-féloldali
58041	Meniscectomia partialis, arthrotomia
58230	Aponeurectomia partialis manus
52150	Turbinectomia, conchotomia, operculumresectio
55435	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica unilat.
57064	Hüvelyconk transabdominalis felfüggesztése

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás
keretében végzett tervezhető műtétek
listája
- 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 9. számú Függelék
Terhesgondozás

OENO kód	Megnevezés
54933	Haemorrhoidectomy sec. Esenhammer
50435	Egyéb Tunnel syndromák műtétei
5666C	Adnexectomia laparoscopica
56540	Petefészek eltávolítás-kétoldali (castratio)
55331	Hernioplastica inguinofem. bilat. laparoscopica
52850	Adenotomia, readenotomia
58322	Baker-cysta eltávolítása
56817	Enucleatio myomae hysteroscopica
56510	Petefészek localis kimetszése
57063	Hüvelyconk magas felfüggesztése
56620	Salpingectomia-mindkét oldalon
56012	Prostata TUR-radicalis
52820	Tonsillo-adenotomia
56821	Hysterectomia subtotalis laparoscopica.
58231	Aponeurectomia totalis manus
56112	Hydrokele műtét
58055	Arthroscopos szalagplasztika
52121	Polypectomia ethmoidektomia nélkül az orrüregből
56622	Salpingectomia laparoscopica bilaterale
56020	Prostatectomia transvesicalis
5816C	Oldalszalag plasztika (térd)
50640	Thyreoidectomy substernalis

OENO kód	Megnevezés
56514	Petefészek eltávolítás, részleges-mindkét oldalon
5681A	Resectio myomae hysteroscopica
55330	Hernioplastica inguinofem. bilat. c. inplant.
56803	Hysterectomia laparoscopica
55436	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica bilat
56600	Salpingotomia
55138	Cholecystectomy laparoscopica + cysticus drain
55131	Cholecystectomy choledochotomiamque+Kehr drainage
54560	Colectomia
56519	Resectio ovariorum laparoscopica bilateralis
58042	Meniscus reinsertio, arthroscopos
56730	Cervix amputatio
57043	Hátsó hüvelyboltozat plasztikája
55733	TUR Resectio transurethralis colli ves. urin.
56013	Transurethralis prostata incisio
56651	Salpingectomia parziale laparoscopica
56833	Hysterectomia totalis laparoscopica sec. Reich
55320	Hernioplastica inguinofemoralis bilateralis
56552	Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica
58691	Excisio gynecomastiae

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizikoterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás
keretében végzett tervezhető műtétek
listája
- 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 9. számú Függelék
Terhesgondozás

VÁLASZTHATÓ SZŪRŐVIZSGÁLATOK

Alap szűrőcsomag:

- Belgyógyászati szakorvosi vizsgálat: családi anamnézis felvétele, derék és csípőkörfogot mérése, testsúly és testmagasság mérése, általános belgyógyászati vizsgálat, vérnyomásmérés, nyugalmi EKG (12 elvezetéses)
- Laborvizsgálatok: Vérvkép (FVS, Hb, Htk, süllyedés), Vizeletvizsgálat (fehérje, cukor, acetone, Bi, nitrit), Vércukor, összkoleszterin, HDL, LDL, Májfunkció (SGOT, SGPT, GGT, APP), Vesefunkció (kreatinin), Széklet-vér teszt 40 év felett
- Ultrahang vizsgálat: hasi és kismedencei ultrahang vizsgálat
- Szemészeti vizsgálat: szakorvosi szűrővizsgálat

Emelt szűrőcsomag:

- Alap szűrőcsomag továbbá az alább felsorolt vizsgálatok
- Urológiai vizsgálat: szakorvosi szűrővizsgálat, 40 év feletti férfiaknál PSA vizsgálat is.
- Nőgyógyászati vizsgálat: szakorvosi szűrővizsgálat, rákszűrés citológiával
- Emlődiagnosztika: Mammográfia 40 év feletti nőknél, ultrahang vizsgálat 40 év alatti nőknél
- Csontsűrűség vizsgálat: 40 év feletti nők esetében.
- Mellkas röntgen: egyirányú röntgen

Egyedi szűrőcsomag:

- a csomag tartalma a Szerződő kérésére egyedileg kerül összeállításra, és az Ajánlati Dokumentációban rögzítésre.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Fejlett diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Egynapos sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
(24 órán túlnyúló) fekvőbeteg ellátás keretében végzett tervezhető műtétek listája
- 8. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 9. számú Függelék
Terhesgondozás

TERHESGONDOZÁS

A fedezet nem terjed ki a 3D és 4D ultrahang vizsgálatra.

