

CIB Egészségőr 2.0 és Hope Plusz Biztosítottai tájékoztató és Biztosítási Feltételek
a CIB Bank Zrt. lakossági bankszámlához nyújtott biztosítási szolgáltatásról
Hatályos: 2021. augusztus 1-től

Tartalomjegyzék

- I.** CIB Egészségőr 2.0 Biztosított tájékoztató lakossági bankszámlához
- II.** CIB Egészségőr 2.0 Biztosítási feltételek lakossági bankszámlához
- III.** CIB Egészségőr 2.0 biztosítás kiegészítéseként választható Hope Plusz kiegészítő biztosításra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek
- IV.** CIB Egészségőr 2.0 alap és kiegészítő biztosítási csomagok, szolgáltatási limitek és biztosítási díjak

I. CIB Egészségőr 2.0 Biztosított tájékoztató lakossági bankszámlához

Tisztelt Hölgyem / Uram!

Örömmel üdvözljük Önt azon kiemelt ügyfeink sorában, akik éltek a CIB Bank által nyújtott lehetőséggel, és úgy döntöttek, felelősséget vállalnak egészségükért!

Döntésével csatlakozott azon tagjaink csoportjához, akiknek az egészséges életmódra való törekvés mellett az is fontos, hogy ha mégis megbetegszene, a lehető leggyorsabban a megfelelő orvosi ellátást vehessék igénybe. Ebben segíti Önt a megvásárolt egészségbiztosítás.

A biztosítást az UNION Biztosító (www.union.hu) nyújtja, amely ellátásszervező partnerével, a Teladoc Hungary Kft.-vel (<https://teladoc.hu>) arra törekszik, hogy Ön az igényeinek megfelelő ellátást kapja betegség esetén.

1. Milyen esetben vehető igénybe a biztosítás

Ha a biztosításhoz történő csatlakozást követően megbetegszik, bármi panasa lesz az egészségével kapcsolatban, attól függően, hogy Ön melyik biztosítási csomagot választotta (a csomagok tartalmát a CIB Egészségőr 2.0 alap és kiegészítő biztosítási csomagok, szolgáltatási limitek és biztosítási díjak fejezetben találja meg), az alábbi szolgáltatásokat nyújtjuk:

1.1. 24 órás call center igénybevétele

Éjjel-nappal hívható a hét minden napján a (06-1) 461-1572 telefonszámon. Gyakorló orvossal beszélhet, és gyakorló orvostól kérhet tanácsot például:

- 1.1.1. orvosi ügyeletek, gyógyszerárak, egészségügyi intézmények elérhetőségéről,
- 1.1.2. egészséggel, betegséggel,
- 1.1.3. egészséges életmóddal, megelőzéssel,
- 1.1.4. gyógykezeléssel,
- 1.1.5. egészséges táplálkozással,
- 1.1.6. gyógyszerekkel, azok hatásával, mellékhatásával, alkalmazhatóságával, kölcsönhatásaival, helyettesíthetőségével kapcsolatos kérdésekben.

1.2. Ellátásszervezés

- 1.2.1. Ha szakorvosi vizsgálatra van szüksége, annak időpontját és helyét – Önnel egyeztetve – megszervezzük Ön helyett. Az ellátásszervezés történhet telefonon az 1.1. pontban megadott telefonszámon, e-mail-en: operation@teladoc.hu, vagy az ellátásszervező által biztosított online portálon keresztül, amennyiben az Ön által választott szolgáltató a portálon elérhető.
- 1.2.2. A munkanapokon 8-20 óra között hívható telefonszámon bejelenti az ellátás iránti igényét. Szükség esetén – ha nem járt még panaszával orvosnál – ellátásszervezőnk orvosától is kérhet tanácsot, aki a panaszok és kórelőzmény alapján kijelölheti az elvégzendő szakorvosi vizsgálatokat. Az igényelt ellátásokat a call center munkatársai egyeztetik a szolgáltatókkal és Önnel. A kölcsönösen elfogadott időpontokról és helyszínekről mindkét felet öt (5) munkanapon belül telefonon vagy írásban értesíti az ellátásszervező, és e-mailben megerősítést küld. Az ellátásszervező rendelkezésére álló határidő az időpontok lefoglalására és az Ön erre vonatkozó tájékoztatására vonatkozik, az ellátás lebonyolítására nem. A már egyeztetett időpontot csak egyszer van lehetősége következmények nélkül módosítani legkésőbb 2 munkanappal a vizsgálat időpontja előtt.
- 1.2.3. Amennyiben Ön az online ellátásszervezés mellett dönt, először regisztrálnia kell a <https://unionmed.teladoc.hu/regisztracio> oldalon azzal az e-mail címmel, amelyet a csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozáskor megadott a szerződőnek. Ezt követően létre tudja hozni jelszavát. A továbbiakban ellátást szervezni a <https://unionmed.teladoc.hu> oldalon

tud majd. **Fontos tudnia, hogy online ellátásszervezés keretében nem érhető el valamennyi szolgáltatás, illetve valamennyi szolgáltató.** Erre vonatkozóan a <https://unionmed.teladoc.hu> weboldalon tud tájékozódni.

- 1.2.4. Amennyiben Ön a vizsgálat időpontját megelőző 2 munkanapon belül vagy másodsor mondja le, módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg adott időben a vizsgálaton, vagy nem az ellátásszervezőnél mondja le/módosítja az időpontot, a tervezett ellátás elmaradásából eredő költségeket levonjuk éves keretéből, valamint ugyanezen vizsgálat megszervezését legkorábban 3 hónap elteltével kérheti újra.

1.3. Ellátásszervezés kérhető (a választott csomagtól függően) az alábbiakra:

1.3.1. Járóbeteg szakellátás

- 1.3.1.1. Amennyiben Önnek betegsége, panasza kivizsgálásához szakorvosi (pl. belgyógyászat, nőgyógyászat, fül-orr-gégészet stb., a 6. pontban felsoroltak kivételével) vizsgálatra, esetleg ambulánsan elvégezhető műtétre van szüksége, megszervezi Önnek a biztosító ellátásszervező partnere. Az ellátás igénylése az 1.2. pontban leírtakkal azonos módon, azonos telefonszám felhívásával történik.
- 1.3.1.2. A vizsgálat költségét az éves limit erejéig a biztosító finanszírozza. A vizsgálat után Ön nem fizet a vizsgálatot végző orvosnak, azt a szolgáltató és a biztosító rendezi egymás közt.

1.3.2. Diagnosztikai vizsgálatok

- 1.3.2.1. Amennyiben Önnek betegsége, panasza kivizsgálásához diagnosztikai vizsgálatra (labor, illetve képalkotó diagnosztika) van szüksége és rendelkezik erre vonatkozó írásbeli orvosi javaslattal, megszervezi Önnek a biztosító ellátásszervező partnere. Az ellátás igénylése az 1.2. pontban leírtakkal azonos módon, azonos telefonszám felhívásával történik.
- 1.3.2.2. A vizsgálat költségét az éves limit erejéig a biztosító finanszírozza. A vizsgálat után Ön nem fizet a vizsgálatot végző orvosnak, azt a szolgáltató és a biztosító rendezi egymás közt.

1.3.3. Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok

- 1.3.3.1. Amennyiben Ön betegségének, panaszának kivizsgálása kapcsán rendelkezik szakrendelő orvos által kiállított, CT, MRI, PET-CT vagy endoszkópos vizsgálatra szóló írásbeli orvosi javaslattal, a biztosító ellátásszervező partnere megszervezi a szükséges vizsgálatot. Az ellátás igénylése az 1.2. pontban leírtakkal azonos módon, azonos telefonszám felhívásával történik. A háziorvos által kiállított javaslatot / beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat.
- 1.3.3.2. A biztosítás nem fedezi azoknak a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatoknak a költségét, amelyek elvégzése egy, már a kockázatviselés kezdete előtt is fennálló betegség (előzménybetegség) miatt válnak szükségessé.
- 1.3.3.3. A vizsgálat költségét az éves limit erejéig a biztosító finanszírozza. A vizsgálat után Ön nem fizet a vizsgálatot végző orvosnak, azt a szolgáltató és a biztosító rendezi egymás közt.

1.3.4. Egynapos sebészeti ellátás

- 1.3.4.1. Amennyiben az Ön betegségének gyógyításához olyan műtéti beavatkozás szükséges, amely egynapos sebészeti ellátás keretében elvégezhető, és ehhez Ön rendelkezik szakorvosi beutalóval/írásbeli szakorvosi javaslattal, akkor a biztosító ellátásszervező partnere megszervezi a szükséges ellátást (a 6. pontban felsorolt, a kockázatviselésből kizárt ellátások kivételével).
- 1.3.4.2. Az, hogy az Ön által igényelt beavatkozás egynapos sebészeti ellátás keretében elvégezhető-e, függ a szolgáltató engedélyétől, de az Ön egészségi állapotától is, orvos szakmai szabályok döntenek el.
- 1.3.4.3. A biztosítás nem fedezi azoknak a műtéteknek a költségét, amelyek elvégzése egy, már a kockázatviselés kezdete előtt is fennálló betegség (előzménybetegség) miatt válnak szükségessé.

- 1.3.4.4. Az ellátás igénylése az 1.2. pontban leírtakkal azonos módon, azonos telefonszám felhívásával történik. Az ellátás költségét az éves limit erejéig a biztosító finanszírozza. Az ellátást követően Ön nem fizet a vizsgálatot végző orvosnak, azt a szolgáltató és a biztosító rendezi egymás közt.

1.4. Második orvosi vélemény szolgáltatás

- 1.4.1. Ha Önnél az alábbi betegségek/esetek valamelyike fennáll és szeretné tudni, hogy a legmegfelelőbb kezelést kapja-e, vagy ezen betegségek valamelyikének gyanúja merült fel, és igazán biztos akar lenni a diagnózisban, igénybe veheti Második orvosi vélemény szolgáltatásunkat:
- 1.4.1.1. életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);
 - 1.4.1.2. szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;
 - 1.4.1.3. szervátültetés;
 - 1.4.1.4. neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;
 - 1.4.1.5. az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;
 - 1.4.1.6. a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;
 - 1.4.1.7. az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.
- 1.4.2. A szolgáltatás hozzáférést jelent nemzetközileg elismert, nagy szakmai tapasztalattal rendelkező orvos szakértők szaktudásához. A szolgáltatás lényege, hogy az ellátásszervező kiválasztja az adott egészségügyi probléma kezelésében kiemelkedően nagy tapasztalattal bíró szakorvost, aki az Ön által rendelkezésre bocsátott egészségügyi dokumentáció alapján elkészíti távszakvéleményét.
- 1.4.3. Az ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki végigkalkulolja Önt a folyamaton: egyeztet Önnel, hogy mely kérdésekre vár választ, elkéri Öntől a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat és szükség esetén kapcsolatot tart Önnel és kezelőorvosával.
- 1.4.4. A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.

1.5. Egyéb költségek térítése

- 1.5.1. Amennyiben a kockázatviselés ideje alatt Ön megbetegszik vagy baleset éri, és ezek következményeképpen betegszállításra, gyógyászati segédeszközre, otthonápolásra van szüksége, vagy az egészségügyi ellátás igénybevételéhez Magyarországon belül utazni kénytelen, a Biztosító a limit erejéig téríti ezek költségét.
- 1.5.2. A biztosítás nem fedezi azoknak a költségeknek a térítését, amelyek egy, már a kockázatviselés kezdetekor is fennálló betegség miatt válnak szükségessé, vagy a kockázatviselés kezdete előtt merültek fel.

1.6. Hope Plusz Kiegészítő biztosítási csomag

- 1.6.1. Ha a kockázatviselés ideje alatt Önnél rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak, kiegészítő biztosításunkkal igyekszünk segíteni Önnel, hogy az anyagiak miatt ne kelljen aggódnia, és csak a gyógyulásra figyelhessen. A betegség diagnosztizálásakor egy összegű szolgáltatást nyújtunk Önnek, majd az orvosi kezelés megkezdését követő 18 hónapon keresztül havi járadékot fizetünk.
- 1.6.2. Ezek fix összegek, függetlenek a kezelés költségétől és Ön arra költi, amire szeretné. Pótolhatja a munkaképtelenség miatti jövedelem-kiesését vagy kiegészítő terápiák finanszírozására is fordíthatja.
- 1.6.3. Fontos: ezt a kiegészítő biztosítást csak 18 év felettiak köthetik, és nem kötheti meg olyan személy, akinek korábban már volt ilyen betegsége vagy épp ilyen irányú kivizsgálás alatt áll.

2. Ki veheti igénybe a szolgáltatásokat?

- 2.1. A CIB Egészségőr 2.0 csoportos biztosítási szerződés biztosítottja legalább 6 hónapos és legfeljebb 70 éves természetes személy, az alábbiak szerint:
 - 2.1.1. a CIB Banknál folyószámlával rendelkező természetes személy, aki a csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozáskor legalább 18 és legfeljebb 69 éves, Hope Plusz kiegészítő csomag választása esetén legalább 18 és legfeljebb 65 éves,
 - 2.1.2. az ő Ptk. 8:1 § (1) bekezdésének 1. pontjában megjelölt közeli hozzátartozója (házastárs, egyeneságbeli rokon, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülő és testvér) továbbá olyan gyermek lehet, aki a 18 év feletti biztosított vagy annak házas-, élettársa vér szerinti, örökbefogadott vagy nevelt gyermeke, és aki a csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozáskor legalább 6 hónapos és legfeljebb 69 éves, Hope Plusz kiegészítő csomag választása esetén legalább 18 és legfeljebb 65 éves.
- 2.2. A 18. életévét be nem töltött biztosított esetén az adatkezelésének jogszerűségéhez a gyermek törvényes képviselőjét ellátó szülő hozzájárulása szükséges, aki szintén biztosított ezen csoportos szerződésben.
- 2.3. 18 év alatti Biztosított számára kizárólag a Standard csomag 6 hónapos – 18 év közötti Biztosított számára biztosítási alapsomag választható.

