

ALLIANZ.HU

ALLIANZ EGÉSZSÉGPROGRAMBAN KÖTHETŐ BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK ÉS VÁLASZTHATÓ OPCIONÁLIS FEDEZETEK

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS

Különös Szerződési Feltételek

TARTALOMJEGYZÉK

Allianz Egészségprogramban köthető biztosítási csomagok és választható opcionális fedezetek Különös Szerződési Feltételek3

Biztosítási csomagok3

Járóbeteg ellátási szolgáltatási csomag4

A szűrővizsgálatokra szóló
egészségbiztosítási fedezet 4

Az Orvosi Call Center szolgáltatásra szóló
egészségbiztosítási fedezet 7

A járóbeteg ellátásra szóló
egészségbiztosítási fedezet 9

A labor- és standard diagnosztikai ellátásra
szóló egészségbiztosítási fedezet11

A fejlett diagnosztikai ellátásra szóló
egészségbiztosítási fedezet13

Az egynapos sebészeti ellátásra szóló
egészségbiztosítási fedezet15

Fekvőbeteg ellátási szolgáltatási csomag 17

A műtétet megelőző vizsgálatokra szóló
egészségbiztosítási fedezet17

A második orvosi véleményre szóló
egészségbiztosítási fedezet19

A fekvőbeteg ellátásra szóló
egészségbiztosítási fedezet22

A rehabilitációs ellátásra szóló
egészségbiztosítási fedezet24

Az orvosi asszisztencia szolgáltatásra szóló
egészségbiztosítási fedezet25

Járóbeteg és fekvőbeteg ellátási szolgáltatási csomag 27

Választható opcionális fedezetek 27

A kritikus betegségekre szóló
egészségbiztosítási fedezet26

A műtéti térítésre szóló
egészségbiztosítási fedezet32

A kórházi napi térítésre szóló
egészségbiztosítási fedezet34

Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre
szóló egészségbiztosítási fedezet36

ALLIANZ EGÉSZSÉGPROGRAMBAN KÖTHETŐ BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK ÉS VÁLASZTHATÓ OPCIONÁLIS FEDEZETEK

Különös Szerződési Feltételek

A biztosító és a szerződő között létrejött biztosítási csomagra és az abban foglalt biztosítási fedezetekre, valamint a szerződő által választható opcionális fedezetekre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött biztosítási csomagra és opcionális fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Általános Szerződési Feltételek az irányadók.

BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK

Az Allianz Egészségprogram szerződéseiben az alábbi biztosítási csomagok választhatók:

- Járóbeteg ellátási szolgáltatási csomag
- Fekvőbeteg ellátási szolgáltatási csomag
- Járóbeteg és fekvőbeteg ellátási szolgáltatási csomag

A biztosítási csomagok az alábbi biztosítási fedezetekre nyújtanak szolgáltatást:

Járóbeteg ellátási szolgáltatási csomag

- A szűrővizsgálatokra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az Orvosi Call Center szolgáltatásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A járóbeteg-ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A labor- és standard diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A fejlett diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az egynapos sebészeti ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet

Fekvőbeteg ellátási szolgáltatási csomag

- A szűrővizsgálatokra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az Orvosi Call Center szolgáltatásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A műtétet megelőző vizsgálatokra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A második orvosi véleményre szóló egészségbiztosítási fedezet
- A fekvőbeteg ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A rehabilitációs ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az orvosi asszisztencia szolgáltatásra szóló egészségbiztosítási fedezet

Járóbeteg és fekvőbeteg ellátási szolgáltatási csomag

- A szűrővizsgálatokra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az Orvosi Call Center szolgáltatásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A járóbeteg-ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A labor- és standard diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A fejlett diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az egynapos sebészeti ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A műtétet megelőző vizsgálatokra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A második orvosi véleményre szóló egészségbiztosítási fedezet
- A fekvőbeteg ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A rehabilitációs ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az orvosi asszisztencia szolgáltatásra szóló egészségbiztosítási fedezet

JÁRÓBETEG ELLÁTÁSI SZOLGÁLTATÁSI CSOMAG

A SZŰRŐVIZSGÁLATOKRA SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Általános információk	
<p>1. A szűrővizsgálatokat az ellátásszervező az egyéb ellátásoktól függetlenül szervezi meg. A szűrővizsgálatok időpontjára, vagy azokhoz kapcsolódóan további ellátások szervezését a biztosított nem igényelheti.</p>	
Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>2. Biztosítási esemény</p> <p>a) a biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől, vagy</p> <p>b) a biztosítási csomagnak a szerződés tartama alatt történő létrejötte esetén az új csomagra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől (évfordulótól)</p> <p>számított hat hónap elteltét követően olyan esemény, amely esetén a biztosítottnak az általa választott biztosítási csomagnak megfelelő értékű szűrővizsgálat igénybevételére van szüksége.</p> <p>A biztosított a biztosító által kínált szűrővizsgálatokból a választása szerinti szűréseket veheti igénybe.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p>	<p>3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett szűrővizsgálatokat megszervezi a biztosítottnak. Az egyes szűrővizsgálatokat a biztosított választja ki. A biztosított által választható szűrővizsgálatok az alábbiak:</p> <p>4. Laboratóriumi diagnosztikai vizsgálatok:</p> <ul style="list-style-type: none">- Teljes vérkép (kvalitatív és kvantitatív)- Vérsüllyedés- Vércukor- Na, K, Ca, Mg, karbamid, kreatinin- Vas anyagcsere: vas, ferritin, transzferrin- Húgysav, összkoleszterin, triglicerid, HDL, LDL, albumin- Májfunkció: összfehérje, GOT, GPT, GGT, ALP, összes és direkt bilirubin- Teljes vizeletvizsgálat üledékkel <p>II. Belgyógyászati szakorvosi vizsgálat:</p> <ul style="list-style-type: none">- Részletes egyéni kórtörténet felvétele: előző műtétek, betegségek,- Családi anamnézis felvétele: előforduló genetikailag öröklődő betegségek, hajlamosító tényezők feltárása,- Fizikális vizsgálat: bőr, garat, nyirokmirigyek, pajzsmirigy, mellkas, szív, tüdő, has, végtagok, keringés, idegrendszer fizikális vizsgálata, abnormális szívhangok és szívritmus kiszűrése,- Pulzus- és vérnyomásmérés,- Testsúly és testmagasság mérés, BMI (testtömeg index) meghatározás,- Nyugalmi EKG <p>III. Ultrahang diagnosztikai vizsgálatok:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hasi és kismedencei ultrahang vizsgálat <p>IV. Nőgyógyászati szakorvosi vizsgálat:</p> <ul style="list-style-type: none">- Manuális vizsgálat,- Citológiai vizsgálat,- Hüvelyi ultrahang vizsgálat, <p>V. Emlő diagnosztika:</p> <ul style="list-style-type: none">- Emlő UH (40 év alatt)- Komplex emlő diagnosztika: mammográfia és emlő UH (40 év felett) <p>VI. Urológiai szűrővizsgálat:</p> <ul style="list-style-type: none">- Laborvizsgálatban a vesefunkció (nátrium, kálium, karbamid, kreatinin, teljes vizelet+üledék) és a vizelet vizsgálata,- Férfiaknál 40 év felett: PSA szűrés,- Ultrahang vizsgálatok: a vesék, a húgyhólyag, férfiaknál a prosztatata vizsgálata.

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>VII. Mellkas kétirányú röntgen vizsgálata</p> <p>VIII. Kardiológiai szakorvosi vizsgálat: – Nyugalmi EKG – Fizikális vizsgálat – Szív UH</p> <p>IX. Csontsűrűség vizsgálat – a vizsgálat helyszínétől függően ODM vagy DEXA vizsgálat</p> <p>X. Szemészeti szakorvosi vizsgálat: – Látásvizsgálat – Szemnyomás mérés – Szemfenék vizsgálat</p> <p>XI. Bőrgyógyászati szakorvosi vizsgálat hagyományos dermatoszkóppal</p> <p>XII. Fül-orr-gégészeti szűrővizsgálat</p> <p>XIII. Gasztroenterológiai szűrővizsgálat: – Székletvér teszt (humán specifikus), 3 alkalommal ismételt vizsgálat javasolt</p> <p>5. A biztosító a fent szereplő szűrővizsgálatok közül – a biztosított választása szerint – a biztosítási fedezet tartama alatt, egy biztosítási évben legfeljebb az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletében foglalt összeghatárig nyújt szűrővizsgálatra szolgáltatást.</p> <p>A biztosított a meghatározott éves limit összegéig a választása szerint igényelhet szűrővizsgálatokat. Az igényelt vizsgálatok típusára és sorrendjére a jelen szerződési feltételekben foglaltakon kívül további korlátozás nem vonatkozik.</p> <p>6. A biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetét követő 6 hónapban szűrővizsgálat nem vehető igénybe.</p> <p>Kizárások</p> <p>7. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl az alábbi esetekben sem:</p> <ol style="list-style-type: none"> a jelen Szerződési Feltételekben fel nem sorolt szűrővizsgálatok, nem szűrővizsgálati céllal, panaszok alapján igénybe vett ellátás, orvos által javasolt ellátás és kezelés, korábbi orvosi ellátást vagy beavatkozást követő, orvos által előírt kontroll vizsgálat, fogászati szűrővizsgálat, állapotfelmérés, panoráma röntgen.