Első jelentkezés alkalmával fedezett ellátások:

- a méhen belüli terhesség igazolása az anamnesztikus adatok figyelembevételével bimanuális vizsgálattal, laboratóriumi terhességi próbával és ultrahang vizsgálattal
- belgyógyászati vizsgálat és nyugalmi EKG

További jelentkezések alkalmával fedezett ellátások:

- hüvelyi feltárás, inspectio
- kolposzkópos vizsgálat
- az emlők tapintásos fizikális vizsgálata az anatómiai helyzet tisztázására, rendellenesség felderítésére és lehetőség szerint korrigálására a szoptatás érdekében
- a testsúly és a testmagasság mérése, szükség esetén a medence méreteinek pontos meghatározása fizikális és műszeres vizsgálatokkal
- pulzusszámlálás és vérnyomásmérés
- laboratóriumi vizsgálatok anyai vérmintából:
 - A, B, 0 és Rh vércsoport meghatározás az első trimeszterben ellenanyagszűréssel, a második és harmadik trimeszterben ellenanyag szűrés
 - lues serologia (szifilisz szűrés), HbsAg
 - Kvalitatív és kvantitatív vérkép, máj- és vesefunkció, vércukor meghatározása trimeszterenként egyszer
 - a 16. terhességi héten serum alfa-fötóprotein meghatározása
 - 22–24. terhességi héten terheléses vércukorvizsgálat (éhomei és 75g OGTT után 120 perccel)
- laboratóriumi vizsgálatok anyai vizeletmintából:
 - „középsugár”-minta vegyi vagy diagnosztikus csík vizsgálata fehérje-, cukor-aceton és gennyvizelés felfedezésére minden jelentkezés alkalmával
 - centrifugált üledék mikroszkópos vizsgálata trimeszterenként

- kombinált teszt labor része
- utolsó trimeszterben hüvelyváladék tenyésztés (B csoportú Streptococcus agalactiae szűrése)
- a magzat fejlődésének és életjelenségeinek fizikális és/vagy műszeres ellenőrzése:
 - 1. trimeszteri ultrahangvizsgálat (genetikai ultrahang is – kombinált teszt ultrahang része) – 1 vizsgálati alkalom
 - 2. trimeszteri ultrahangvizsgálat végzése a velőcső záródási rendellenességek morfológiai szűrésére (genetikai ultrahang is) – 1 vizsgálati alkalom
 - a 28. terhességi héttől vagy az azt követő első jelentkezéstől a haskörfogat és a symphysis–fundus távolság mérése, hallgatózással és/vagy dopplerrel magzati szívűködés vizsgálat minden jelentkezés alkalmával
 - a terhes nő figyelmének felhívása a 34. héttől a magzatmozgás számolás végzésére
 - 3. trimeszteri ultrahangvizsgálat – 1 vizsgálati alkalom
 - a 36–37. terhességi hét között ultrahangvizsgálat – 1 vizsgálati alkalom
 - a 38–39. héten egy-egy alkalommal, a 40. héten két alkalommal és utána másnaponként cardiotocographiás vizsgálat

Egyéb fedezett ellátások:

Orvosi indikáció alapján (például terhelő adatok) vagy 35 év feletti életkor esetén genetikai tanácsadás, és amennyiben a genetikai tanácsadáson javasolják, fakultatív vizsgálatok a veleszületett rendellenességek kiszűrésére, mint amniocentézis, quartett teszt, integrált teszt.

UNIQA Biztosító Zrt.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.
Tel.: +36 1/20/30/70 5445-555 · Fax: +36 1 2386-060
E-mail: info@uniqa.hu · www.uniqa.hu