3. Mikortól vehető igénybe szolgáltatás?

A Szerződő a csatlakozás elfogadásáról vagy el nem fogadásáról a Csatlakozási nyilatkozat megtételétől számított 5 (öt) munkanapon belül e-mailben tájékoztatja a számlatulajdonost és a biztosítottat. A csatlakozást követő hónap első napja a kockázatviselés kezdete, azonban a biztosító 15 nap várakozási időt köt ki a szolgáltatás igénybevételére. Ez azt jelenti, hogy a csatlakozást követő hónap 15. napját követően vehető igénybe a szolgáltatás.

4. Hogyan fizeti a biztosítás díját?

- 4.1. A biztosítás folyamatos díjú. A díjat a csoportos biztosítás szerződője, a CIB Bank Zrt. utalja a biztosítónak. A biztosítás arányos díját a szerződő Önre, a Biztosítottra áthárítja, úgy, hogy minden hónap 2. vagy 3. napján megterheli a számlatulajdonos forint bankszámláját.

5. Mikor és hogyan szűnik meg a biztosítás?

- 5.1. Az Önre vonatkozó kockázatviselés megszűnik:
 - 5.1.1. az Ön halála esetén,
 - 5.1.2. azon a biztosítási év utolsó napjának 24. órájával, amelyben Ön a 70. életévét betöltötte,
 - 5.1.3. amennyiben a Számlatulajdonos Szerződéssel fennálló bankszámlaszerződésre vonatkozó jogviszonya megszűnik, a díjjal fedezett hónap utolsó napjának 24.00 órákor.
 - 5.1.4. amennyiben a Bank a Számlatulajdonos számlájáról a biztosítási díjat a biztosítási díj esedékességét követő 60. nap 24.00 óráig nem tudta beszédni, a biztosítási díj esedékességét követő 61. nap 00.00-kor,
 - 5.1.5. a Csatlakozási nyilatkozat (Biztosítási Feltételek 7. pont) visszavonása esetén a díjjal fedezett hónap utolsó napján 24.00 órákor,
 - 5.1.6. Elállás (Biztosítási Feltételek 7. pont) esetén a kockázatviselés kezdetének napján 0.00 órákor,
 - 5.1.7. amennyiben a biztosítási díj módosul, a módosított biztosítási díj el nem fogadása esetén, a díjjal fedezett hónap utolsó napján 24:00 órákor, de legkésőbb az Önre vonatkozó biztosítási évfordulón 0:00 órákor.
- 5.2. Ezen felül Hope Plusz esetében a kockázatviselés megszűnik:
 - 5.2.1. a biztosított 70. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján,
 - 5.2.2. a CIB Egészségőr 2.0 biztosításra vonatkozó kockázatviselés megszűnése esetén azzal egyidejűleg,
 - 5.2.3. a biztosítási szolgáltatás teljesítésével.

6. Milyen ellátásokat NEM szervez meg, illetve nem térít a biztosító?

- 6.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményben vagy más háborús cselekményben valamely fél mellett történő aktív részvétellel vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határviellongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, idegen ország határozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás, vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény. (A kommandó támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.
- 6.2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be.
- 6.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény a biztosított alkoholos állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következett be.
- 6.4. Nem szolgáltat a biztosító az olyan esetekben, amikor a biztosítási esemény az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba) következik be.
- 6.5. A biztosító nem téríti az olyan kezeléseket, amelyek egészségügyi ellátás, orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt válnak szükségessé.
- 6.6. Nem biztosítási esemény az írásbeli orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény, kivéve a szakorvosi vizsgálatokat, azonban az ellátásszervező minden esetben jogosult meggyőződni a Biztosított által igényelt szolgáltatás orvosi-szakmai indokoltságáról, és ennek hiányában jogosult elutasítani a szolgáltatási igényt.
- 6.7. Nem biztosítási esemény az ellátás iránti igény akkor sem, ha az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét.
- 6.8. Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amelynek az igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül, azaz nem az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően történt.
- 6.9. Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett baleset/meglévő betegség vagy állapot következtében válik szükségessé, kivéve a járóbeteg szakellátást és a diagnosztikai vizsgálatokat.
- 6.10. Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül válik szükségessé, vagy amellyel kapcsolatban a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül orvoshoz fordult.
- 6.11. Nem biztosítási esemény a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó igény, amennyiben a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos/nem a feltételezett diagnózisnak megfelelő szakterület szakorvosa által kiállított javaslatot/beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat.
- 6.12. A biztosító nem viseli a kockázatot az alábbiakra:
 - 6.13. sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából végzett ellátásra,
 - 6.14. az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységre,
 - 6.15. katasztrófa miatti ellátásra,
 - 6.16. járványügyi érdekből végzett ellátásokra,
 - 6.17. tüdőgyógyászati gondozásra,
 - 6.18. addiktológiai gondozásra,
 - 6.19. alkoholológiai gondozásra,
 - 6.20. drogbeteg-ellátásra, gondozásra,

- 6.21. foglalkozás-egészségügyi szakellátásra,
- 6.22. akupunktúrás kezelésre,
- 6.23. alternatív gyógyászati eljárásokra,
- 6.24. semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra, illetve fogászati diagnosztikára,
- 6.25. lézeres kezelésekre, beavatkozásokra (körömgomba, látásjavító, intimplézer, visszér stb.),
- 6.26. geriátriai kezelésre, gondozásra,
- 6.27. szemlencse beültetésre,
- 6.28. dialízis kezelésre,
- 6.29. alsó végtag visszér betegségének semminemű kezelésére,
- 6.30. szexuális úton terjedő betegség diagnózisának felállítását követően szükségessé váló gondozásra, kezelésre,
- 6.31. meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatokra,
- 6.32. genetikai vizsgálatokra (pl. Leiden-mutáció, MTHFR gén mutáció, FII G20210A prothrombin gén mutáció, laktóz genetika),
- 6.33. étel-intolerancia vizsgálatokra (ide értve az IgG típusú ételintolerancia tesztek (FOOD teszt) és a DAO-tesztet is),
- 6.34. pszichiátriai kezelésre, kivéve az első konzultációt,
- 6.35. gyógypedagógiai kezelésre,
- 6.36. fizio- és mozgásterápiás kezelésre,
- 6.37. injekció-terápiás sorozatra (az első szakorvosi vizit alkalmával, fájdalom csillapítás céljából beadott első injekciót fedezi a biztosítás, a továbbiakat, illetve a porcpótló hatóanyagot tartalmazó injekciót nem)
- 6.38. intenzív betegellátásra,
- 6.39. klinikai onkológiai gondozásra,
- 6.40. állapotfenntartó infúziós és kúraszerű kezelésekre, ide értve a PRP (sajátvér) kezelést és a GUNA terápiát is,
- 6.41. Hepatitis C betegek gondozására,
- 6.42. aneszteziológiai ellátásra, kivéve az ambuláns vagy egynapos sebészeti ellátás vonatkozásában szükségessé váló aneszteziológiai ellátást,
- 6.43. a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatos ellátásra, ide értve a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket,
- 6.44. a terhességgel, szüléssel és a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre, amennyiben a szülés a kockázatviselés kezdetét követő 270. napnál korábban következik be
- 6.45. fogamzásgátlással, meddőséggel, művi megtermékenyítéssel összefüggő ellátási igényekre,
- 6.46. művi terhesség megszakítással kapcsolatos ellátási igényekre, kivéve, ha a terhesség az anya életét veszélyezteteti vagy a magzat egészségi állapota ezt indokolttá teszi,
- 6.47. esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés kapcsán felmerülő ellátási igényekre, kivéve a valamely betegség vagy baleset következtében szükségessé váló rekonstrukciós beavatkozásokat és az ezekhez kapcsolódó vizsgálatokat,
- 6.48. A biztosított HIV-fertőzésével vagy ezzel okozati összefüggésben felmerülő ellátási igényekre,
- 6.49. Az alkohol- illetve a drogfüggőség megszüntetésével kapcsolatos ellátási igényekre,
- 6.50. a Magyarországon elfogadott és általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátásokra,
- 6.51. széklet genomikai tesztre,
- 6.52. immunterápiára,
- 6.53. pszichológiai konzultációkra,
- 6.54. dietetikai konzultációkra,
- 6.55. gyomor bypass műtétekre,

- 6.56. gyomorballon műtétekre, akkor sem, ha ambuláns sebészeti ellátás keretében végezték el
- 6.57. veleszületett betegségekkel, fejlődési rendellenességekkel kapcsolatos műtétekre és beavatkozásokra,
- 6.58. külföldön működő szolgáltatók által nyújtott, külföldön igénybevett egészségügyi ellátásokra,
- 6.59. A Biztosító nem vállal fedezetet az alábbi Egynapos sebészeti beavatkozásokra:
- 6.60. Sterilisatio laparoscopica feminae
- 6.61. Sterilisatio laparoscopia kapoccsal
- 6.62. Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel
- 6.63. Sterilisatio laparoscopia monopol. elektródával
- 6.64. Sterilisatio laparoscopia bipol. elektródával
- 6.65. Extrauterin graviditas laparoscopos műtéte
- 6.66. Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából
- 6.67. Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel
- 6.68. Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel
- 6.69. Méhen kívüli terhességben adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal
- 6.70. . Interruptio Hegar tágítással, curettage-zsal
- 6.71. Interruptio laminaria tágítással
- 6.72. Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése

6.73. A Hope Plusz kiegészítő csomagból kizárt kockázatok

- 6.73.1. a jóindulatú tumor, amelyet a nemzetközi protokoll annak nevez,
- 6.73.2. Kaposi-szarkóma és más daganatok egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés vagy AIDS megbetegedés esetén, illetve emberi immunrendszer megbetegedését okozó vírus jelenlétében meglévő, illetve kialakuló daganatok,
- 6.73.3. amennyiben a diagnosztikai vizsgálatok a szerződés kezdetét megelőzően vagy a várakozási idő alatt kezdődtek meg

6.74. A Biztosító nem nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és / vagy a biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, mind a következő kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül a Biztosítóra vonatkoznak. Az alkalmazandó szankciók a következők: (i.) Európai Unió (EU); (ii.) az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ); (iii) Egyesült Államok (USA) és / vagy (iv) a Biztosítóra alkalmazandó egyéb szankciók.

7. Mikor mentesül a biztosító a szolgáltatás teljesítése alól

- 7.1. A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól abban az esetben, ha a biztosítási eseményt Ön jogellenesen súlyosan gondatlanul okozta (rendszeres alkoholfogyasztás vagy 2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó alkoholos befolyásoltság vagy kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése)
- 7.2. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha: a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll az Ön öngyilkossági kísérletével, vagy az Ön szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben jön létre.
- 7.3. közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén, kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítási esemény előtt már ismerte vagy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

8. Mit kell tennie, ha orvosi ellátásra van szüksége?

A Biztosító szolgáltatását az ellátásszervező által nyújtja, az egészségügyi ellátást egészségügyi szolgáltatók végzik.

9. Ellátásszervező váltás

- 9.1. A Biztosító a Szerződővel előzetesen egyeztetve jogosult megváltoztatni az ellátásszervező személyét oly módon, hogy a Szerződő a 9.2. pontban foglaltaknak eleget tudjon tenni.
- 9.2. A módosítás hatálybalépése előtt legkésőbb 30 nappal a Szerződő e-mail-ben tájékoztatja a Biztosítottat az ellátásszervező váltásról és az új ellátásszervező elérhetőségeiről.

10. Ha bármi panasa adódik a biztosítással kapcsolatban:

Panaszával a Biztosítóhoz az alábbiak szerint fordulhat:

- a) Szóbeli panasz bejelentése:
 - (i) személyesen a Biztosító Központi Ügyfélszolgálati Irodáján, annak nyitvatartási idejében. Cím: 1134 Budapest, Váci út 33. (Dózsa György út – Váci út sarok), vagy
 - (ii) személyesen a fővároson kívül a területi értékesítési irodáink irodavezetőinél. A területi értékesítési irodáink elérhetősége megtalálható a Biztosító honlapján, a www.union.hu oldalon. telefonon, a Biztosító ügyfélszolgálatán (telefonszám: 061/486-4343)
- b) Írásbeli panasz bejelentése:
 - (i) személyesen vagy meghatalmazott által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján;
 - (ii) postai úton (1381 Budapest, Pf.: 1076)
 - (iii) telefaxon (061/486-4390)
 - (iv) elektronikus levélben (e-mail cím: ugyfelszolgalat@union.hu)

A Magyar Nemzeti Bank által panaszbejelentésre használt formanyomtatvány elérhető a Biztosító honlapján, valamint a Magyar Nemzeti Bank honlapján az alábbi linken:

<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz>.