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>Közös szabályok, a teljesítés módja, ideje</p> <p>8. Az ellátásszervező a biztosítottak a szűrővizsgálat elvégzésére vonatkozó igénye bejelentését követő 30 napon belül szervezi meg a szűrővizsgálatot, továbbá értesíti a biztosítottat a szűrővizsgálat időpontjáról és helyszínéről. Az ellátásszervező a biztosított által meghatározott módon (e-mailben vagy telefonon) értesíti a biztosítottat.</p> <p>A szűrővizsgálat elvégzésének időpontjára a 30 napos határidő nem vonatkozik.</p> <p>A szűrővizsgálat igénybevételének helyét az ellátásszervező határozza meg, figyelembe véve a biztosított által megadott földrajzi elhelyezkedést.</p> <p>Az ellátásszervező nem vállal kötelezettséget arra, hogy a biztosított által választott többféle szűrővizsgálatot egy időpontra és egy vizsgálati helyszínre szervezi meg, továbbá arra sem, hogy a szűrővizsgálatokra a biztosított által igényelt sorrendben kerül sor.</p>
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentése</p> <p>9. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása, - a biztosított nevére kiállított számla. <p>Az ellátásszervező jogosult ellenőrizni a biztosított szűrővizsgálatra való jogosultságát. Az ellátásszervező megtagadhatja a felsorolt szűrővizsgálati szolgáltatások megszervezését azokban az esetekben, amelyekben a biztosított arra nem jogosult.</p>	
<p>Az ellátásszervező által megszervezett szűrővizsgálat biztosított által történő módosításának vagy lemondásának feltételei</p> <p>10. A már egyeztetett szűrővizsgálati időpontot a vizsgálat időpontja előtt legkésőbb 2 munkanappal van lehetősége a biztosítottnak módosítani vagy lemondani. Amennyiben a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> a) az ellátást ennél később mondja le, vagy b) a neki felróható okból nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, <p>abban az esetben úgy tekinthető, mintha a biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna, így a szolgáltatás értéke a vonatkozó éves szolgáltatási keretösszegeből (limitből) levonásra kerülhet.</p> <p>A szolgáltatás értéke nem kerül az éves limitből levonásra abban az esetben, ha a biztosított váratlan betegség, vagy egyéb, rajta kívül álló ok miatt nem jelenik meg a vizsgálaton és ezt az ellátásszervező felé megfelelően igazolja.</p> <p>A biztosított az igénybe nem vett szűrővizsgálatra egy alkalommal ismételt szervezést igényelhet. Amennyiben a biztosított a szűrővizsgálatot a második alkalommal is a vizsgálatot megelőző 2 munkanapon belül mondja le, vagy azon a neki felróható okból nem jelenik meg, akkor a szűrővizsgálatra újabb ellátásszervezés nem igényelhető.</p>	
<p>Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól</p> <p>11. A szűrővizsgálatokra szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti, b) a biztosítási éven belül igénybe vehető szolgáltatások értéke korlátozott, c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt, azonban a biztosító a fedezet tartamának első 6 hónapját követően bekövetkező biztosítási esemény esetén nyújt szolgáltatást, d) orvos által javasolt ellátás és kezelés nem tartozik a szűrővizsgálatok körébe, e) ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti. 	

Budapest, 2022. december 30.

AZ ORVOSI CALL CENTER SZOLGÁLTATÁSRA SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. Biztosítási esemény, ha a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban a jelen szerződési feltételekben foglalt témakörökben kérdése merül fel, amelynek alapján tájékoztatást kér.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a jelen feltételek alapján az ellátásszervező révén 24 órás orvosi Call Center szolgáltatást nyújt a biztosítottnak. Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatásra a jelen szerződési feltételek érvényesek.</p> <p>Az Orvosi Call Center szolgáltatás éjjel-nappali orvosi tanácsadást jelent, mely a +36-1-998-0557 telefonszámon érhető el.</p> <p>Az Orvosi Call Center szolgáltatás a www.allianz.hu weboldalról is elérhető, ahol a szolgáltatásra jogosultak írásban is feltehetik kérdéseiket.</p> <p>A szolgáltató a választ a kérdésfeltevést követően 24 órán belül, a szolgáltatásra jogosult által megadott e-mail címre küldi meg.</p> <p>3. Az Orvosi Call Center hívható az év minden napján, a nap 24 órájában, ahol szakképzett, gyakorló orvosok tájékoztatást adnak az alábbi kérdésekben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) életmóddal, egészségmegőrzéssel, orvosi dokumentáció értelmezésével kapcsolatos kérdések; b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, mellékhatásait, alkalmazhatóságát, helyettesíthetőségét, árát illetően; c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről; d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszerárakról; e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről. <p>4. Az Orvosi Call Center szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, a személyes orvosi vizsgálatot nem helyettesítik.</p> <p>5. A biztosító az Orvosi Call Center szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt limit nélkül nyújtja.</p> <p>Kizárások</p> <p>6. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító jelen fedezet alapján nyújtott szolgáltatása nem terjed ki az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl az alábbi esetekre sem:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a biztosított panaszai alapján diagnózis felállítása, b) az orvosi ellátás megszervezése.
<p>Esedékesség</p> <p>7. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon bejelenti.</p>	

A szolgáltatás igénybevétele

8. Az Orvosi Call Center szolgáltatást a biztosított az ellátásszervező nem emelt díjas telefonszáma felhívásával vehető igénybe.
9. A szolgáltatás igénybevételéhez a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- a szerződés szerződésszáma,
- a biztosított neve,
- a biztosított édesanyjának neve,
- a biztosított születési ideje.

A szolgáltatás igénybevétele során a szolgáltató minden esetben azonosítja az ügyfelet.

10. A szolgáltató a bejövő telefonhívásokat rögzíti annak érdekében, hogy – a biztosítási szerződés alapján – a biztosítási szolgáltatást teljesítse, valamint a biztosító részére tájékoztatást nyújtson az általa elvégzett tevékenységről.

Az ellátásszervező jogosult ellenőrizni a biztosított jogosultságát.

Adatkezelés

11. A biztosított az ajánlat, illetve a fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul veszi, hogy
- a) a biztosító kezeli és továbbítja az ajánlatban, illetve a fedezet létrejötte iránti nyilatkozatban megadott illetve, a szerződési feltételekben meghatározott adatokat a biztosító szerződött partnere, a Teladoc Hungary Kft. mint szolgáltató részére, az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatással összefüggésben,
 - b) a biztosító a honlapján írásban feltett kérdéseket e-mailen továbbítja a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat a szolgáltató, és az együttműködő partnerei a szerződő, illetve a biztosított által megadott e-mail címre küldik el,
 - c) a Teladoc Hungary Kft., mint szolgáltató az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás feltételei alapján a bejövő telefonhívásokat rögzíti annak érdekében, hogy a biztosítási szolgáltatást teljesítse és biztosító részére tájékoztatást nyújtson az általa elvégzett tevékenységről.

Egyéb rendelkezések

12. A biztosító nem vállal felelősséget az Orvosi Call Center szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a kért tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve az orvosi vélemény helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkért.

13. A biztosított az ajánlaton vagy a biztosítási csomag, illetve opcionális fedezet létrejötte iránti nyilatkozaton aláírásával nyilatkozik arról, hogy hozzájárul az ellátásszervező révén nyújtott Orvosi Call Center szolgáltatás keretében a személyes adatok kezeléséhez.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

14. Az Orvosi Call Center szolgáltatásra szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:
- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
 - b) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
 - c) ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőjében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti.