Az ellátásszervezéssel kapcsolatos panaszokat a Biztosított az ellátásszervező részére közvetlenül e-mailben is eljuttathatja és telefonon is megteheti.

A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1054 Budapest, Szabadság tér 8-9; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)

Amennyiben a biztosított a biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy

- a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; telefonszám: (+36-80) 203-776; web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
- b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest Pf. 172; Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) Telefon: (+36-80) 203-776; e-mail: pbt@mnb.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.

11. A csatlakozáskor megadott adatait a bank és a biztosító az alábbiaknak megfelelően kezeli:

- 11.1. Az adatkezelés célhoz kötött, azaz a biztosító csak azokat a személyes és biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosult kezelni, amelyek a biztosítás létrejöttével, nyilvántartásával, a biztosítási szolgáltatással összefüggenek. A személyes adatok kezeléséről a közös adatkezelésre vonatkozó adatkezelési tájékoztató szolgáltat információkat.

- 11.2. A Szerződő és a Biztosító megállapodnak abban, hogy a jelen Csoportos Biztosítás teljesítése során a Szerződő, illetve a Biztosító vagy munkatársaik, banki megbízottak és megbízottaik tudomására jutott valamennyi információ és adat biztosítási, bank- és üzleti titkot képeznek.
- 11.3. A Szerződő és a Biztosító rögzítik, hogy Csoportos Biztosítás Biztosítottjai és Kedvezményezettjei személyes adatainak az ügyfelek biztosítási védelmével összefüggő kezelése vonatkozásában közös adatkezelőknek minősülnek.
- 11.4. A Szerződő és a Biztosító adatkezelés tárgyában kötött megállapodása a jelen biztosítási feltételek mellékletét képezi.
- 11.5. A Szerződő és a Biztosító a személyes adatokat bizalmasan és a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően kezelik, és megtesznek minden olyan biztonsági, technikai és szervezési intézkedést, amely az adatok biztonságát garantálja, ideértve azon intézkedéseket is, amelyek megakadályozzák különösen, de nem kizárólagosan az adatok elvesztését, megsemmisülését, jogosulatlan megszerzését.
- 11.6. A Szerződő és a Biztosító kijelentik és szavatolják, hogy a jelen Csoportos Biztosításban meghatározott tevékenységük során végzett adatkezelésük összhangban van az adatvédelemmel kapcsolatos mindenkor hatályos, így különösen az alábbi jogszabályokkal:
- 11.6.1. Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendeletét (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről ("Általános Adatvédelmi Rendelet").
- 11.6.2. az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény;
- 11.6.3. a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény;
- 11.6.4. az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. törvény;
- 11.6.5. a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény vonatkozó rendelkezéseivel.
- 11.7. A Szerződő és a Biztosító megállapodnak abban, hogy az Általános Adatvédelmi Rendelet rendelkezései minden Biztosított és Kedvezményezett vonatkozásában alkalmazandó.
- 11.8. A Szerződő és a Biztosító vállalják, hogy minden szükséges intézkedést megtesznek a Biztosítottak és Kedvezményezettek személyes adatai kezelésének biztonsága érdekében.
- 11.9. A titoktartási kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítót időbeli korlátozás nélkül terheli. Az üzleti titoknak minősített információkat kizárólag azok a titoktartási kötelezettség alatt álló munkavállalók, megbízottjaik ismertethetik meg, akiknek ezen információk ismerete munkaköri kötelezettségük körébe tartozik, illetve, ha az adatok általuk történő megismerése a Biztosítóval szemben szerződésben vállalt kötelezettség teljesítése érdekében szükséges.
- 11.10. A Szerződő és a Biztosító kötelesek a jelen Csoportos Biztosítással kapcsolatban keletkezett, biztosítási titkot tartalmazó dokumentumokat a mindenkor hatályos jogszabályok szerint megőrizni.
- 11.11. A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat a jelen feltételekhez csatolt Közös adatkezelésre vonatkozó adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a CIB Bank honlapján elérhető. A Biztosító további adatkezelési műveleteiről, a biztosítási titokkal kapcsolatos további információkról, a Biztosító adatfeldolgozóiról a Biztosító a www.union.hu/adatvedelem adatkezelési aloldalán tájékozódhat.

12. Az alkalmazandó jog

Jelen biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhatnak.

Az eljárások nyelve magyar.

13. Egyebek

- 13.1. A CIB 2.0. egészségbiztosítás nem reaktiválható, nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, kölcsönrel nem terhelhető.
- 13.2. Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.
- 13.3. A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított két év elteltével évül el.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

2021. augusztus 1.

II. CIB Egészségőr 2.0 Biztosítási feltételek lakossági bankszámlához

1. A feltételek érvényessége

Jelen biztosítási feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és a CIB Bank Zrt között létrejött, lakossági bankszámlákhoz kapcsolódó CIB Egészségőr 2.0 csoportos egészségbiztosításra érvényesek.

2. Fogalmak

- 1) Alkusz: A CIB Biztosítási Alkusz Kft. független biztosításközvetítő, amely a Szerződéssel kötött megbízási szerződés alapján, a Szerződő képviselőjében eljárva a Szerződő biztosítási szerződéséből eredő jogainak és kötelezettségeinek teljesítésben és lebonyolításában közreműködik.
- 2) Ambuláns műtét: ambuláns sebészi beavatkozáson olyan diagnosztikus és/vagy terápiás sebészi jellegű tevékenységet értünk, amely után a beteg fekvőbeteg intézeti ellátást nem igényel, a beavatkozást követően szükséges és elegendő megfigyelés után otthonába bocsátható.
- 3) Járóbeteg-szakellátás: a biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmyszerű egészségügyi ellátás, ideértve az ambuláns műtétet és a házivizit szolgáltatást is.
- 4) Az ellátásszervezővel/biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató: bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel/ biztosítóval nem köt szerződést.
- 5) Az ellátásszervezővel/biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató: bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt.
- 6) Baleset: a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső erőbehatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.
- 7) Beavatkozás: azon megelőző, vagy diagnosztikus vagy terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- 8) Biztosító: az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. amely a biztosítási szerződést megkötö és a biztosítási díjak ellenében kötelezettséget vállal a biztosítási szolgáltatások teljesítésére.
- 9) Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- 10) Biztosított: az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön feltéve, hogy az általa tett nyilatkozattal elfogadja a jelen egészségbiztosítási szerződés feltételeit, és hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen.
- 11) Biztosítási esemény: a biztosító által a Biztosítási feltételekben biztosítási eseményként meghatározott esemény, amelynek bekövetkezése esetén a biztosító ezen feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.
- 12) Betegség: Az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza az életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét.
- 13) Csoportos biztosítás: a bank és a biztosító között létrejött, a lakossági bankszámlákhoz kapcsolódó CIB Egészségőr csoportos biztosítási szerződés alapján létrejött egészségbiztosítás.
- 14) Egészségügyi dokumentáció: A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentáció tartalmazza a biztosított személyes és különleges személyes adatait, és úgy kell vezetni a dokumentációt, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát, és a beavatkozás/ellátás indokoltságát tartalmazza.
- 15) Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység: az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen
 - a) a munkára, sportra, járművezetésre, illetőleg a szakmára való vagy jogszabály által előírt egészségi alkalmasságnak,

- b) a keresőképességnek,
 - c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.
- 16) Egészségügyi ellátás: a biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.
 - 17) Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a biztosított (beteg) vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a biztosított (beteg) vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.
 - 18) Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.
 - 19) Egészségügyi kockázatelbírálás: a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja.
 - 20) Egynapos sebészet¹: Az egynapos sebészeti ellátás olyan, a kórházi fekvőbeteg ellátást kiváltó, a jogszabályban meghatározott tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet az ilyen típusú ellátás elvégzésére hatósági engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató végez el a vonatkozó jogszabály és az orvosi szakvélemény szerint az ilyen típusú ellátásra alkalmas betegen, és a beavatkozás legfeljebb 24 órás bentartózkodást igényel.
 - 21) Ellátásszervező: olyan szervezet, amely egészségügyi szolgáltatások szervezésére van feljogosítva.
 - 22) Előzménybetegség: a kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettel egyértelműen összefügg.
 - 23) Éves szolgáltatási limit: a biztosító jelen szerződés vonatkozásában a CIB Egészségőr 2.0 egyes – a Biztosítási feltételekben meghatározott – szolgáltatásaira vonatkozóan a teljesítendő szolgáltatási összegekre éves összeghatárt állapít meg, melynek mértékét a CIB Egészségőr 2.0 és Hope Plusz biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek dokumentum tartalmazza.
 - 24) Fogyasztó: fogyasztónak minősül az a természetes személy, aki szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül jár el.
 - 25) Házivizit: Éjjel-nappal a páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén, Budapesten és a 0 km-től számított 20 km-es körzetében – az ellátásszervezőnél telefonon bejelentett az ellátásszervező orvosa által indokoltnak tartott esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás, mely során az ellátásszervező a biztosítotthoz ügyeleti ellátást nyújtó orvost küld.
 - 26) Kedvezményezett: a szolgáltatások igénybevételére jogosult személy, aki a CIB Egészségőr 2.0 Biztosítási feltételek vonatkozásában azonos a biztosítottal.
 - 27) Kezelőorvos: a biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.
 - 28) **Kockázatviselési tartam:** a kockázatviselés kezdetének napja és a kockázatviselés megszűnésének napja közötti időtartam.
 - 29) Kórház: a szakmai felügyeletet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és megfelelő intézményi kóddal rendelkezik. Nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, nappali kórházak, pszichiátriai intézetek, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők,

¹ Jelen Biztosítási Feltételek hatályba lépésekor a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről és a 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről

gyógyüdülők, elmebetegek gyógy és gondozóintézetei, alkohol- és kábítószer elvonó intézetek, hospice tevékenységet végző intézmények, ápolási intézmények, illetve krónikus fekvőbeteg ellátást nyújtó intézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó, valamint obesitológiai és lipidológiai osztályai.

- 30) **Költségtérítés:** a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig.
- 31) **Közeli hozzátartozó:** a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér;
- 32) **Műtét:** az a sebészeti beavatkozás, amely lehet betegségi vagy baleseti okú, és amelyet az orvosszakmai szabályok megtartásával végeznek el a biztosítotton.
- 33) **Orvosi javaslat:** háziorvosi, szakorvosi képesítéssel rendelkező egészségügyi szakember által kiállított, orvosi pecséttel ellátott egészségügyi dokumentum, amely a beteg panaszai háttérben álló betegség feltárása, egészségének megőrzése vagy helyreállítása érdekében elvégzendő vizsgálatok, beavatkozások vagy kezelési terv leírását tartalmazza. Az orvosi javaslathoz kötött szolgáltatások esetén a biztosító az adott szolgáltatással kapcsolatban benyújtott eredeti orvosi javaslat alapján szolgáltat, és nem vesz figyelembe ugyanazon eseményre (orvosi vizitre, diagnosztikai vizsgálatra, sebészeti beavatkozásra) vonatkozóan, de későbbi időpontban kiállított, módosított dokumentumokat.
- 34) **Önrész:** Az önrész az az összeg, amelyet a biztosító az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségének térítésekor levon a térítendő összegből és amelyet a biztosított köteles megfizetni. A biztosító kizárólag az egészségügyi szolgáltatás költségének az önrészt meghaladó részét téríti meg.
- 35) **Sürgős szükségből eredő ellátás:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.
- 36) **Számlatulajdonos:** a biztosított díjfizetési kötelezettségének teljesítésében működik közre. A számlatulajdonos a Szerződő mindenkor hatályos Általános Lakossági Üzletszabályzatában meghatározott fogyasztói üzletfelei közül a 18. életévét betöltött, cselekvőképességében nem korlátozott, devizabelföldi vagy devizakülföldi természetes személy, aki a Bankkal forint Bankszámlára vonatkozó szerződéssel rendelkezik. A Bankszámla fogalmára a Bank Általános Lakossági Üzletszabályzatában meghatározott fogalom az irányadó.
- 37) **Szerződő:** CIB Bank Zrt, amely a biztosítási szerződést megköti a biztosítóval a biztosított(ak) javára
- 38) **Szűrővizsgálat:** olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségekre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése, amely alkalmas a biztosító kockázatvállalási feltételeinek meghatározására is.
- 39) **Várakozási idő:** a kockázatviselés kezdetének szerződéses elhalasztása, vagy a biztosító kockázatvállalásának meghatározott ideig történő korlátozása.
- 40) **Vizsgálat:** az a tevékenység, amelynek célja a biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkezése és a halál okának megállapítása.

3. Biztosított

- 1) A Biztosított az a természetes személy, aki a Szerződő és Biztosító felé tett nyilatkozattal a Csoportos biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozott.
- 2) A biztosított a Csoportos biztosításhoz csak egy Bankszámlához kapcsolódóan csatlakozhat.
- 3) Biztosított lehet az a természetes személy, akinek életkora a szerződéshez való csatlakozáskor legalább 6 hónap, legfeljebb 69 év. Az életkor számítása úgy történik, hogy a belépés évéből ki kell vonni a biztosított születési évét, kivéve a gyermek biztosított belépési koránál, mert abban az esetben a biztosító napra pontosan számítja a 6 hónapos kor betöltését.

- 4) A természetes személy számlatulajdonos és a Biztosított személye lehet ugyanazon személy, illetve amennyiben nem ugyanazon személy, abban az esetben a Biztosított csak a természetes személy számlatulajdonos a Ptk. 8:1 § (1) bekezdésének 1. pontjában megjelölt közeli hozzátartozója (házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér) valamint élettársa lehet, továbbá olyan gyermek lehet, aki a 18 év feletti biztosított vagy annak házas-, élettársa vér szerinti, örökbefogadott vagy nevelt gyermeke.

4. Kedvezményezett

- 1) A jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatások kedvezményezettje a Biztosított.

5. A csoportos biztosítási szerződés létrejötte és csatlakozás a Csoportos Biztosításhoz

- 1) A Csoportos biztosítási szerződés a biztosító, Szerződő és az alkusz megállapodásával jött létre, a Szerződő azon ügyfelei javára, aki a Csoportos biztosításhoz a jelen feltételek szerint csatlakoznak.
- 2) A Szerződő ügyfelei a biztosítási szerződéshez kizárólag biztosított minőségben csatlakozhatnak, őket nem illeti meg a Szerződői minőség, illetve a Szerződő helyére a csoportos biztosítási szerződésbe nem léphetnek be.
- 3) A biztosítási szerződéshez a biztosítottak az általuk tett csatlakozásra vonatkozó jognyilatkozattal, az úgynevezett Csatlakozási nyilatkozattal csatlakoznak.
- 4) A Csatlakozási nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a Biztosított által választott biztosítási csomagot, a biztosítottnak arra vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát, hogy a szerződés hatálya rá kiterjed valamint arra, hogy a biztosítót a titoktartási kötelezettség alól felmenti az intézményekkel, hatóságokkal szemben. A csatlakozási nyilatkozat a szerződés részét képezi.
- 5) Amennyiben a lakossági bankszámla esetében a bankszámlának több tulajdonosa van önálló rendelkezési joggal, bármelyik bankszámla-tulajdonos ügyfél megteheti a Csatlakozási nyilatkozatot saját maga számára.
- 6) Amennyiben a lakossági bankszámla esetében a bankszámlának több tulajdonosa van együttes rendelkezési joggal, az összes bankszámla tulajdonos ügyfél csak együtt teheti meg a Csatlakozási nyilatkozatot.
- 7) Csatlakozási nyilatkozatnak minősül a biztosítottnak a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény szerint távértékesítés keretében, távközlő eszköz útján tett, bizonyítható és azonosítható módon rögzített nyilatkozata – amely szerint a biztosított a biztosítási szerződésre vonatkozó tájékoztatás alapján egyértelműen kijelenti, hogy a Csoportos biztosításra igényt tart (továbbiakban: távközlő eszköz útján tett Csatlakozási nyilatkozat).
- 8) A Biztosítottak a biztosítási szerződéshez – amennyiben a termék értékesítése ezeken a csatornákon is elérhetővé válik - a cib.hu-n keresztül történő online értékesítés keretében, a Bank mobiltelefonos applikációján a CIB Bank Mobilalkalmazáson, bankfiókban, személyes ügyintézés keretében Danube elektronikus aláírópadon keresztül és bármely további, a bank által meghatározott kommunikációs csatornán, kommunikációs eszközön keresztül is csatlakozhatnak.
- 9) Biztosított Csatlakozási nyilatkozat megtételével bármikor csatlakozhat a csoportos biztosítási szerződéshez.
- 10) A Szerződő joghatályosan küldhet értesítést a Számlatulajdonosnak függetlenül attól, hogy ki a biztosított.
- 11) A Szerződő a csatlakozás megtételének igazolásaként írásbeli (e-mail) visszaigazolást küld a Számlatulajdonos és a Biztosított részére.
- 12) A Szerződő a Biztosított által személyesen vagy távközlő eszköz útján megtett Csatlakozási nyilatkozat elfogadásáról vagy el nem fogadásáról annak megtételétől számított 5 (öt) munkanapon belül a Számlatulajdonost és a Biztosítottat e-mail címére küldött levélben tájékoztatja.
- 13) Ha a biztosított kiskorú, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges. A kiskorú gyermek csatlakozásához a gyermek törvényes képviselőjét ellátó szülőjének hozzájárulása szükséges, amelyet a csatlakozási nyilatkozaton tehet meg a törvényes képviselőt ellátó szülő.

- 14) Amennyiben a biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.
- 15) A Szerződő az csatlakozási szándékot elutasítja, ha
 - a) a biztosítási díj nem került megfizetésre legkésőbb a Csatlakozási nyilatkozat keltétől számított 5 (öt) munkanapon belül, azaz a Bankszámla megterhelése nem vezetett eredményre vagy
 - b) nem teljesülnek a Biztosítottra vonatkozó feltételek vagy
 - c) a Csatlakozási nyilatkozatban elírás, téves, hibás adat szerepel.
- 16) A Biztosítottak automatikusan, külön kockázatbírálás nélkül kerülnek a biztosítási fedezetbe.
- 17) A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.

6. A Biztosítási csomag módosítása, módosulása

- 1) A Biztosított a Csatlakozási nyilatkozaton jelöli az általa választott biztosítási alapsomagot, illetve az ahhoz választott kiegészítő csomagot. Egy Biztosított egy biztosítási alapsomaggal és egy kiegészítő biztosítási csomaggal rendelkezhet. Kiegészítő biztosítási csomag alapsomag nélkül nem választható.
- 2) 18. életévét még be nem töltött biztosítottra kizárólag a Standard csomag 6 hónap – 18 év közötti biztosítottra elnevezésű csomag köthető.
- 3) A Biztosított a biztosítási csomagot a rá vonatkozó biztosítási évfordulóra módosíthatja, amennyiben módosítási igényét legalább az évforduló előtt 30 nappal írásban jelzi a Szerződő felé.
- 4) A Biztosítási csomag módosítása esetén a szolgáltatási igény bejelentésének időpontjában érvényes biztosítási csomag alapján szolgáltat a biztosító.
- 5) Kiegészítő csomag felvételére a csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozáskor, vagy az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási évfordulón van lehetőség. Ez utóbbi esetben a kiegészítő csomag felvételének feltétele, hogy a Biztosított az igényét legalább az évforduló előtt 30 nappal írásban jelezze a Szerződő felé.
- 6) A kiegészítő csomag kezdete és kockázatviselési kezdete – amennyiben azt az alapsomaggal egyidejűleg kötötték – megegyezik az alapsomag kezdetével.
- 7) A kiegészítő csomag kezdete és kockázatviselési kezdete, amennyiben azt nem az alapsomaggal egyidejűleg kötötték az alapsomag évfordulójának napjával megegyező nap.
- 8) A kiegészítő csomag kezdetének napjától jogosult a Biztosító a kiegészítő csomagra vonatkozó biztosítási díjra.
- 9) Kiegészítő csomag megszüntetésére az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási évfordulón van lehetőség, amennyiben a Biztosított az igényét legalább az évforduló előtt 30 nappal írásban jelezzi a Szerződő felé.
- 10) A gyermekre vonatkozó biztosítási csomag a 18. év betöltését követő évfordulókor automatikusan módosul a Standard csomag 18-70 év közötti biztosítottra nevű csomagra.

7. A Csatlakozási nyilatkozat visszavonása

- 1) Távközlő eszköz útján történő értekesítés esetében a Biztosítási Szerződéshez való csatlakozásról szóló, a Szerződő által a Számlatulajdonosnak az általa megadott e-mail címre küldött visszaigazolás megérkezésétől számított 14 napon belül a Biztosított az Alkuszhoz [CIB Biztosítási Alkusz Kft. (1027 Budapest, Medve utca 4-14.)] intézett írásbeli nyilatkozattal Csatlakozási nyilatkozatát indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül, azonnali hatállyal visszavonhatja (elállás). Az elállás jogát akkor kell határidőben érvényesítettnek tekinteni, ha az írásbeli nyilatkozatát a Biztosított a 14 napos határidő lejárta előtt postára adja, vagy egyéb igazolható módon az Alkusz által megadott elérhetőségre, címre elküldi. Ebben az esetben a Szerződő a Biztosítottra áthárított és a Biztosított által már megfizetett díjat a Biztosított részére a visszavonó nyilatkozat kézhezvételétől számított harminc napon belül visszafizeti a Számlatulajdonos Csatlakozási nyilatkozaton megadott számlaszámára. Amennyiben ez a számlaszám időközben megváltozott vagy megszűnt, akkor a Biztosított kötelezettsége, hogy benyújtásra kerüljön a Számlatulajdonos azon nyilatkozata, hogy mely számlaszámra kerüljön visszafizetésre a díj. A Biztosító kockázatviselése visszamenőleges hatállyal a kockázatviselés kezdetének időpontjára megszűnik.

- 2) A Biztosított biztosítási jogviszonyát rá vonatkozó biztosítási évfordulón – belépés dátumát követő hónap elseje -, az Alkuszhoz intézett, a Csatlakozási nyilatkozat írásbeli visszavonásával megszüntetheti, amennyiben a biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal ezt írásban jelzi a Szerződő felé. A Biztosított biztosítási jogviszonya a díjjal fedezett időszak végével szűnik meg.
- 3) Az elállás és a Csatlakozási nyilatkozat visszavonása költség- és díjmentes.
- 4) Közös tulajdonban lévő bankszámla esetében a Biztosított köteles a biztosítotti jogviszonyának megszüntetéséről a bankszámla másik tulajdonosát értesíteni. A Biztosított visel minden abból eredő kárt vagy kockázatot, mely abból származik, hogy nem teljesítette az előbbiekben meghatározott kötelezettségét.

8. 5. A biztosítás területi hatálya

- 1) A biztosító a szolgáltatásait Magyarország területén nyújtja.

9. A kockázatviselés tartama

- 1) Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete
 - a) A kockázatviselés a Csatlakozási nyilatkozatnak a Bank általi átvételét követő hónap első napján kezdődik, ha:
 - i) a Biztosított által tett csatlakozási szándéknyilatkozat a Szerződő által elfogadásra került, és ezt a Szerződő írásban 5 munkanapon belül a Számlatulajdonosnak és a Biztosítottnak megerősítette és;
 - ii) a biztosítás első havi díja a Csatlakozási nyilatkozat megtételét követő 5 munkanapon belül a Biztosított által megfizetésre került.
 - b) A kockázatviselés kezdete egyben a biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napja is.
- 2) Ha a csatlakozás elfogadásra kerül, a Bank köteles a biztosítás első havi díját legkésőbb a Csatlakozási nyilatkozat megtételét követő 5. munkanapon belül áthárítani a Biztosítottra és a Biztosított által megadott bankszámlát a biztosítás havi díjával megterhelni. Ha a Bank a fenti kötelezettségnek nem tesz eleget, a Biztosított kockázatviselése a 8.1.a). pont szerint (Csatlakozási nyilatkozatnak a Bank általi átvételét követő hónap első napján) kezdetét veszi, és a Bank köteles minden tőle telhetőt megtenni, hogy Biztosított által megadott bankszámlát a biztosítás havi díjával megterhelje.

10. A kockázatviselés megszűnése

- 1) Az összes biztosított vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik a Csoportos biztosítási szerződés megszűnésének a napján 24.00 órakor. A Csoportos biztosítási szerződés megszűnése esetén a Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a biztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselésének megszűnéséről. A biztosítási szerződés megszűnése a megszűnés előtt bejelentett ellátások megszervezését és kifizetését nem érinti.
- 2) A Biztosító kockázatviselése megszűnik adott Biztosítottra vonatkozóan az alábbi esetekben:
 - a) a Biztosított halála esetén a halál bekövetkeztének napján,
 - b) azon biztosítási év utolsó napjának 24. órájával, amelyben a Biztosított 70. életévét betöltötte,
 - c) amennyiben a Számlatulajdonos Szerződővel fennálló bankszámlaszerződésre vonatkozó jogviszonya megszűnik, a díjjal fedezett hónap utolsó napjának 24.00 órakor.
 - d) amennyiben a Biztosított a biztosítási díj esedékességét követő 60. nap 24.00 óráig a Szerződő részére a Szerződő által áthárított biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosítási díj esedékességét követő 61. nap 00.00-kor,
 - e) a Csatlakozási nyilatkozat (7.) visszavonása esetén a díjjal fedezett hónap utolsó napjának 24.00 órakor.
 - f) Elállás (7.) esetén a kockázatviselés kezdetének napján 0.00 órakor.
 - g) A jelen biztosítási feltételek 13. 5). pontja szerint, a módosított biztosítási díj el nem fogadása esetén.

11. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

1) A Szerződő joga és kötelezettsége (közlési kötelezettség)

- a) A Szerződő és a Biztosított a szerződés létrejöttkor köteles a kockázat elvállalása szempontjából minden lényeges körülményt közölni a Biztosítóval, illetve a biztosítás tartama alatt a szerződésben meghatározott lényeges körülmények tekintetében változás-bejelentési kötelezettséggel tartozik, melyet nyomtatott vagy elektronikus formában kell megtenni a Biztosítónál.

2) A Biztosító joga és kötelezettsége

- a) A közlési kötelezettség vagy a változás bejelentési kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő, biztosított fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a csatlakozáskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a csatlakozástól a biztosítási esemény bekövetkeztéig, illetve a változás bejelentési határidő leteltét követő naptól 5 év eltelt.
- b) A Biztosító kárrendezési szerveivel szemben a Biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel.