Budapest, 2022. december 30.

A JÁRÓBETEG ELLÁTÁSRA SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül bekövetkezett – balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően a jelen szerződési feltételek szerint indokolt járóbeteg ellátásra van szüksége.</p> <p>Jelen szerződési feltételek alapján járóbeteg ellátásnak minősül az orvosszakmai szabályok betartásával, a jelen szerződési feltételekben meghatározott egészségügyi szakterületeken történő, orvosi szakképesítéssel rendelkező személy által elvégzett járóbeteg szakellátás.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett vagy általa előzetesen jóváhagyott – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett járóbeteg ellátási szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak, az alábbi szakterületeken:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Belgyógyászat b) Bőrgyógyászat c) Csecsemő- és gyermekgyógyászat (kiskorú biztosított esetén) d) Diabetológia e) Endokrinológia f) Érsebészet g) Fül-orr-gégészet h) Gastroenterológia i) Kardiológia (ezen belül nyugalmi EKG szív ultrahang) j) Neurológia k) Nőgyógyászat <p>A nőgyógyászati ellátás magába foglalja</p> <ul style="list-style-type: none"> – a panasz miatt szükséges nőgyógyászati vizsgálat során végzett citológiai vizsgálatot is, évente egy alkalommal, – a nőgyógyászati (nem a várandósság alatt végzett) ultrahang vizsgálatot továbbá – a biztosított várandóssága esetén elvégzendő orvosi vizsgálatokat is, az alábbi feltétellel: a várandósság alatt végzett hagyományos, hatályos szakmai protokoll szerint szükséges ultrahang vizsgálatok a jelen szerződési feltételek szerinti járóbeteg ellátásnak minősülnek, nem képalkotó diagnosztikai vizsgálatnak tekintendők. <p>Várandósság alatt, tehesgondozás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat nem vehető igénybe.</p> <ul style="list-style-type: none"> l) Ortopédia m) Sebészet n) Traumatológia o) Szemészet p) Tüdőgyógyászat q) Urológia <p>A biztosító nem teljesít szolgáltatást urológiai ellátás keretein belül az andrológiai vizsgálat vagy ellátás esetén.</p> <ul style="list-style-type: none"> r) a felsorolt szakterületeken továbbá: A járóbeteg ellátás kiterjed egy fájdalomcsillapító injekció egyszeri alkalommal történő, nem kúraszerű, kezelésnek nem minősülő beadására, amennyiben az orvosszakmai szempontból indokolt. <p>A járóbeteg ellátás kiterjed továbbá a felsorolt szakellátásokon elvégzett ambuláns műtétek elvégzésére is.</p> <p>Ambuláns műtét: olyan sebészeti, illetve egyéb szakterületi kezelések, beavatkozások, amelyek elvégzését követően a beteg fekvőbeteg intézeti ellátást nem igényel, a szükséges és elegendő megfigyelés után otthonába bocsátható, és a hatályos jogszabályok szerint az ellátás járóbeteg ellátás keretében történik.</p> <p>3. A biztosító a járóbeteg ellátásra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt legfeljebb az alábbi összeghatárig nyújtja:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetét követő első 6 hónapban legfeljebb az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletében foglalt limit 50%-a, b) a biztosítási fedezet létrejöttét követő első biztosítási évben összesen és a további biztosítási években legfeljebb az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletében foglalt limit.

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>Kizárások</p> <p>4. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl az alábbi esetekben sem:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) meddőséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés, b) sürgősségi ellátás vagy vizsgálat, c) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás, d) több alkalomra kiterjedő injekciós kezelés, infúziós kúra, e) szépsészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás, f) szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, láttelet céljából történő vizsgálat vagy ellátás, g) védőoltásokkal kapcsolatos ellátások, h) nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások, i) terhességvizsgálás keretében végzett 4D, 5D ultrahang (babamozi), magzati szív ultrahang, j) szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétek.
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentése</p> <p>15. A biztosítottnak lehetősége van a járóbeteg ellátás esetében az online időpontfoglalásra. A biztosított az ellátásszervező rendszerébe történő bejelentkezéssel, az ellátásszervező feltételei szerint foglalhat időpontot az egyes egészségügyi szolgáltatóknál az általa igényelt járóbeteg ellátásra.</p> <p>6. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – orvosi beutaló az ellátásokra (kivéve nőgyógyászat, orr-fül-gégészet, sebészet, urológia, szemészet, továbbá szűrővizsgálat), – az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció, – ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása, – a biztosított nevére kiállított számla. 	
<p>Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól</p> <p>7. A járóbeteg ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti, b) a biztosítási éven belül igénybe vehető szolgáltatások értéke korlátozott, c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt, d) ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti: e) várandósság alatt, tehességvizsgálás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat a jelen szerződési feltételek szerint nem vehető igénybe, f) a járóbeteg ellátás kiterjed egy fájdalomcsillapító injekció egyszeri alkalommal történő, nem kúraszerű, kezelésnek nem minősülő beadására, amennyiben az orvosszakmai szempontból indokolt. 	

Budapest, 2022. december 30.

A LABOR- ÉS STANDARD DIAGNOSZTIKAI ELLÁTÁSRA SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül bekövetkezett – balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően felmerülő panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, orvos által írásban javasolt laboratóriumi és egyéb, a jelen feltételek szerinti diagnosztikai célú vizsgálatok elvégzésére van szükség.</p> <p>Jelen szerződési feltételek alapján labor- és standard diagnosztikai ellátásnak minősül az orvosszakmai szabályok betartásával, a jelen szerződési feltételekben meghatározott diagnosztikai vizsgálat, melyet orvosi szakképesítéssel rendelkező személy, vagy javaslatára más, erre feljogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy végez.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett vagy előzetesen jóváhagyott – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak.</p> <p>I. Labor diagnosztika az alábbiak szerint:</p> <ol style="list-style-type: none"> Teljes vérkép Vérsüllyedés Teljes vizelet Májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt)) Vérzsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid) Vércukor, vércukor terhelés (0-60-90-120 perces), kivéve inzulin Húgysav Vesefunkció (KN, Creatinin) Se vas, transferrin, TVK Ionok (Na, K, Ca) HbA1c Pajzsmirigy funkció (TSH, T3, T4, anti-TPO, anti-TG) CRP, APTI, INR, Magnézium, ferritin, vércsoport+ellenanyag. <p>A biztosító nem teljesít szolgáltatást a felsorolt laboratóriumi vizsgálatokon kívüli bármilyen más laboratóriumi vizsgálatra.</p> <p>Várandósság alatt, tehesgondozás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat a jelen szerződési feltételek szerint nem vehető igénybe.</p> <p>II. Standard képalkotó diagnosztika:</p> <ol style="list-style-type: none"> Röntgen Ultrahang Mammográfia Terheléses EKG, holter EKG, ABPM <p>3. A biztosító a labor- és standard diagnosztikai ellátásra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt, egy biztosítási évben legfeljebb az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletében foglalt összeghatárig nyújtja.</p> <p>Kizárások</p> <p>4. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl az alábbi esetekben sem:</p> <ol style="list-style-type: none"> a kockázatviselési időszak kezdetét megelőzően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel kapcsolatos ellátás, meddőséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés, sürgősségi ellátás vagy vizsgálat, nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás, szépipészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás, szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, látélet céljából történő vizsgálat vagy ellátás, nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások, tehesgondozás keretében végzett 4D, 5D ultrahang (babamozi), magzati szív ultrahang, fogászati diagnosztika.

A szolgáltatás iránti igény bejelentése

5. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:
- orvosi beutaló az ellátásokra,
 - az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
 - ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása,
 - a biztosított nevére kiállított számla.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

6. A labor- és standard diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:
- a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
 - a biztosítási éven belül igénybe vehető szolgáltatások értéke korlátozott,
 - a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
 - ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti,
 - várandósság alatt, tehesgondozás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat a jelen szerződési feltételek szerint nem vehető igénybe.**

Budapest, 2022. december 30.