12. A biztosítási díj

- 1) A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melynek megfizetésére a Szerződő köteles. A Szerződő az általa megfizetett díjat – arányosan - havonta áthárítja a Biztosítottra. A Biztosított köteles a továbbhárított biztosítási díjat megfizetni. Ha a Biztosított személye eltér a Számlatulajdonos személyétől a Számlatulajdonos köteles közreműködni és köteles biztosítani azt, hogy a Biztosított a továbbhárított biztosítási díjat megfizesse.
- 2) A biztosítás havi díjfizetésű, a Biztosított a rá áthárított biztosítási díjrészt előre fizeti meg.
- 3) A Biztosított által az áthárított biztosítási díj megfizetése oly módon történik, hogy a Szerződő havonta megterheli a Számlatulajdonos Szerződőnél vezetett bankszámláját az esedékes biztosítási díj összegével. A biztosítási díj áthárításának napja (bankszámla megterhelésének napja): minden hónap 2. vagy 3. munkanapja.

13. A biztosítási díj módosítása

- 1) A Biztosító jogosult a biztosítás díját évente egyszer módosítani.
- 2) A Biztosítási díj módosítására a csoportos biztosítási szerződés évfordulóján kerül sor.
- 3) A Szerződő a módosult biztosítási díjról az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napja előtt legalább 60 nappal írásban tájékoztatja a Biztosítottat.
- 4) A Biztosított jogosult a biztosítási díj módosítását elutasítani, amennyiben a díjmódosítás elutasításáról a rá vonatkozó biztosítási évforduló napja előtt legalább 30 nappal írásban tájékoztatja erről a Szerződőt.
- 5) A biztosítási díj módosításának elutasítása esetén a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik a díjjal fedezett hónap utolsó napján 24:00 órakor, de legkésőbb az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási évfordulón 0:00 órakor.
- 6) Amennyiben a Biztosított legkésőbb a rá vonatkozó biztosítási évforduló előtt 30 nappal nem nyilatkozik, a Szerződő a díjmódosítást elfogadottnak tekinti.
- 7) A biztosítási díj módosításának elfogadása esetén a módosított biztosítási díj egy adott Biztosított vonatkozásában az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napján lép hatályba, és a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napjától már a módosított díjjal terheli meg a Számlatulajdonos bankszámláját.

14. Kizárt kockázatok

- 1) A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményben vagy más háborús cselekményben valamely fél mellett történő aktív részvétellel vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, polgárháború, idegen ország határozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás, vagy csak tengeri akció), kommandó támadás,

terrorcselekmény. (A kommandó támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.

- 2) A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be.
- 3) A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény a biztosított alkoholos állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következett be.
- 4) Nem szolgáltat a biztosító az olyan esetekben, amikor a biztosítási esemény az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba) következik be.
- 5) A biztosító nem téríti az olyan kezeléseket, amelyek egészségügyi ellátás, orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt válnak szükségessé.
- 6) Nem biztosítási esemény az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény, kivéve a szakorvosi vizsgálatokat, azonban az ellátásszervező minden esetben jogosult meggyőződni a Biztosított által igényelt szolgáltatás orvos-szakmai indokoltságáról, és ennek hiányában jogosult elutasítani a szolgáltatási igényt.
- 7) Nem biztosítási esemény az ellátás iránti igény akkor sem, ha az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét.
- 8) Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amelynek az igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül, azaz nem az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően történt.
- 9) Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett baleset/meglévő betegség vagy állapot következtében válik szükségessé, kivéve a járóbeteg szakellátást és a diagnosztikai vizsgálatokat.
- 10) Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül válik szükségessé, vagy amellyel kapcsolatban a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül orvoshoz fordult.
- 11) Nem biztosítási esemény a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó igény, amennyiben a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A házi orvos/nem a feltételezett diagnózisnak megfelelő szakorvos által kiállított javaslatot/beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a házi orvos szakorvosi feladatokat is elláthat.
- 12) A biztosító nem viseli a kockázatot az alábbiakra:
 - a) sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából végzett ellátásra,
 - b) az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységre,
 - c) katasztrófa miatti ellátásra,
 - d) járványügyi érdekből végzett ellátásokra,
 - e) tüdőgyógyászati gondozásra,
 - f) addiktológiai gondozásra,
 - g) alkoholológiai gondozásra,
 - h) drogbeteg-ellátásra, gondozásra,
 - i) foglalkozás-egészségügyi szakellátásra,
 - j) akupunktúrás kezelésre,
 - k) alternatív gyógyászati eljárásokra,
 - l) semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra, illetve fogászati diagnosztikára,
 - m) lézeres kezelésekre, beavatkozásokra (körömgomba, látásjavító, intimplézer, visszér stb.),
 - n) geriátriai kezelésre, gondozásra,
 - o) szemlencse beültetésre,
 - p) dialízis kezelésre,

- q) az alsó végtag visszér betegségének semminemű kezelésére,
- r) szexuális úton terjedő betegség diagnózisának felállítását követően szükségessé váló gondozásra, kezelésre,
- s) meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatokra,
- t) genetikai vizsgálatokra (pl. Leiden-mutáció, MTHFR gén mutáció, FII G20210A prothrombin gén mutáció, laktóz genetika),
- u) étel-intolerancia vizsgálatokra (ide értve az IgG típusú ételintolerancia teszteket (FOOD teszt) és a DAO-tesztet is),
- v) pszichiátriai kezelésre, kivéve az első konzultációt,
- w) gyógypedagógiai kezelésre,
- x) fizio- és mozgásterápiás kezelésre,
- y) injekció-terápiás sorozatra (az első szakorvosi vizit alkalmával, fájdalom csillapítás céljából beadott első injekciót fedezi a biztosítás, a továbbiakat, illetve a porcpótló hatóanyagot tartalmazó injekciót nem)
- z) intenzív betegellátásra,
- aa) klinikai onkológiai gondozásra,
- bb) állapotfenntartó infúziós és kúraszerű kezelésekre, ide értve a PRP (sajátvér) kezelést és a GUNA terápiát is,
- cc) Hepatitis C betegek gondozására,
- dd) aneszteziológiai ellátásra, kivéve az ambuláns vagy egynapos sebészeti ellátás vonatkozásában szükségessé váló aneszteziológiai ellátást,
- ee) a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatos ellátásra, ide értve a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket,
- ff) a terhességgel, szüléssel és a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre, amennyiben a szülés a kockázatviselés kezdetét követő 270. napnál korábban következik be
- gg) fogamzásgátlással, meddőséggel, művi megtermékenyítéssel összefüggő ellátási igényekre,
- hh) művi terhesség megszakítással kapcsolatos ellátási igényekre, kivéve, ha a terhesség az anya életét veszélyezteteti vagy a magzat egészségi állapota ezt indokoltá teszi,
- ii) esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés kapcsán felmerülő ellátási igényekre, kivéve a valamely betegség vagy baleset következtében szükségessé váló rekonstrukciós beavatkozásokat és az ezekhez kapcsolódó vizsgálatokat,
- jj) A biztosított HIV-fertőzésével vagy ezzel okozati összefüggésben felmerülő ellátási igényekre,
- kk) Az alkohol- illetve a drogfüggőség megszüntetésével kapcsolatos ellátási igényekre,
- ll) a Magyarországon elfogadott és általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátásokra,
- mm) széklet genomikai tesztre,
- nn) immunterápiára,
- oo) pszichológiai konzultációkra,
- pp) dietetikai konzultációkra,
- qq) gyomor bypass műtétekre,
- rr) gyomorballon műtétekre, akkor sem, ha ambuláns sebészeti ellátás keretében végezték el,
- ss) veleszületett betegségekkel, fejlődési rendellenességekkel kapcsolatos műtétekre és beavatkozásokra,
- tt) külföldön működő szolgáltatók által nyújtott, külföldön igénybevett egészségügyi ellátásokra,
- uu) A Biztosító nem vállal fedezetet az alábbi Egynapos sebészeti beavatkozásokra:
- vv) Sterilisatio laparoscopica feminae
- ww) Sterilisatio laparoscopia kapocccsal
- xx) Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel
- yy) Sterilisatio laparoscopia monopol. elektródával
- zz) Sterilisatio laparoscopia bipol. elektródával

- aaa) Extrauterin graviditas laparoscopos műtéte
- bbb) Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából
- ccc) Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel
- ddd) Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel
- eee) Méhen kívüli terhességben adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal
- fff) . Interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal
- ggg) Interruptio laminaria tágitással
- hhh) Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése
- i) .

13. A Biztosító nem nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és / vagy a biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, mind a következő kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül a Biztosítóra vonatkoznak. Az alkalmazandó szankciók a következők: (i.) Európai Unió (EU); (ii.) az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ); (iii) Egyesült Államok (USA) és / vagy (iv) a Biztosítóra alkalmazandó egyéb szankciók.)

15. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

- 1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be.
- 2) A biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással:
 - a) a szerződő fél vagy a biztosított;
 - b) a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.
- 3) A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni. Súlyosan gondatlannak minősülhet különösen:
 - a) ha a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetileg a biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltságával okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt
 - b) a biztosítási esemény kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében következett be kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták
 - c) amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezéséért felelős személy engedélyhez kötött tevékenységet ennek hiányában folytatott és ezzel összefüggésben okozta a kárt.
- 4) Fenti szabályokat a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

16. A biztosítási esemény és a Biztosító szolgáltatása

- 5) A biztosítási díj maradéktalan megfizetése ellenében a Biztosító az alábbi szolgáltatásokat nyújtja az itt meghatározott feltételekkel:
- 6) **Járóbeteg-szakellátás**
 - a) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkező balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg-szakellátás, orvosi távkonzultáció vagy házivizit keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása, akár önmagában álló receptírásként, amennyiben az ellátásszervező által szervezett szakorvosi vizsgálat keretében szakorvos a gyógyszert felírta.
 - b) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével (együttesen: előzménybetegség) összefüggésben felmerülő szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása is,

mely ellátás járóbeteg-szakellátás, orvosi távkonzultáció vagy házivizit keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása, akár önmagában álló receptírásként, amennyiben az ellátásszervező által szervezett szakorvosi vizsgálat keretében szakorvos a gyógyszert felírta.

- c) Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével (együttesen: előzménybetegség) kapcsolatos kontrollvizsgálata. Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a kezelésnek a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.
- d) Az orvosi távkonzultáció nem személyes találkozó keretében lebonyolított szakorvosi konzultáció. Az orvosi távkonzultáció semmilyen módon nem helyettesíti az orvosi fizikális vizsgálatot, diagnózis felállítását nem teszi lehetővé. Terápiás javaslat, módosítás orvosi távkonzultáció formájában csak korábban már diagnosztizált esetekben adható, amennyiben az orvossal indokolt. Az orvosi távkonzultáció alkalmazhatóságát egy adott panasz esetén az ellátásszervező jogosult megítélni és orvossal indokkal elutasítani. Az orvosi távkonzultáció az alábbi esetekben alkalmazható:
 - i) aktuális panaszok, tünetek értékelése, azok súlyosságának, sürgősségének és az orvoshoz fordulás indokoltságának megítélése, javaslat a további teendőkről,
 - ii) orvos tanácsadás új panaszok esetén – orvosi javaslat a további teendőkre, ajánlás vény nélkül is kapható készítmények használatára vonatkozóan,
 - iii) meglévő betegséggel, aktuális állapottal, annak változásával kapcsolatos orvosi tanácsadás, tájékoztatás,
 - iv) korábbi orvosi eredmények, javaslatok, leletek értelmezése, értékelése, orvosi tanácsadás, további vizsgálati javaslatok megfogalmazása,
 - v) orvosi kontroll konzultáció, amennyiben a biztosított tünetmentes, az alkalmazott terápia hatására meggyógyult és a konzultáció csak az állapot megerősítését célozza,
 - vi) recept-felírás – amennyiben a biztosított rendszeresen szed állapot-fenntartó gyógyszereket az ismert, diagnosztizált megbetegedésére és ezt orvosi javaslattal igazolja.
- e) Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett járóbeteg-szakellátás.
- f) Nem minősül biztosítási eseménynek a biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt fennálló terhessége. A biztosító a terhesség kezdetének (a fogantatás napjának) a szülés tervezett időpontját megelőző 270. napot tekinti. Ha a terhesség a kockázatviselés kezdetét követően jött létre, akkor a biztosító a terhességgel összefüggésben egy biztosítási évben összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálathoz tartozó, a hatályos orvossal protokoll által előírt ultrahang vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig. A Biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a 3D, 4D és 5D ultrahang vizsgálatokra és a magzati szív ultrahangra, sem pedig a terhességgel kapcsolatos laboratóriumi vagy egyéb diagnosztikai vizsgálatokra (pl. NST/CTG).
- g) A biztosítási esemény időpontja az igénybevett járóbeteg szakellátás napja.
- h) A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.
- i) Házivizit szolgáltatást kizárólag az ellátásszervező orvosa által indokoltan tartott esetben, Budapesten és a 0 km-től számított 20 km-es körzetében nyújt a biztosító. A házivizit igénybevétele minden esetben – tehát akkor is, ha egyébként a biztosítás nem önrésszel jött létre – önrész megfizetéséhez kötött. Az önrész összege a házivizit költségének 30%-a, de minimum 10 000 Ft. Az önrész összegét a biztosított az ellátást követően a házivizit során eljáró szolgáltatónak fizeti. A szolgáltatás igénybevételevel kapcsolatban a biztosítottat egyéb fizetési kötelezettség nem terheli.

7) Diagnosztikai vizsgálatok

- a) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, illetőleg a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével (együttesen: előzménybetegség) összefüggésben felmerülő panaszok

miatt szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által írásban elrendelt laboratóriumi és egyéb, nem a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokhoz sorolt diagnosztikai vizsgálata.

- b) Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével (együttesen: előzménybetegség) kapcsolatos kontrollvizsgálata. Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.
- c) Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett diagnosztikai vizsgálat iránti igény.
- d) A biztosítási esemény időpontja az igénybevett diagnosztikai vizsgálat napja.
- e) A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

8) Nagyértékű diagnosztika

- a) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvosilag indokolt, nem szűrővizsgálati célból szakorvos által írásban elrendelt, az alábbiakban felsorolt diagnosztikai vizsgálata:
 - i) PET-CT (pozitron-emissziós tomográfias diagnosztika)
 - ii) Cardio-CT (tomográfias diagnosztika)
 - iii) MR (mágneses rezonancia diagnosztika)
 - iv) CT (computer tomográf – számítógépes rétegfelvétel diagnosztika)
 - v) Endoszkópos vizsgálatok.

A biztosító előzmény nélkülinek tekinti a biztosított balesetét vagy betegségét, amennyiben a kockázatviselés kezdetét megelőzően a biztosítottnak ezzel egyértelműen összefüggő tünete, betegsége, sérülése vagy maradandó egészségkárosodása nem volt.

- b) A biztosítási esemény időpontja az igénybevett nagyértékű diagnosztikai vizsgálat napja.
- c) A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

9) Egynapos sebészeti ellátás

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett balesete vagy betegsége következtében felmerülő egynapos sebészeti ellátása, amennyiben az orvos-szakmailag indokolt és szakorvos által írásban elrendelt.

A biztosító előzmény nélkülinek tekinti a biztosított balesetét vagy betegségét, amennyiben a kockázatviselés kezdetét megelőzően a biztosítottnak ezzel egyértelműen összefüggő tünete, betegsége, sérülése vagy maradandó egészségkárosodása nem volt.

- a) A biztosítási fedezet nem terjed ki arra az esetre, ha az egynapos sebészeti ellátás alatt vagy utána olyan, a műtéttel összefüggő szövődmény következik be, amely a biztosítottnak a tervezettnél hosszabb ideig tartó, akár más intézményben történő kórházi ellátását vagy a tervezettől eltérő orvosi ellátását igényli.
- b) A biztosítási fedezet nem terjed ki arra az esetre sem, ha a biztosított saját felelősségére távozik a műtéti beavatkozást követő 24 órán belül, de a műtéti beavatkozás nem minősül egynapos sebészeti ellátásnak, mert a vonatkozó jogszabályi előírások vagy a biztosított egészségi állapota ezt nem teszi lehetővé.
- c) Az egynapos sebészeti beavatkozást megelőző szakorvosi és diagnosztikai vizsgálatok finanszírozása a szakorvosi, illetve diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó limit terhére történik.

- d) A biztosítási esemény időpontja az igénybevett egynapos sebészeti ellátás napja.
- e) A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

10) Második orvosi vélemény

- a) Biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége kapcsán felmerülő második orvosi vélemény szolgáltatás iránti igénye.
- b) A második orvosi vélemény szolgáltatást a biztosított kizárólag az alábbi súlyos betegségek kapcsán veheti igénybe:
 - i) rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);
 - ii) szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;
 - iii) szervátültetések;
 - iv) neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;
 - v) az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;
 - vi) a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;
 - vii) életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.
- c) A16.6.b) pontban leírt listában nem szereplő betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.
- d) A biztosítási esemény időpontja a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges kérelem kérdőív és jogi nyilatkozat ellátásszervezőhöz történő benyújtásának időpontja.
- e) A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi a második orvosi vélemény szolgáltatást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

11) Orvosi call center szolgáltatás

- a) A biztosító a jelen Biztosítási Feltételek alapján a biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által minden nap a nap 24 órájában elérhető egészségügyi információs szolgáltatást nyújt.
- b) A szolgáltatás célja, hogy a biztosított egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdéseire a témában jártas szakembertől, orvosi kérdés esetében orvostól kapjon választ. Az egészségügyi információs központ az alábbi kérdések kapcsán ad tájékoztatást:
 - i) egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,
 - ii) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
 - iii) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
 - iv) tájékoztatás ügyeletes gyógyszerárakról,
 - v) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
- c) A szolgáltatást a biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, korlátlanul veheti igénybe.
- d) Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a biztosított vizsgálatát.
- e) A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget.
- f) Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.
- g) Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.

12) Egyéb költségek térítése

- a) Biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkezett balesete vagy a kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegsége miatt szükségessé váló/felmerülő:

- i) betegszállítása, amennyiben a biztosított az ellátásszervező által megszervezett ellátás érdekében az egészségügyi intézményt az egészségi állapota miatt nem tudja elérni, vagy onnan nem tud otthonába menni, és ezt az orvosi vélemény is alátámasztja;
 - ii) orvos-szakmailag indokolt, azaz a biztosított egészségének helyreállítása érdekében szükséges gyógyászati segédeszköz iránti igénye, ideértve az un. külső protéziseket is;
 - iii) otthonápolása, feltéve, hogy az orvos-szakmailag indokolt, azaz, a biztosított a kórházi tartózkodása során megállapított betegségével, kezelésével összefüggésben a kórházból történt hazatérésének időpontját követő 5 napon belül otthon önmagát ellátni képtelen állapotba kerül és ezt szakorvosi igazolással támasztja alá;
 - iv) útiköltség térítés iránti igénye, amely az ellátásszervező által szervezett egészségügyi ellátás igénybevétele érdekében megtett út kapcsán merül fel, ha az ellátásra a biztosított lakóhelyén kívül kerül sor és a biztosított az utazás kapcsán felmerült útiköltség (a tömegközlekedési jegy ára, benzin költség) mértékét számlával igazolja.
- b) A biztosítási esemény időpontja:
- i) A jelen Biztosítási Feltételek 16.8. a. i pontjában leírt biztosítási esemény esetében a szolgáltatás igénybevételének napja.
 - ii) A jelen Biztosítási Feltételek 16.8. a. ii pontjában leírt biztosítási esemény esetében a számla kiállításának napja.
 - iii) A jelen Biztosítási Feltételek 16.8. a. iii pontjában leírt biztosítási esemény esetében az otthonápolási szolgáltatás első napja.
 - iv) A jelen Biztosítási Feltételek 16.8. a. iv pontjában leírt biztosítási esemény esetében tömegközlekedés igénybevétele esetén a számla kiállításának napja, gépkocsival történő utazás esetén az utazás napja.
- c) A Biztosító szolgáltatása:
- i) A jelen Biztosítási Feltételek 16.8. a. i pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító az éves limit erejéig téríti az igénybevett betegszállítási költségét, feltéve, hogy a szolgáltatást szakmai felügyeleti engedéllyel rendelkező betegszállító szervezettől veszi igénybe, és a betegszállítási szolgáltatás a társadalombiztosítás által nem finanszírozott.
 - ii) A jelen Biztosítási Feltételek 16.8. a. ii pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító az éves limit erejéig téríti a gyógyászati segédeszköznek a biztosított nevére kiállított eredeti számlával igazolt költségét.
 - iii) A jelen Biztosítási Feltételek 16.8. a. iii pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító az éves limit erejéig téríti az otthonápolási szolgáltatásnak a biztosított nevére kiállított eredeti számlával igazolt költségét.
 - iv) A jelen Biztosítási Feltételek 16.8. a. iv pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító az éves limit erejéig téríti az útiköltséget az alábbiak szerint:
 - (1) tömegközlekedés igénybevételekor a biztosított nevére kiállított eredeti számla szerinti összeget,
 - (2) gépkocsival történő utazás esetén a biztosított lakó- vagy tartózkodási helye és az egészségügyi ellátás helyszíne közötti távolság, a gépjármű motor hengerűrtartalma alapján számított, a Nemzeti Adó- és Vámhivatal által közzétett fogyasztási normák és az aktuális átlagos üzemanyagárak szorzataként számítja ki a biztosító a térítés összegét.
 - v) A Biztosító szolgáltatása nem terjed ki a 8.a) pontban felsoroltak megszervezésére.

17. A Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 1) A Biztosítónak az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltató részére történő teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, 2.15. pontnak megfelelő tartalmú, a Biztosított ellátására vonatkozó Egészségügyi dokumentáció, melyet a szolgáltató küld meg az ellátásszervező részére.

18. Szolgáltatási limit

- 1) A Biztosító biztosítási csomagonként éves szolgáltatási limitet határoz meg, melynek mértékét a CIB Egészségőr 2.0 alap és kiegészítő biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek és biztosítási díjak fejezet tartalmazza.
- 2) A Biztosító a szolgáltatási limitet egy biztosítási évre határozza meg.

19. A szolgáltatás igénybevételének folyamata

- 3) Azon biztosítási szolgáltatások vonatkozásában, amelyek az egészségügyi ellátás megszervezését és finanszírozását foglalják magukba az alábbiak szerint kell eljárni:
 - a) A biztosított telefonon vagy e-mail-ben bejelenti az ellátásszervezőnek az ellátásra vonatkozó igényét.
 - b) Az ellátásszervező az ellátási igények fogadására munkanapokon 8-20 óra között áll rendelkezésre.
 - c) A telefonbeszélgetések, online megkeresések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.
 - d) Amennyiben az ellátásszervező jogosnak ítéli a biztosított ellátási igényét, a bejelentést követő 5 munkanapon belül megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és a szakorvos között. Az ellátás helyszínéről és időpontjáról, figyelembe véve a biztosított preferenciáit, telefonon vagy e-mail-ben tájékoztatja a biztosítottat.
 - e) Amennyiben a szakorvos további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban és helyszínen veheti igénybe a biztosított, amennyiben az ellátást az ellátásszervező is indokoltan ítéli és a biztosított még nem használta el az adott ellátás típusra vonatkozó éves szolgáltatási limitjét. Az ellátásszervező a további vizsgálatok vonatkozásában is 5 munkanapon belül egyeztetni le az időpontot.
 - f) A biztosítottnak lehetősége van online ellátásszervezésre is az alábbiak szerint:
 - i) Ennek előfeltétele, hogy a biztosított a csoportos biztosításhoz történő csatlakozás során megadja e-mail címét a szerződőnek.
 - ii) A biztosított első lépésként a <https://unionmed.teladoc.hu/registracio> weboldalon aktiválja fiókját és létrehozza jelszavát.
 - iii) Online ellátásszervezésre a <https://unionmed.teladoc.hu> oldalon van lehetősége a biztosítottnak.
 - iv) **Az online foglalható ellátások köre szűkebb, mint a jelen biztosítási feltételek 16. pontjában felsorolt szolgáltatások köre.** A biztosítónak jogában áll az online foglalható ellátások körének egyoldalú módosítása. Erre vonatkozóan a szerződő a biztosított külön írásbeli tájékoztatására nem köteles. A biztosított a <https://unionmed.teladoc.hu> oldalon tud tájékozódni az online foglalható szolgáltatások teljes listájáról.
 - v) Az online foglalható szolgáltatók köre szűkebb, mint az ellátásszervezőn keresztül telefonon, illetve e-mail-ben elérhető szolgáltatói kör. A biztosítónak jogában áll az online foglalható szolgáltatók körének egyoldalú módosítása. Erre vonatkozóan a szerződő a biztosított külön írásbeli tájékoztatására nem köteles. A biztosított a <https://unionmed.teladoc.hu> oldalon tud tájékozódni az online foglalható szolgáltatókról.
 - g) Az ellátásszervező rendelkezésére álló határidő az időpontok lefoglalására és a biztosított erre vonatkozó tájékoztatására vonatkozik, az ellátás lebonyolítására nem.
 - h) Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit a rendelkezésre álló éves limit erejéig megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak. A biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, a biztosított ellátására vonatkozó Egészségügyi dokumentáció, melyet a szolgáltató küld meg az ellátásszervező részére.
 - i) Amennyiben a biztosított adott ellátásra vonatkozó éves limitjéből rendelkezésre álló összeg nem fedezi az igényelt ellátás teljes költségét, vagy az adott biztosítási évben a biztosított az ellátásra vonatkozó limit 90%-át már felhasználta, a biztosító csak oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.
 - j) Amennyiben a biztosított olyan szolgáltatónál kívánja az ellátást igénybe venni, amely nem szerződött az ellátásszervezővel, a biztosító csak utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a szolgáltatás díját a biztosítottnak, feltéve, hogy az ellátásra az ellátásszervezővel történt előzetes

egyeztetést követően került sor, és kizárólag olyan mértékig, amennyibe az adott ellátás az ellátásszervező által ajánlott szerződött szolgáltatónál került volna.