A FEJLETT DIAGNOSZTIKAI ELLÁTÁSRA SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül bekövetkezett – balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően felmerülő panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által írásban javasolt fejlett diagnosztikai célú vizsgálatok (CT, MRI, PET-CT, Cardio-CT, endoscopos vizsgálatok – a capsula endoscopia kivételével) elvégzésére van szükség.</p> <p>Jelen szerződési feltételek alapján fejlett diagnosztikai ellátásnak minősül az orvosszakmai szabályok betartásával, a jelen szerződési feltételekben meghatározott diagnosztikai vizsgálat, melyet orvosi szakképesítéssel rendelkező személy, vagy javaslatára más erre feljogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy végez.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett vagy előzetesen jóváhagyott – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak.</p> <p>Nagy értékű diagnosztika:</p> <ol style="list-style-type: none"> CT MRI Pet CT Cardio CT, endoscopos vizsgálatok (kivéve a capsula endoscopia). <p>Amennyiben a diagnosztikai ellátás részét képezi az ahhoz kapcsolódó bódítás, akkor annak költségeire kiterjed a biztosító kockázatviselése.</p> <p>A biztosító nem teljesít szolgáltatást endoszkópos vizsgálatok esetén az altatás költségeire, továbbá a virtuális endoscopia és capsula endoscopia költségeire. Amennyiben az endoszkópos vizsgálatok esetén a biztosított költségére sor kerül altatásra, akkor az altatással kapcsolatos, és a szerződési feltételek szerint téríthető vizsgálatokra a biztosító szolgáltatást teljesít, a szerződési feltételekben foglalt korlátozások figyelembe vételével.</p> <p>3. A biztosító a fejlett diagnosztikai ellátásra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt, egy biztosítási évben legfeljebb az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletében foglalt összefoghatárig nyújtja.</p> <p>Kizárások</p> <p>4. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl az alábbi esetekben sem:</p> <ol style="list-style-type: none"> a kockázatviselési időszak kezdetét megelőzően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel kapcsolatos ellátás, meddőséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés, sürgősségi ellátás vagy vizsgálat, nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás, szépészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás, szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, láttelel céljából történő vizsgálat vagy ellátás, nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítás, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások, terhesgondozás keretében végzett 4D, 5D ultrahang (babamozi), magzati szív ultrahang fogászati diagnosztika. <p>5. A biztosító nem nyújt térítést a diagnosztikai szolgáltatások igénybe vételéhez kapcsolódó altatás és az ahhoz kapcsolódó további ellátások költségeire.</p>

A szolgáltatás iránti igény bejelentése

6. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:
- szakorvosi beutaló az ellátásra,
 - az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
 - ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása,
 - a biztosított nevére kiállított számla.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

7. A fejlett diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:
- a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
 - a biztosítási éven belül igénybe vehető szolgáltatások értéke korlátozott,
 - a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
 - ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti:
 - várandósság alatt, tehesgondozás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat a jelen szerződési feltételek szerint nem vehető igénybe.**

Budapest, 2022. december 30.

AZ EGYNAPOS SEBÉSZETI ELLÁTÁSRA SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

<p>Fogalom</p> <p>1. Egynapos sebészeti ellátás: Az egynapos sebészet olyan előre tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet a jelen szerződési feltételek hatályba lépésekor érvényes jogszabálynak (16/2022. (XII.12.) EszCsM rendelet az egynapos sebészeti és kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről) megfelelően, erre engedélyezetten működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt és elvégezhető a vizsgálati eredménye alapján, és amely elvégzését követően a páciens a műtétet követő 24 órán belüli megfigyelés után, orvos szakvéleménye alapján a saját lábán, kísérelvel elhagyhatja az ellátó intézményt.</p> <p>A jelen szerződési feltételek szerint az egynapos sebészeti ellátás keretében igénybe vehető ellátások körét az Általános Szerződési Feltételek 2. számú melléklete tartalmazza, és kizárólag az itt, meghatározott OENO kóddal feltüntetett beavatkozások téríthetők egynapos sebészetként, amennyiben a szerződési feltételek alapján kerül sor a szolgáltatás igénybevételére.</p>	
Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>2. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül bekövetkezett – balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által írásban javasolt az Általános Szerződési Feltételek 2. számú mellékletében szereplő listában meghatározott OENO kóddal megjelölt egynapos sebészeti ellátásra van szükség.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p>	<p>3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett szolgáltatást nyújtja a biztosítottnak.</p> <p>A biztosító szolgáltatása az egynapos sebészeti ellátás megszervezésére és az ellátás költségének fedezésére terjed ki, a jelen szerződési feltételek szerinti limit összegéig.</p> <p>Az egynapos sebészeti ellátás keretében a fedezet létrejötté időpontjában térített műtétek listája az Általános Szerződési Feltételek 2. számú, Az egynapos sebészeti ellátásra szóló fedezetben térített ellátások című mellékletében található. A térített műtétek köre a szerződés tartama alatt változhat, amely változásról a biztosító a szerződőt a biztosító honlapján, a változást megelőző 5 napon belül tájékoztatja és a szerződő felmondási jogát az Általános Szerződési Feltételek Felmondás a biztosítási díj vagy a szerződési feltételek változása miatt című pontjában foglaltak szerint gyakorolhatja. Az aktuális lista a biztosító honlapján (www.allianz.hu) érhető el.</p> <p>A biztosító szolgáltatása tartalmazza az egynapos sebészeti ellátás keretében vagy ahhoz kapcsolódóan felmerülő, az elvégzett műtét során felhasznált egyszer használatos eszközök, implantátumok, vérkészítmények költségének térítését is.</p> <p>4. A biztosító az egynapos sebészeti ellátásra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt, egy biztosítási évben legfeljebb az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletében foglalt összességéig nyújtja.</p> <p>5. A jelen szerződési feltételek szerinti egynapos sebészeti ellátással kapcsolatos további ellátások (pl. a műtétet megelőző vizsgálatok) a biztosítottra vonatkozó biztosítási csomagban foglalt járóbeteg ellátásra szóló biztosítási fedezet keretében igénybe vehetők, a szerződési feltételeknek megfelelően.</p> <p>Az egynapos sebészeti ellátáshoz kapcsolódó további ellátásokra akkor terjed ki a biztosító kockázatviselése, ha az egynapos sebészeti ellátás</p> <p>a) a biztosítás keretében térített, illetve a szerződési feltételek alapján téríthető (pl. nem magán ellátásban igénybe vett) vagy</p> <p>b) amiatt nem téríthető, mert a biztosított az éves limitet már igénybe vette.</p> <p>6. Az egynapos sebészeti ellátásra szóló fedezet keretében a kórházi hotelszolgáltatás abban az esetben téríthető, ha a kapcsolódó egynapos sebészeti ellátásra is szolgáltatást nyújt a biztosító.</p> <p>7. Az egynapos sebészeti ellátás utólagos térítéssel nem vehető igénybe.</p>

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>Kizárások</p> <p>8. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl abban az esetben sem, ha</p> <p>a) az elvégzett ellátás nem szerepel az Általános Szerződési Feltételek 2. számú, Az egynapos sebészeti ellátásra szóló fedezetben térített ellátások című mellékletében,</p> <p>b) az egynapos sebészeti ellátás során olyan komplikáció merül fel vagy az egynapos sebészeti ellátás után olyan, a műtéttel összefüggő szövődmény következik be, amely a biztosítottnak az egészségügyi intézményben történő bent-tartózkodását 24 órán túl szükségessé teszi. Ebben az esetben az egynapos sebészeti ellátás keretein felül felmerülő további költségekre a biztosító nem nyújt fedezetet.</p> <p>9. Nem biztosítási esemény ezért a biztosító a felmerülő többletköltségeket nem téríti meg abban az esetben, ha a biztosítottnak</p> <p>a) az egynapos sebészeti ellátását végző intézménytől eltérő, más intézményben történő kórházi ellátása válik szükségessé, vagy</p> <p>b) a tervezettől eltérő orvosi ellátásra kerül sor, vagy a biztosított állapota ezt igényli.</p> <p>10. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az alábbi esetekben sem:</p> <p>a) a kockázatviselési időszak kezdetét megelőzően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel kapcsolatos ellátás,</p> <p>b) meddőséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés,</p> <p>c) sürgősségi ellátás vagy vizsgálat,</p> <p>d) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás,</p> <p>e) szépeészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás,</p> <p>f) szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, látlelet céljából történő vizsgálat vagy ellátás,</p> <p>g) nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítás, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások,</p> <p>h) szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétek.</p>
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentése</p> <p>11. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - szakorvosi beutaló az ellátásra, - az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció, - ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása, - a biztosított nevére kiállított számla. 	
<p>Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól</p> <p>12. Az egynapos sebészeti ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:</p> <p>a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,</p> <p>b) a biztosítási éven belül igénybe vehető szolgáltatások értéke korlátozott,</p> <p>c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,</p> <p>d) a biztosító a térített egynapos sebészeti ellátások listáját, amelyet a fedezet létrejöttkor az Általános Szerződési Feltételek 2. számú melléklete tartalmaz, módosíthatja, és a mindenkor hatályos listát a biztosító a honlapján teszi közzé,</p> <p>e) ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti.</p>	