- k) Az ellátásszervező által nyújtott tájékoztatás előzetes tájékoztatás, nem minősül a biztosító általi kötelezettségvállalásnak. A biztosító fenntartja a jogot, hogy az ellátást követően beküldött egészségügyi dokumentáció birtokában elutasítsa az igényt, ha az nem felel meg a Biztosítási Feltételekben leírtaknak.
 - l) A biztosító utólagos, számla ellenében történő teljesítéséhez az alábbi dokumentumok benyújtása szükséges:
 - i) az ellátást végző egészségügyi szolgáltató által a biztosított nevére kiállított eredeti számla, egészségpénztár nevére kiállított számlát nem áll módunkban téríteni,
 - ii) az ellátásról szóló dokumentumok másolata,
 - iii) minden olyan irat, lelet, orvosi dokumentum, amely a jogosultság megítéléséhez szükséges és amely megfelel a jelen Biztosítási Feltételek 1. pontjában leírtaknak,
 - iv) biztosított bankszámlaszáma, ahova a térítést kéri,
 - v) az ellátásszervezőnek jogában áll bekérni az igénybevett ellátáshoz kapcsolódó egészségügyi dokumentumokat is: szakorvosi vizsgálat esetén a vizsgálatról készült ambuláns lapot; nagyértékű diagnosztika, műtét, diagnosztikai és labor vizsgálatok esetén a megtörtént vizsgálat eredményének és a vizsgálat szükségességéről szóló javaslatnak a másolatát.
 - m) A dokumentumokat a biztosító ellátásszervező partnere címére kell megküldeni.
 - n) Az utólagos térítésre az 16.1.j). pontban leírtak figyelembe vételével legkésőbb a 16.1. l). pontban meghatározott dokumentumok hiánytalan beérkezését követő 15 napon belül kerül sor.
 - o) A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége következmények nélkül módosítani, legkésőbb két munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően, az ellátásszervezőnél.
 - p) Amennyiben a biztosított a vizsgálat időpontját megelőző két munkanapon belül vagy másodszor mondja le/módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban vagy nem az ellátásszervezőnél mondja le/módosítja az időpontot, a biztosító a biztosított rendelkezésére álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitet csökkenti a tervezett ellátás elmaradásából eredő költségével, és a biztosított ugyanezen beavatkozás megszervezésére legkorábban 3 hónap elteltével válik ismét jogosulttá, kivéve, ha bizonyítja, hogy rajta kívül álló okból kifolyólag nem volt lehetősége az ellátást lemondani.
- 4) Második orvosi vélemény szolgáltatás igénybevétele
- a) Biztosított jelzi az ellátásszervező felé a szolgáltatásra vonatkozó igényét.
 - b) Az ellátásszervező tájékoztatja a biztosítottat a szolgáltatásról, és megküldi számára a szolgáltatás igénybeviteléhez szükséges kérelem kérdőívet és jogi nyilatkozatot.
 - c) A biztosított a kérelem kérdőív kitöltésével, valamint a jogi nyilatkozat aláírásával, és mindezek ellátásszervező részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a szolgáltatás igénybevételét.
 - d) Az ellátásszervező kijelöl egy esetfelelőst, aki kapcsolatot tart a biztosítottal és szükség esetén egyeztet a biztosított kezelőorvosával is.
 - e) Az ellátásszervező a biztosítottal előre egyeztetett módon (email-ben vagy nyomtatott formában postai küldeményként) megküldi a biztosított részére a távszakvéleményt.
 - f) Az ellátásszervező a távszakvélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló távkonzultációs lehetőséget biztosít a biztosított számára.
 - g) A második orvosi véleményt az ellátásszervező 15 munkanapon belül juttatja el a biztosított számára attól a naptól számítva, hogy a vélemény elkészítéséhez szükséges valamennyi dokumentum beérkezett az ellátásszervezőhöz.
20. A biztosító szolgáltatása kiterjed az olyan ellátások finanszírozására, amelyekre vonatkozó igény bejelentése a tartam vége előtt megtörtént, bár az ellátás igénybevitelére már a tartam vége után került sor.

21. Várakozási idő

- 1) A csatlakozást követő hónap első napja a kockázatviselés kezdete, azonban a biztosító 15 nap várakozási időt köt ki a szolgáltatás igénybevételére. Ez azt jelenti, hogy a csatlakozást követő hónap 15. napját követően vehető igénybe leghamarabb a szolgáltatás.

22. Az ellátásszervező felelőssége

- 1) Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában. Ezen mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt. Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket ismételten, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségességét a javaslatot tevő orvos igazolni nem tudja. Úgyszintén megtagadhatja az ellátásszervező az ellátás megszervezését olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi javaslat a szakellátás igénybevételéhez, de azt az ellátásszervező orvosilag nem tartja indokoltnak. Az ellátásszervező is jogosult a Biztosítóval kötött megállapodása alapján azon panaszokat, kifogásokat megválaszolni a Biztosítottaknak, amelyek az ellátás megszervezésével kapcsolatban merülnek fel.
- 2) Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége az adott időpontban a biztosított kezelőorvosa által orvosilag indokoltnak tartott olyan esetekre és a vonatkozó ellátási igény elbírálására, amelyek nem tartoznak a biztosító fedezeti körébe. Ebben az esetben a biztosított felelőssége, hogy igénybe vegye a TB szabályai szerinti egészségügyi ellátást.
- 3) Nem terjed ki a Biztosító és az ellátásszervező felelőssége a szolgáltatók által végzett konkrét szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.

23. Ellátásszervező váltás

- 1) A Biztosító a Szerződéssel előzetesen egyeztetve jogosult megváltoztatni az ellátásszervező személyét oly módon, hogy a Szerződő a 2. pontban foglaltaknak eleget tudjon tenni.
- 2) A módosítás hatálybalépése előtt legkésőbb 30 nappal a Szerződő e-mail-ben tájékoztatja a Biztosítottat az ellátásszervező váltásról és az új ellátásszervező elérhetőségeiről.

24. Fedezetfeltöltés

- 3) Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.

25. Adatkezelés, biztosítási titok

- 4) Az adatkezelés célhoz kötött, azaz a biztosító csak azokat a személyes és biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosult kezelni, amelyek a biztosítás létrejöttével, nyilvántartásával, a biztosítási szolgáltatással összefüggenek. A személyes adatok kezeléséről a közös adatkezelésre vonatkozó adatkezelési tájékoztató szolgáltató információkat.
- 5) A Szerződő és a Biztosító megállapodnak abban, hogy a jelen Csoportos Biztosítás teljesítése során a Szerződő, illetve a Biztosító vagy munkatársaik, banki megbízottak és megbízottaik tudomására jutott valamennyi információ és adat biztosítási, bank- és üzleti titkot képeznek.
- 6) A Szerződő és a Biztosító rögzítik, hogy Csoportos Biztosítás Biztosítottjai és Kedvezményezettjei személyes adatainak az ügyfelek biztosítási védelmével összefüggő kezelése vonatkozásában közös adatkezelőknek minősülnek.
- 7) A Szerződő és a Biztosító adatkezelés tárgyában kötött megállapodása a jelen biztosítási feltételek mellékletét képezi.
- 8) A Szerződő és a Biztosító a személyes adatokat bizalmasan és a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően kezelik, és megtesznek minden olyan biztonsági, technikai és szervezési intézkedést, amely az adatok biztonságát garantálja, ideértve azon intézkedéseket is, amelyek megakadályozzák különösen, de nem kizárólagosan az adatok elvesztését, megsemmisülését, jogosulatlan megszerzését.

- 9) A Szerződő és a Biztosító kijelentik és szavatolják, hogy a jelen Csoportos Biztosításban meghatározott tevékenységük során végzett adatkezelésük összhangban van az adatvédelemmel kapcsolatos mindenkor hatályos, így különösen az alábbi jogszabályokkal:
- a) Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendeletét (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről ("Általános Adatvédelmi Rendelet").
 - b) az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény;
 - c) a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény;
 - d) az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. törvény;
 - e) a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény vonatkozó rendelkezéseivel.
- 10) A Szerződő és a Biztosító megállapodnak abban, hogy az Általános Adatvédelmi Rendelet rendelkezései minden Biztosított és Kedvezményezett vonatkozásában alkalmazandó.
- 11) A Szerződő és a Biztosító vállalják, hogy minden szükséges intézkedést megtesznek a Biztosítottak és Kedvezményezettek személyes adatai kezelésének biztonsága érdekében.
- 12) A titoktartási kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítót időbeli korlátozás nélkül terheli. Az üzleti titoknak minősített információkat kizárólag azok a titoktartási kötelezettség alatt álló munkavállalók, megbízottjaik ismertethetik meg, akiknek ezen információk ismerete munkaköri kötelezettségük körébe tartozik, illetve ha az adatok általuk történő megismerése a Biztosítóval szemben szerződésben vállalt kötelezettség teljesítése érdekében szükséges.
- 13) A Szerződő és a Biztosító kötelesek a jelen Csoportos Biztosítással kapcsolatban keletkezett, biztosítási titkot tartalmazó dokumentumokat a mindenkor hatályos jogszabályok szerint megőrizni.
- 14) A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat a jelen feltételekhez csatolt Közös adatkezelésre vonatkozó adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a CIB Bank honlapján elérhető. A Biztosító további adatkezelési műveleteiről, a biztosítási titokkal kapcsolatos további információkról, a Biztosító adatfeldolgozóiról a Biztosító a www.union.hu/adatvedelem adatkezelési oldalán tájékozódhat.
- 15) Az ügyfél adatait kizárólag a Biztosító és a Szerződő erre feljogosított munkatársai, megbízott biztosításközvetítői, illetve a Biztosító, illetve a Szerződő részére külön szerződés keretében adatfeldolgozási- vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a Biztosító, illetve a Szerződő által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges. A Biztosító és a Szerződő kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.
- 16) A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit. szerint biztosítási titokként kezelni. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó – a Biztosító rendelkezésére álló adat, mely a Biztosító egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- 17) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másképp nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 18) Amennyiben kiszervezett tevékenység keretében a Biztosító az ügyfeleinek személyes adatait is továbbítja a kiszervezett tevékenységet végző személyeknek, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a Biztosító adatfeldolgozójának minősül és titoktartási kötelezettség terheli. Adatfeldolgozási tevékenységet kizárólag erre irányuló megbízási szerződés alapján, kiszervezett tevékenység keretében jogosultak harmadik személyek végezni.
- 19) A Biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján továbbíthatja

harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.

- 20) A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az e biztosító által kezelt alábbiakban részletezett adatok vonatkozásában:
- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatok;
 - b) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok;
 - c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi élet-, baleset-, betegségbiztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
- 21) A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a Bit-ben meghatározott időpontig kezelheti. A biztosító a fentiek szerinti megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az érintett ügyfelet évente legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a GDPR-ban, illetve az Info tv-ben szabályozott módon tájékoztatja.

26. Jognyilatkozatok

- 1) A Biztosító nyilatkozatait – kivéve az adatkezeléssel kapcsolatos megkereséseket - írásban juttatja el a Szerződőnek illetve a szolgáltatási igény bejelentése esetén a Biztosítottnak az általuk megadott, és a Biztosító által ismert utolsó értesítési címre.
- 2) A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat postai vagy elektronikus úton, írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett.

27. Elévülés

- 1) A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított két év elteltével évül el.

28. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve

- 3) A Biztosító és a Szerződő kapcsolattartása, valamint a Biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik. Az Ügyfél a Biztosítóval telefonon, faxon, személyesen (Ügyfélszolgálat) és írásban (postai vagy elektronikus úton) jogosult kommunikálni.

29. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok

- 4) Jelen biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar.

30. Vitás kérdések rendezése

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

- 3) A Biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a Biztosító részére kell bejelenteni. A panasz bejelentésének módjai:
- 2.1. Szóbeli panasz bejelentése:
- a) személyesen:
A panaszok szóbeli, személyesen történő bejelentésére:
– Társaságunk Központi Ügyfélszolgálati Irodáján, annak nyitvatartási idejében biztosítunk lehetőséget. A Központi Ügyfélszolgálati Iroda címe: 1134 Budapest Váci út 33. (Dózsa György út – Váci út sarok), vagy - a fővároson kívül a területi értékesítési irodáink irodavezetőinél. A területi értékesítési irodáink elérhetősége megtalálható honlapunkon, a www.union.hu oldalon.
- b) telefonon:
Panaszát bejelentheti Társaságunk telefonos ügyfélszolgálatán keresztül is hívásfogadási időben a (+36-1) 486-4343-as telefonszámon.
- 2.2. Írásbeli panasz:
- a) személyesen vagy meghatalmazott által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján;
- b) postai úton (1380 Budapest, Pf. 1076);
- c) telefaxon ((+36-1) 486-4390);
- d) elektronikus levélben az ugyfelszolgalat@union.hu e-mail címen.
- A Magyar Nemzeti Bank által panaszbejelentésre használt formanyomtatvány elérhető a biztosító honlapján, valamint a Magyar Nemzeti Bank honlapján az alábbi linken:
<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugiapanasz>
- 4) Az ellátásszervezéssel kapcsolatos panaszokat a Biztosított az ellátásszervező részére közvetlenül e-mailben is eljuttathatja és telefonon is megteheti.
- 5) A Biztosító a szerződéskötést, csatlakozást követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közlésezi.
- 6) Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a Szerződőhöz érkezik be, a Szerződő a Biztosítottakat a Biztosítóhoz irányítja, illetve a szóban tett panaszról készített jegyzőkönyvet vagy az írásban előterjesztett panaszt pedig továbbítja a Biztosítóhoz.
- 7) A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz vele történő közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.
- 8) A Biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1054 Budapest, Szabadság tér 8-9; központi telefonszáma: +36 (80) 203 776)

31. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

Amennyiben a fogyasztó Biztosítóhoz benyújtott panasz

- elutasításra került, vagy
 - nem a biztosítási törvényben előírtak szerint került kivizsgálásra, vagy
 - annak kapcsán a Biztosító válaszából a biztosítási törvényben előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez, vagy
 - kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelenül telt el, úgy
 - a) a Pénzügyi Békéltető Testülethez (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén fordulhat. A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában az ügy érdemében
 - kötelezést tartalmazó határozatot hoz, ha a kérelem megalapozott, és a Biztosító a Pénzügyi Békéltető Testület döntését magára nézve kötelezőként elismerte, vagy
 - ajánlást tesz, ha a kérelem megalapozott, azonban a Biztosító úgy nyilatkozott, hogy a döntést kötelezőként nem ismeri el, illetve a döntés elismeréséről egyáltalán nem nyilatkozott.
- A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában akkor is kötelezést tartalmazó határozatot hozhat, ha a Biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de a kérelem megalapozott és a fogyasztó érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg az

egymillió forintot.