FEKVŐBETEG ELLÁTÁSI SZOLGÁLTATÁSI CSOMAG

A Fekvőbeteg ellátási szolgáltatási csomag tartalmazza az alábbi, a Járóbeteg ellátási szolgáltatási csomagnál szereplő biztosítási fedezeteket is:

- A szűrővizsgálatokra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az Orvosi Call Center szolgáltatásra szóló egészségbiztosítási fedezet

A fentiekre tekintettel a Fekvőbeteg ellátási szolgáltatási csomag esetén a Járóbeteg ellátási szolgáltatási csomag

feltételeiben foglalt biztosítási fedezetek feltételei irányadóak és alkalmazandóak

- A szűrővizsgálatokra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az Orvosi Call Center szolgáltatásra szóló egészségbiztosítási fedezet esetén.

A MŰTÉTET MEGELŐZŐ VIZSGÁLATOKRA SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül bekövetkezett – balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően a biztosítási feltételek szerint téríthető fekvőbeteg ellátása előtt, a műtét elvégzéséhez szükséges, szakorvos által írásban javasolt egészségügyi ellátásra van szükség.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett vagy előzetesen jóváhagyott – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett szolgáltatást nyújtja a biztosítottnak.</p> <p>A biztosító szolgáltatása a fekvőbeteg ellátásra szóló fedezetben foglalt műtétet megelőző, ahhoz kapcsolódó orvosi indokolt vizsgálatok megszervezésére és az ellátás költségeinek fedezésére terjed ki, a jelen szerződési feltételek szerinti limit összegéig.</p> <p>3. A biztosító a műtétet megelőző vizsgálatokra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt, egy biztosítási évben legfeljebb az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletében foglalt összeghatárig nyújtja.</p> <p>Kizárások</p> <p>4. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl azokra a vizsgálatokra sem, amelyek nem a fekvőbeteg ellátásra szóló fedezetben foglalt műtétet kapcsolódnak.</p> <p>5. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az alábbi esetekben sem:</p> <ul style="list-style-type: none">a) a kockázatviselési időszak kezdetét megelőzően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel kapcsolatos ellátás,b) meddőséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés,c) sürgősségi ellátás vagy vizsgálat,d) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás,e) több alkalomra kiterjedő injekciós kezelés, infúziós kúra,f) szépséget célzó vizsgálat vagy beavatkozás,g) szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, láttelep céljából történő vizsgálat vagy ellátás,h) védőoltásokkal kapcsolatos ellátások,i) nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások,j) szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétek.

A szolgáltatás iránti igény bejelentése

6. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:
- az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
 - ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása,
 - a biztosított nevére kiállított számla.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

7. A műtétet megelőző vizsgálatokra szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:
- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
 - b) a biztosítási éven belül igénybe vehető szolgáltatások értéke korlátozott,
 - c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
 - d) ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti.

Budapest, 2022. december 30.

A MÁSODIK ORVOSI VÉLEMÉNYRE SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Fogalmak	
<p>1. Második orvosi szakvélemény: A biztosítottnak a jelen fedezet kockázatviselési kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező súlyos betegségére vonatkozó orvosi tárgyú kérdése alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves orvos-szakértő által készített orvosi távszakvélemény.</p> <p>A második orvosi szakvélemény szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak: munkanapokon 8.00-20.00 óra között.</p>	
Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>2. A biztosítási esemény a biztosított olyan – a fedezet kockázatviselési időszakában előzmény nélkül bekövetkezett – súlyos betegség, melyre vonatkozóan a biztosított a jelen szerződési feltételek szerint, orvosszakmai szempontból indokolt második orvosi szakvélemény szolgáltatást igényel.</p> <p>A jelen feltételekben ismertetett második orvosi szakvélemény szolgáltatást az ellátásszervező az alábbi súlyos betegségek esetén nyújtja:</p> <ul style="list-style-type: none">– az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);– szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet;– szervátültetések;– neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;– az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció (sclerosis multiplex);– a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;– olyan megbetegedések, melyek kezelés nélkül közvetlen életveszéllyel járnak;– olyan műtéti beavatkozások, melyek életet veszélyeztető szövdménnyel fenyegetnek. <p>A felsoroltakon kívüli súlyos betegségek esetén az ellátásszervező második orvosi szakvélemény szolgáltatást nem nyújt. Az ellátásszervező az eset egyedi mérlegelése alapján kivételes jelleggel, a biztosított javára eltérhet a jelen pontban foglalt feltételektől.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p>	<p>3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosított számára az ellátásszervező útján második orvosi szakvélemény szolgáltatást nyújt.</p> <p>4. A második orvosi szakvélemény szolgáltatás keretében az ellátásszervező elismert orvos-szakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával kiválasztja a szakorvos(oka)t a második orvosi vélemény elkészítése céljából. Az ellátásszervező a biztosított kérésére rendelkezésre bocsátja a szakértők és kórházak elérhetőségét.</p> <p>5. Az ellátásszervező a távszakvéleményt a biztosított által számára rendelkezésre bocsátott információk és orvosi dokumentáció alapján készíti el. A szolgáltatásnak nem része az orvosi vizsgálat vagy személyes orvos-beteg találkozás.</p> <p>Az ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a biztosítottal és kezelőorvosával.</p> <p>A teljesítés módja, ideje</p> <p>6. Az ellátásszervező a biztosított kórelőzményéről és a kérdéseiről – amennyiben szükséges – angol nyelvű összefoglalót készít, melyet továbbít az általa kiválasztott szakértő(k)nek. Az ellátásszervező a szakértő(k) véleményét tartalmazó orvosi jelentést a kórelőzményre vonatkozó valamennyi releváns információ rendelkezésre bocsátását követő 3 héten belül – a biztosított választása szerint e-mailben vagy postai úton – magyar nyelven megküldi a biztosítottnak, továbbá megküldi az orvosi szakvélemény angol nyelvű eredeti szövegét is, amennyiben az nem magyar nyelven készült. Eltérés esetén az angol nyelvű orvosi szakvéleményben foglaltak az irányadók.</p> <p>Kizárások</p> <p>7. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít második orvosi szakvélemény szolgáltatást az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl akkor sem, ha a biztosított olyan betegséggel vagy a betegség következményével kapcsolatban igényel szolgáltatást, melyet a tárgyi fedezet kockázatviselési időszaka kezdetének időpontjában már diagnosztizáltak.</p>
Esedékesség	
<p>8. A második orvosi szakvélemény szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a súlyos betegség diagnosztizálásra kerül.</p>	

A szolgáltatás iránti igény bejelentése

9. A második orvosi szakvélemény szolgáltatást a biztosított az **ellátásszervező telefonszáma felhívásával igényelheti.**

10. Az igény szóban történő bejelentését követően az ellátásszervező a biztosított részére a biztosított választása szerint e-mail üzenetben vagy postai úton a második orvosi vélemény igényléséhez szükséges adatlapot küld.

A biztosító, illetve a biztosítási szolgáltatás teljesítése során eljáró ellátásszervező szolgáltatási kötelezettsége csak azután keletkezik, ha a hiánytalanul kitöltött és aláírt adatlapot és a biztosítási esemény igazolásához, valamint a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges egyéb dokumentumokat postai úton, vagy faxon megkapta. A második orvosi szakvéleményt az ellátásszervező a biztosított választása szerint e-mail üzenetben vagy postai úton juttatja el a biztosított részére.

11. A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát, valamint a szerződést.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- a szerződés szerződésszáma,
- a biztosított neve,
- a biztosított születési ideje.

A szolgáltatásra vonatkozó igény bejelentése során az egészségügyi szolgáltató minden esetben azonosítja a biztosítottat.

Amennyiben a biztosított a szolgáltatásra való jogosultságát nem tudja igazolni, az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás nyújtását megtagadhatja.

12. Az ellátásszervező a felé bejelentett második orvosi szakvélemény iránti igények kapcsán kizárólagos mérlegelési joggal bír abban a tekintetben, hogy a hozzá betérjesztett eset a rendelkezésre álló információ és dokumentumok alapján második orvosi szakvélemény elkészítésére alkalmas-e, melyről a biztosítottat köteles írásban, indokolással ellátott válaszban tájékoztatni.

13. A biztosítási esemény igazolásához, a biztosító szolgáltatása iránti igény elbírálásához és a szolgáltatás teljesítéséhez – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl – az ellátásszervező az alábbi orvosi iratok rendelkezésre bocsátását is kérheti:

- kórházi zárójelentés,
- ambuláns lap,
- bármely, a kezelőorvos vagy más orvos által írott kórtörténeti összefoglaló,
- bármely lelet, melyet korábbi vizsgálatok eredményét leíró orvos vagy intézmény készített,
- képalkotó vizsgálatok során készült felvételek filmen vagy digitális adathordozón,
- szövettani metszetek,
- fényképfelvételek.

Ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti.

14. Az ellátásszervező a szolgáltatás lebonyolítása során tudomására jutott személyes és különleges adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a biztosított kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel és továbbítja, és az orvosi szakvélemény megadására kiválasztott félen kívül harmadik fél részére nem adja tovább.

Adatkezelés

15. A biztosító a második orvosi szakvélemény szolgáltatás teljesítése érdekében külső szolgáltatót – Teladoc Hungary Kft. - vesz igénybe, aki jogosult további alvállalkozókat is bevonni. Az ellátásszervező és a szolgáltatók az egészségi adatok kezelése során önálló adatkezelőként járnak el.

A biztosított az ajánlat, illetve a fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító és a biztosító szerződött partnere, a Teladoc Hungary Kft. az egészségügyi adatait nyilvántartsa, kezelje, a második orvosi szakvélemény szolgáltatással kapcsolatban és a kárrendezés során felhasználja, a szolgáltatás igénybevétele során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizzze a hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően.

A biztosított tudomásul veszi, hogy a fedezettel összefüggő célból a biztosító kezeli és meghatározott gyakorisággal az egészségügyi szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja a szerződési feltételekben meghatározott adatokat.

16. A biztosító által megbízott egészségügyi szolgáltató jogosult további alvállalkozókat igénybe venni a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez, melynek során az együttműködő partnerei (ideértve a szakvéleményt adó orvosokat, egészségügyi intézményeket) számára továbbítja a biztosított alábbi adatait:

- neve,
- születési ideje,
- címe, továbbá
- személyes és különleges (azaz egészségi) adatai.

17. A biztosított tudomásul veszi, hogy ha a szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció egészségügyi szolgáltató részére történő továbbadását megtagadja, az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás nyújtását visszautasíthatja.

18. A szolgáltatás teljesítése érdekében az egészségügyi szolgáltató a biztosított által feltett kérdéseket e-mailen továbbítja a második orvosi szakvéleményt kiállítóknak a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat az egészségügyi szolgáltató a biztosított által megadott e-mail címre vagy postai címre küldi meg.

19. A biztosított által a második orvosi szakvéleményhez benyújtott orvosi/egészségügyi adatok és a második orvosi szakvélemény a biztosító számára hozzá nem férhető, a biztosító abba betekintést nem nyerhet.

Amennyiben az egészségügyi szolgáltató úgy ítéli meg, hogy az orvosi szakvélemény megadására leginkább alkalmas orvos, egészségügyi intézmény az Európai Unió területén kívül található, úgy kizárólag a biztosított hozzájárulása alapján továbbíthatja a biztosított nevét, születési idejét, címét és az egészségi állapotára vonatkozó különleges adatait.

Egyéb szabályok

20. A második orvosi szakvélemény szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegű, a személyes orvosi vizsgálatot nem helyettesíti.

21. A biztosító nem vállal felelősséget a második orvosi szakvélemény szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a (kért) tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve azok helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkrért.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

22. A második orvosi véleményre szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
- b) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
- c) ha a szolgáltatás igénybevételeire jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti.

Budapest, 2022. december 30.

A FEKVŐBETEG ELLÁTÁSRA SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Fogalmak	
<p>1. Fekvőbeteg ellátás: A biztosított folyamatos, 24 órán túli kórházi benttartózkodása alatt végzett egészségügyi ellátás.</p>	
Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>2. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül bekövetkezett – balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által írásban javasolt fekvőbeteg ellátásra van szükség, amelynek során az Általános Szerződési Feltételek 3. számú mellékletében szereplő listában meghatározott OENO kóddal megjelölt műtéti beavatkozásra kerül sor.</p> <p>Nem biztosítási esemény az a fekvőbeteg ellátás, amely</p> <p>a) során műtetre nem kerül sor, vagy</p> <p>b) a 3. számú mellékletben nem szereplő műtétekhez kapcsolódik.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p>	<p>3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett fekvőbeteg ellátási szolgáltatást nyújtja a biztosítottnak.</p> <p>A biztosító szolgáltatása a fekvőbeteg ellátás megszervezésére és az ellátás költségének fedezésére terjed ki, a jelen szerződési feltételek szerinti limit összegéig.</p> <p>A biztosító szolgáltatása tartalmazza az alábbi, a fekvőbeteg ellátás keretében vagy ahhoz kapcsolódóan felmerülő költségek térítését:</p> <p>a) az elvégzett műtét során felhasznált egyszer használatos eszközök, implantátumok, vérkészítmények,</p> <p>b) a műtéthez kapcsolódó komplikációk kezelése, reoperáció még a fekvőbeteg intézetben tartózkodás ideje alatt,</p> <p>c) a műtétet követő, még a fekvőbeteg intézetben tartózkodás ideje alatt elvégzett vizsgálatok.</p> <p>4. A fekvőbeteg ellátás keretében a fedezet létrejötté időpontjában térített műtétek listája az Általános Szerződési Feltételek 3. számú mellékletében található. A térített műtétek köre a szerződés tartama alatt változhat, amely változásról a biztosító a szerződőt a biztosító honlapján a változást megelőző 5 napon belül tájékoztatja és a szerződő felmondási jogát az Általános Szerződési Feltételek Felmondás a biztosítási díj vagy a szerződési feltételek változása miatt című pontjában foglaltak szerint gyakorolhatja. Az aktuális lista a biztosító honlapján (www.allianz.hu) érhető el.</p> <p>5. A biztosító a fekvőbeteg ellátásra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt, legfeljebb az alábbi összeghatárig nyújtja:</p> <p>a) a biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetét követő első 3 hónapban legfeljebb az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletében foglalt limit 50%-a,</p> <p>b) a biztosítási fedezet létrejöttét követő első biztosítási évben összesen és a további biztosítási években legfeljebb az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletében foglalt limit.</p> <p>6. A fekvőbeteg ellátás utólagos térítéssel nem vehető igénybe.</p> <p>Kizárások</p> <p>7. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl abban az esetben sem, ha</p> <p>a) a fekvőbeteg ellátás során műtetre nem kerül sor,</p> <p>b) a fekvőbeteg ellátás során elvégzett műtét nem szerepel az Általános Szerződési Feltételek 3. számú mellékletében,</p> <p>c) a fekvőbeteg ellátásra és annak keretében a műtetre orvosi műhiba következtében kerül sor.</p> <p>A biztosító nem teljesít szolgáltatást továbbá</p> <p>a) az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletében foglalt limitet meghaladó ellátásokra,</p> <p>b) ha a műtét közben változik a műtét típusa és a megváltozott műtét nem szerepel az Általános Szerződési Feltételek 3. számú mellékletében.</p>

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>8. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az alábbi esetekben sem:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a kockázatviselési időszak kezdetét megelőzően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel kapcsolatos ellátás, b) meddőséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés, c) sürgősségi ellátás vagy vizsgálat, d) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás, e) több alkalomra kiterjedő injekciós kezelés, infúziós kúra, f) szépsészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás, g) szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, láttelel céljából történő vizsgálat vagy ellátás, h) védőoltásokkal kapcsolatos ellátások, i) nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítás, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások, j) terhességvizsgálat keretében végzett 4D, 5D ultrahang (babamozi), magzati szív ultrahang, k) szülés és ezzel összefüggő műtéti beavatkozások, l) szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétek.
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentése</p> <p>9. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – szakorvosi beutaló az ellátásra, – az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció, – ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása, – a biztosított nevére kiállított számla. 	
<p>Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól</p> <p>10. A fekvőbeteg-ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti, b) a biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása a fedezet tartamából eltelt idő szerint lépcsőzetes, c) a biztosítási éven belül igénybe vehető szolgáltatások értéke korlátozott, d) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt, e) a biztosító a térített műtétek listáját, amelyet a fedezet létrejöttkor az Általános Szerződési Feltételek 3. számú melléklete tartalmaz, módosíthatja, és a mindenkor hatályos listát a biztosító a honlapján teszi közzé, f) ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti. 	