A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetősége:

- székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.,
- levelezési címe: 1525 Budapest BKKP Pf.: 172.,
- telefon: +36-80-203-776,
- e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu;

b) a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központhoz a fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén fordulhat,

- levelezési címe: 1534 Budapest, Pf.:777,
- telefon: +36-80-203-776,
- e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu),

c) a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.

32. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól ill. a Ptk. rendelkezéseitől

- 1) A CIB Egészségőr 2.0 Biztosítási Feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:
 - a) a Biztosított nem jogosult a szerződésbe belépni,
 - b) a szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított két év elteltével évül el. (26. pont)
 - c) Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel
 - d) a Biztosító kockázatviselése megszűnik, amennyiben a Biztosított a biztosítási díj esedékességét követő 60. nap 24.00 óráig a Szerződő részére a Szerződő által áthárított biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosítási díj esedékességét követő 61. nap 00.00-kor

33. Egyebek

- 1) A tényleges egészségügyi ellátást a 2.18. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a Biztosító tartozik helytállni.
- 2) A Biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvos szakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja.
- 3) A Biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést 2017. évtől a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján (www.unionbiztosito.hu) teszi közzé.
- 4) Az MNB fogyasztóvédelmi honlapja, a Pénzügyi Navigátor elérhető az alábbi linken: www.mnb.hu/fogyasztovedelem
- 5) A CIB 2.0. egészségbiztosítás nem reaktiválható, nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, kölcsönrel nem terhelhető.

34. A biztosítási feltétel módosítása

- 1) A Biztosító és a Szerződő közös megegyezéssel írásbeli megállapodásban jogosultak a Biztosítási Feltételt módosítani.
- 2) A Szerződő a Biztosítási Feltétel módosításáról köteles a Számlatulajdonosokat és a Biztosítottakat tartós adathordozón és hirdetményi úton a módosítás hatályba lépése előtt, kedvezőtlen módosítás esetében legalább 30 nappal, kedvező vagy nem kedvezőtlen módosítás esetében a hatályba lépés előtt értesíteni.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

2021. augusztus 1.

III. CIB Egészségőr 2.0 biztosítás kiegészítéseként választható Hope Plusz kiegészítő biztosításra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek

A Hope Plusz kiegészítő biztosítást a biztosított a CIB Egészségőr 2.0 csoportos biztosítás alapcsomagjai kiegészítéseként választhatja. Jelen feltételek tartalmazzák a CIB Egészségőr 2.0 biztosítás alapcsomagjai mellé kiegészítő biztosításként választható Hope Plusz kiegészítő biztosítás feltételeit. Jelen biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a CIB Egészségőr 2.0 Biztosítási Feltételek lakossági bankszámlához elnevezésű feltételek az irányadók.

1. A biztosított

- 1) Az a természetes személy, aki a CIB Egészségőr 2.0 csoportos biztosítás biztosítottjaként szerepel és a csatlakozáskor az életkora a 18. évet elérte, de nem haladta meg a 65. évet.
- 2) Nem lehet biztosított olyan személy, akinél a kockázatviselés kezdetét megelőzően bármikor már rosszindulatú daganatot diagnosztizáltak.
- 3) Egy biztosítottra csak egy Hope Plusz kiegészítő biztosítás köthető.
- 4) Amennyiben szolgáltatási igény bejelentésekor derül ki, hogy a biztosított nem választhatta volna ezt a kiegészítő biztosítási csomagot, a biztosító visszafizeti a Szerződőnek a kiegészítő biztosításra befizetett díj 100%-át, melyet Szerződő köteles a biztosított részére visszafizetni.
- 5) A kiegészítő biztosítás megszűnik a 18 havi biztosítási járadékszolgáltatás kifizetésével, és a járadékfizetés megkezdését követően a biztosító már nem áll kockázatban.

2. Kedvezményezett

- 1) A jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatások kedvezményezettje a Biztosított.

3. A biztosítás megszűnése

- 1) A kockázatviselés megszűnik a CIB Egészségőr Biztosítási Feltételekben foglaltakon túlmenően:
 - a) a biztosított 70. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján 0 órakor,
 - b) a CIB Egészségőr 2.0 biztosításra vonatkozó kockázatviselés megszűnése esetén azzal egyidejűleg,
 - c) a biztosítási szolgáltatás teljesítésével az 1. 5) pontban leírtak szerint.
- 2) Az 1.c). pontban foglalt esetben ugyanilyen biztosítási eseményre szóló biztosítás újra nem köthető.

4. A biztosítás díja

- 1) A biztosítás díja a CIB Egészségőr 2.0 díjával együtt fizetendő.

5. A biztosítási esemény

- 1) Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkezett rákos megbetegedése (rosszindulatú daganata) és az arra irányuló, a jelen feltétel 4.5. pontjában meghatározott kezelések megkezdése.
- 2) Jelen feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett megbetegedés minősül biztosítási eseménynek.
- 3) Rosszindulatú daganat: amelyet a sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, a szövetek megtámadása és áttétképződés jellemez.
- 4) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a betegség diagnosztizálásának a kezelőorvos által igazolt időpontja, a szövettani lelet és a megbetegedés nemzetközi tumor csoportba (TNM) sorolása és/vagy az onko-team véleményének dokumentációja alapján.
- 5) Jelen feltétel alkalmazásában kezelésnek minősül a hagyományos, szakmailag elismert kezelési módszerek, eljárások és protokollok (sebészi, gyógyszeres, kemoterápia, sugár, biológiai vagy immunterápia) alkalmazása és követése.

6. Kizárt kockázatok

- 1) A CIB Egészségőr 2.0 Biztosítási Feltételekben foglaltakon túlmenően nem biztosítási esemény:
 - a) a jóindulatú tumor, amelyet a nemzetközi protokoll annak nevez,
 - b) Kaposi-szarkóma és más daganatok egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés vagy AIDS megbetegedés esetén, illetve emberi immunrendszer megbetegedését okozó vírus jelenlétében meglévő daganatok,

- c) amennyiben a diagnosztikai vizsgálatok a szerződés kezdetét megelőzően vagy a várakozási idő alatt kezdődtek meg.

7. A biztosító szolgáltatása

- 1) Amennyiben a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt rosszindulatú daganatos betegséget diagnosztizálnak, a biztosító kifizeti a biztosítottra vonatkozó, egyszeri biztosítási összeget, melyet a CIB Egészségőr 2.0 alap és kiegészítő biztosítási csomagok, szolgáltatási limitek és biztosítási díjak című fejezet tartalmaz.
- 2) Amennyiben megkezdődik a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált rosszindulatú daganatos betegségre irányuló, a 4.5. pontnak megfelelő kezelések valamelyike, a biztosító teljesíti a biztosítottra vonatkozó havi járadékfizetést 18 hónapon keresztül – a kezelés tartamától függetlenül –, de legfeljebb a biztosított haláláig.
- 3) Az első havi járadék kifizetése a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok beérkezését követő 15 napon belül kerül sor. A további járadékot minden hónap 15. napjáig fizeti ki a biztosító a biztosítottnak.
- 4) Amennyiben a biztosított a járadékfizetés tartama alatt meghal, a biztosító a biztosított halálának hónapját követő hónaptól már nem teljesíti a járadékszolgáltatást.
- 5) A Biztosított halálát követő 15 napon belül a halotti anyakönyvi kivonat másolata benyújtandó.
- 6) A szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került.

8. A biztosító teljesítése

- 1) A szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a CIB Egészségőr 2.0 Biztosítási Feltételekben megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a biztosítóhoz:
 - a) az egyszeri biztosítási összeg kifizetéséhez: az orvosi vizsgálatról szóló, részletes leírást és határozott diagnózist tartalmazó dokumentum (lelettel, zárójelentéssel, onko-team véleménnyel), amelynek tartalmaznia kell a daganatos betegség rosszindulatúságát igazoló diagnózist és a szövettani leletet vagy utóbbi hiányában a szöveti mintavétel nélkül végzett sebészi beavatkozásról, endoszkópos vagy képalkotó vizsgálatról szóló, az invazív daganatos terjedést egyértelműen kimutató leírást és diagnózist,
 - b) a havi járadék kifizetésének megkezdéséhez: az onkológus kezelőorvos kezelési tervének és az első kezelés megtörténtéről szóló orvosi dokumentumnak a másolatát,
 - c) a biztosított halála esetén a halotti anyakönyvi kivonat másolatát.

9. Várakozási idő

- 1) A biztosító a kockázatviselés kezdetére 15 nap várakozási időt köt ki.

10. A kockázatviselés megszűnése

- 2) A CIB Egészségőr 2.0 Biztosítási feltételek lakossági bankszámlához 9. pontjában foglaltakon túlmenően megszűnik a biztosító kockázatviselése a járadékfizetés megkezdését követően.

11. Értékkövetés

- 1) A Hope Plusz kiegészítő biztosítás nem indexálódik, azaz a biztosítási díj esetleges növekedése nem eredményezi a biztosítási összegek növekedését.

1. Egyéb rendelkezések

- 1) A Hope Plusz kiegészítő biztosítási csomag nem reaktiválható, azaz a megszűnését követően újra hatályba nem helyezhető.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

2021. augusztus 1.

IV. CIB Egészségőr 2.0 alap és kiegészítő biztosítási csomagok, szolgáltatási limitek és biztosítási díjak

1. Alap biztosítási csomagok

Standard csomag 18- 70 éves Biztosított részére	Limitek	Díj/hó
Korlátozott járóbeteg ellátás*	100 000 Ft	4 950 Ft
Diagnosztika	50 000 Ft	
Nagyértékű diagnosztika**	250 000 Ft	
Egynapos sebészet	150 000 Ft	
Orvosi call center	korlátlan	
Második orvosi vélemény	korlátlan	
* Tartalma: belgyógyászat, bőrgyógyászat, fül-orr-gégészet, allergológia, általános sebészet, kardiológia, szemészet. ** CT, cardio CT, MRI és PET-CT és endoszkópos vizsgálatok		

Standard csomag 6 hónapos - 18 éves Biztosított részére	Limitek	Díj/hó
Járóbeteg ellátás	100 000 Ft	4 950 Ft
Diagnosztika	50 000 Ft	
Nagyértékű diagnosztika*	250 000 Ft	
Egynapos sebészet	150 000 Ft	
Orvosi call center	korlátlan	
Második orvosi vélemény	korlátlan	
* CT, cardio CT, MRI és PET-CT és endoszkópos vizsgálatok		

Optimum csomag	Limitek	Díj/hó
Járóbeteg ellátás*	300 000 Ft	7 950 Ft
Diagnosztika**		
Nagyértékű diagnosztika***	300 000 Ft	
Egynapos sebészet	300 000 Ft	
Orvosi call center	korlátlan	
Második orvosi vélemény	korlátlan	
* Bőrgyógyászat max 100 000 Ft. ** Labor max 75 000 Ft. *** CT, cardio CT, MRI és PET-CT és endoszkópos vizsgálatok		

Prémium csomag	Limitek	Díj/hó
Járóbeteg ellátás*	korlátlan	10 950 Ft
Diagnosztika**	korlátlan	
Nagyértékű diagnosztika***	korlátlan	
Egynapos sebészet	korlátlan	
Egyéb költségek térítése (útiköltség, betegszállítás, otthonápolás, gyógyászati segédeszköz)	100 000 Ft	
Orvosi call center	korlátlan	
Második orvosi vélemény	korlátlan	
* Bőrgyógyászat max 100 000 Ft. ** Labor max 75 000 Ft *** CT, cardio CT, MRI, PET-CT és endoszkópos vizsgálatok		

2. Kiegészítő biztosítási csomagok

Hope Plusz Ezüst csomag	Biztosítási összegek	Díj/hó
Egyszeri térítés:	1 000 000 Ft	2 800 Ft
Havi járadék:	50 000 Ft	
Hope Plusz Arany csomag	Biztosítási összegek	Díj/hó
Egyszeri térítés:	3 000 000 Ft	8 500 Ft
Havi járadék:	150 000 Ft	

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

2021. augusztus 1.