Budapest, 2022. december 30.

A REHABILITÁCIÓS ELLÁTÁSRA SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül bekövetkezett – balesete vagy betegsége, amelyből eredő, a fekvőbeteg ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet alapján történt ellátást követően szükséges és orvos-szakmailag indokolt, szakorvos által írásban elrendelt, az általa meghatározott alkalmakra szóló alábbi ellátásokra van szükség:</p> <ol style="list-style-type: none"> gyógytorna, lökéshullám terápia, elektroterápia, ultrahang terápia kezelése vagy gyógymasszázs. <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett vagy előzetesen jóváhagyott – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett rehabilitációs szolgáltatásokat, nyújt a biztosítottnak.</p> <p>A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy a rehabilitációs szolgáltatás keretében nyújtott kezelést a hatályos jogszabályok szerint megfelelő egészségügyi képesítéssel rendelkező személy végezze.</p> <p>3. A biztosító a rehabilitációs ellátásra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt, egy biztosítási évben legfeljebb az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletében foglalt összeghatárig nyújtja.</p> <p>Kizárások</p> <p>4. A biztosító nem teljesít szolgáltatást az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl a jelen szerződési feltételekben fel nem sorolt rehabilitációs ellátásokra és a sürgősségi ellátásokra sem.</p>
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentése</p> <p>5. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:</p> <ul style="list-style-type: none"> szakorvosi beutaló az ellátásra, az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció, ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása, a biztosított nevére kiállított számla. 	
<p>Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól</p> <p>6. A rehabilitációs ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:</p> <ol style="list-style-type: none"> a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti, a biztosítási éven belül igénybe vehető szolgáltatások értéke korlátozott, a biztosító nem alkalmaz várakozási időt, ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti. 	

Budapest, 2022. július 8.

AZ ORVOSI ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁSRA SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Fogalmak	
<p>Betegszállítás: A betegszállítás a biztosított fekvőbeteg ellátásával összefüggésben, az arra jogosult orvos rendelése alapján – jogszabályban meghatározott feltételeknek megfelelő – állami egészségügyi szolgáltatáson kívül igénybe vett szállítása fekvőbeteg-gyógyintézetből a biztosított által megadott belföldi címre, illetve rehabilitációs intézménybe.</p>	
Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül bekövetkezett – balesete vagy betegsége, amelyből eredő, a fekvőbeteg ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet alapján történt ellátást követően, illetve ahhoz kapcsolódóan szükséges és orvos-szakmailag indokolt a biztosított esetében</p> <p>a) a betegszállítás, b) az otthonápolás, továbbá c) az egészségi állapotának nyomon követése (betegútmenedzsment).</p> <p>Az otthonápolás feltéve, hogy a biztosított a kórházi tartózkodása során megállapított betegségével, kezelésével összefüggésben a kórházból történt hazatérésének időpontját követően önmagát ellátni képtelen állapotba kerül és ezt szakorvosi igazolással támasztja alá.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett vagy előzetesen jóváhagyott – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett alábbi szolgáltatást nyújtja a biztosítottnak:</p> <p>a) a betegszállítás, b) az otthonápolás, továbbá c) az egészségi állapotának nyomon követése (betegútmenedzsment).</p> <p>3. A betegszállítás térítésének feltétele, hogy azt a biztosított az ellátásszervezőnek előre bejelentette és azt az igénybevétel előtt az ellátásszervező jóváhagyta.</p> <p>A sürgősségi eset (pl. baleset, roszullét, ájulás) okán szükséges betegszállításra a biztosító szolgáltatása nem terjed ki.</p> <p>Betegszállítás kizárólag utólagos térítéssel vehető igénybe.</p> <p>4. Az otthonápolási szolgáltatás iránti igényét a biztosított az ellátásszervezőnél jelenti be.</p> <p>Az ellátásszervező szolgáltatót javasol, azonban az otthonápolási ellátást nem szervezi meg.</p> <p>Sürgős otthonápolási igényre a biztosító szolgáltatása nem terjed ki.</p> <p>Otthonápolás kizárólag utólagos térítéssel vehető igénybe.</p> <p>5. A betegútmenedzsment keretében az ellátásszervező részéről a biztosítotthoz kijelölt esetmenedzser felügyeli a betegellátási folyamatot, megbizonyosodik arról, hogy a biztosított minden fontos tájékoztatást megkapott a biztosítás keretében igénybe vett műtétet megelőzően. Az esetmenedzser figyelemmel kíséri a műtétet megelőző vizsgálatok időpontját, szervezésének folyamatát, szükség esetén egyeztet az egészségügyi szolgáltatóval. Az esetmenedzser a biztosított műtete előtt és után betegkövető hívást végez, felhívja a figyelmet a kontroll vizsgálat fontosságára.</p> <p>6. A biztosító az orvosi asszisztencia szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt, egy biztosítási évben legfeljebb az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletében foglalt összeghatárig nyújtja.</p> <p>Kizárások</p> <p>7. A biztosító nem teljesít szolgáltatást az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl az alábbi esetekben sem:</p> <p>a) a jelen szerződési feltételekben fel nem sorolt asszisztencia szolgáltatásokra, továbbá b) a sürgősségi ellátásokra.</p>
A szolgáltatás iránti igény bejelentése	
<p>8. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció, – ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőtében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása, – a biztosított nevére kiállított számla. 	

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

9. Az orvosi asszisztencia szolgáltatásra szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:
- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
 - b) a biztosítási éven belül igénybe vehető szolgáltatások értéke korlátozott,
 - c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
 - d) ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti.

Budapest, 2022. július 8.

JÁRÓBETEG ÉS FEKVŐBETEG ELLÁTÁSI SZOLGÁLTATÁSI CSOMAG

A Járóbeteg és fekvőbeteg ellátási szolgáltatási csomag a Járóbeteg ellátási szolgáltatási csomagnál, valamint a Fekvőbeteg ellátási szolgáltatási csomagnál szereplő biztosítási fedezeteket tartalmazza.

A fentiekre tekintettel a Járóbeteg és fekvőbeteg ellátási szolgáltatási csomag esetén mind a Járóbeteg ellátási szolgáltatási csomag, mind a Fekvőbeteg ellátási szolgáltatási csomag feltételeiben foglalt biztosítási fedezetek feltételei irányadóak és alkalmazandóak.

VÁLASZTHATÓ OPCIONÁLIS FEDEZETEK

A KRITIKUS BETEGSÉGEKRE SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
<p>1. A biztosítási esemény feltétele, hogy</p> <p>a) a biztosítási esemény – és a biztosítási eseményhez vezető baleset, vagy betegség is – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be, és</p> <p>b) bekövetkezésének időpontját követően a biztosított legalább egy hónapig – agyi érkatasztrófa esetén legalább két hónapig – életben van.</p> <p>A jelen feltételek alapján biztosítási esemény, ha az alábbi események valamelyike bekövetkezik:</p> <p>Roszdulatú daganat A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál rosszdulatú daganatot diagnosztizálnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnosztizálás időpontja.</p> <p>Roszdulatú daganat a rosszdulatú sejtek befolyásolhatatlan növekedése és behatolása más szövetekbe. A közismert, ún. „rákos” megbetegedéseken kívül biztosítási eseményként ilyenek minősülnek a leukémiák (kivéve a krónikus limphoid leukémiát) és a limfómák is.</p> <p>Nem minősülnek biztosítási eseménynek a nem invazív, helyi rákos megbetegedések (carcinoma in situ), valamint a bőrrák, kivéve a malignus melanoma.</p> <p>Szívinfarktus A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál szívinfarktust diagnosztizálnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szívinfarktus bekövetkezése a kezelőorvos által megállapított időpontja.</p> <p>Szívinfarktus a vérkeringésnek a szívizom körülírt részén történt elakadása következtében kialakult helyi szívizomelhalás. A biztosítási eseménynek minősülő szívinfarktus diagnózisának a következő együttesen fennálló tényeken kell alapulnia:</p> <ul style="list-style-type: none">– típusos mellkasi fájdalom,– friss és szívinfarktust bizonyító EKG-eltérés,– a szívizomelhalást jelző specifikus enzimek felszaporodása a vérben.	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:</p> <table border="1"><thead><tr><th>Opcionális fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th><th>Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th></tr></thead><tbody><tr><td>1 hónap</td><td>5%-a</td></tr><tr><td>2 hónap</td><td>10%-a</td></tr><tr><td>3 hónap</td><td>50%-a</td></tr><tr><td>4 hónap</td><td>75%-a</td></tr><tr><td>5 és ennél több hónap</td><td>100%-a</td></tr></tbody></table> <p>A biztosító az opcionális fedezet kapcsán egy biztosított vonatkozásában egyszer és legfeljebb egy – a feltételekben meghatározott – betegség esetén nyújt szolgáltatást akkor is, ha több betegség együttesen lép fel.</p> <p>A szolgáltatás teljesítése, a teljesítés ideje</p> <p>3. A biztosító a biztosítási szolgáltatást az alább meghatározott időpontok közül a későbbi időponttól számított 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak</p> <ul style="list-style-type: none">– a biztosítási eseménynél meghatározott nap, ha a biztosított ezen a napon életben van, vagy– a szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges utolsó irat kézhezvételének napja.	Opcionális fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg	1 hónap	5%-a	2 hónap	10%-a	3 hónap	50%-a	4 hónap	75%-a	5 és ennél több hónap	100%-a
Opcionális fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg												
1 hónap	5%-a												
2 hónap	10%-a												
3 hónap	50%-a												
4 hónap	75%-a												
5 és ennél több hónap	100%-a												

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>Agyi érkatasztrófa A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnosztizálás időpontja.</p> <p>Agyi érkatasztrófa a diagnózis felállításától számított 60 nap után is észlelhető, maradandó idegrendszeri tüneteket okozó agyi értörténés, amelyhez a következő kórképek sorolhatók:</p> <ul style="list-style-type: none"> – az agyszövet elhalása érelzáródás következtében (trombózis), – koponyán belüli vérzés, a baleseti eredetű kivételével, – koponyán kívüli forrásból származó agyembólia, a baleseti eredetű kivételével. <p>Szervátültetés A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítotton szervátültetést hajtanak végre. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.</p> <p>Szervátültetésnek minősül a biztosítotton első alkalommal végzett szívátültetés, vagy egyidejű szív- és tüdőátültetés, vagy májtranszplantáció, vagy veseátültetés, feltéve, hogy a szervet a biztosított kapja. Az itt felsoroltakon kívül más szerv vagy szövet átültetésére nem terjed ki a kockázatviselés.</p> <p>Krónikus veseelégtelenség A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál krónikus veseelégtelenség áll fenn, és a beteg a diagnózis megállapításától számított legalább két hónapig tartós dialíziskezelésre szorul. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az első dialíziskezelés időpontja.</p> <p>Krónikus veseelégtelenség a krónikus vesebetegségek, illetve urológiai betegségek miatti vesepusztulás következtében kialakult olyan súlyos, IV. stádiumú, terminalis veseműködési elégtelenség (a vér serumkreatinin-szintje tartósan 800-900 mikromol/l vagy ezen érték feletti), aminek következtében a beteg folyamatos vesefunkció-pótló kezelés (krónikus dialysis: peritonealis – hasüregi – dialysis, vagy haemodialysis, azaz művesekezelés) nélkül rövid időn belül meghalna.</p> <p>Szívkoszorúér-műtét A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítotton szívkoszorúér-műtétet (bypass) hajtanak végre. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.</p> <p>Szívkoszorúér-műtét a szívizom súlyos vérellátási zavarát okozó szívkoszorúér-szűkület áthidalását (megkerülését: bypass) szolgáló műtét a beteg testéből kivett érdarabnak (graft), vagy más érpótló anyagnak a szív érrendszerébe történő beültetésével, amivel a szív vérellátása tartósan kielégítővé válik.</p> <p>AIDS- (HIV-) betegség A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított AIDS- (HIV-)betegségben megbetegszik. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a HIV-betegség megállapításának időpontja.</p>	

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>Az AIDS- (HIV-) betegség olyan betegség, amely a HIV-fertőzött (HIV-pozitív, BNO10:Z21) személynél a HIV-fertőzöttség talaján fellépő fertőző és parazitász betegség és/vagy rosszindulatú daganatot és/vagy egyéb, a HIV-fertőzöttséggel összefüggő betegségi tüneteket eredményez (BNO10:B20-B23).</p> <p>Nem terjed ki a kockázatviselés az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező szerzett immunhiányos szindrómára (AIDS) és az ezzel összefüggő, az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező egészségi állapot-változásokra (AIDS related complex, ARC) (BNO10:B24); (BNO – Betegségek Nemzetközi Osztályozása).</p> <p>Teljes vakság A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított mindkét szemén visszafordíthatatlan, baleset, vagy betegség következtében kialakult teljes látásvesztés alakult ki, amelyet szakorvos állapított meg és amely sem segédeszközzel, sem műtéttel nem korrigálható. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakorvos által kiállított lelet kiadásának időpontja.</p> <p>Nagy végtag-amputáció A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított betegség vagy baleset miatt legalább az egyik végtagját elveszti a következők szerint: legalább az egyik felkarnak a teljes könyökízületet is magába foglaló amputációja, illetve legalább az egyik lábnak a teljes térdízületet is magába foglaló amputációja folytán. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az amputációs műtét időpontja.</p> <p>A végtag-amputáció a beteg vagy roncsolt végtag sebészeti eltávolítását jelenti. Az ezt követően bármilyen gyógyászati segédeszközzel – például művégtaggal – történő bármilyen rehabilitáció nem módosítja a végtag-amputáció biztosítási eseményként való minősítését.</p> <p>Sclerosis multiplex A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a korábban már diagnosztizált, a központi idegrendszer fehérállományának göccs pusztulásával járó, szakaszosan lezajló sclerosis multiplex a) betegséget ideggyógyász szakorvos megállapítja, és b) a betegség következtében kialakultak a különböző idegrendszeri központokat érintő (mozgáskordináció-, látásszervi-, érzékelési-, mentális-, vizelettartási és szexuális-) zavarok, amelyek legalább 6 hónapja fennállnak, valamint c) a b) pontban foglalt zavarokat alátámasztó objektív neurológiai vizsgálati eredmények (pl. gerincvelő folyadék vizsgálata, MRI vizsgálat, vizuális kiváltott válasz, hallási agytörzsi válasz) rendelkezésre állnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a c) pont szerinti vizsgálati eredmények kiadásának időpontja.</p> <p>Nagy égési sérülés A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított – 26%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű II. fokú, illetve – 16%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű III. fokú, illetve – 6%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű, illetve végtag vagy szerv funkcióját maradandóan és 51%-os vagy ennél nagyobb százalékban károsító IV. fokú égési sérülést szenved.</p>	

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a sérültet ellátó kórházi osztályon történő kezelés befejezése után, a sérülés fokát és százalékos kiterjedését is feltüntető zárójelentés kiadásának időpontja, illetve végtagi funkciót is károsító sérülésnél a biztosító bal-eseti orvosszakértője által megállapított 51 százalékos vagy ennél nagyobb mértékű maradandó kár megállapításának időpontja.</p> <p>Égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület vagy gőz), illetve elektromos áram által kiváltott élő szöveti sérülés. Nem minősül égési sérülésnek jelen feltételek tekintetében a nap-sugárzás okozta vagy bármilyen más sugárzás – például röntgen, radioaktivitás, lézer, mikrohullám – által okozott sérülés és egyéb hőhatás okozta károsodás – például a hóguta.</p> <p>Előzménynek tekintendő az ajánlattétel előtt már meglévő olyan betegség, vagy elváltozás, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésbe hozható.</p>	
<p>Esedékesség</p>	
<p>1. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.</p>	
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok</p>	
<p>5. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges.</p> <ul style="list-style-type: none"> – ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása, valamint – az egyes biztosítási események esetén az alábbiak: 	
<p>Rosszindulatú daganat</p> <ul style="list-style-type: none"> – szövetszámítás-vizsgálat alapján felállított orvosi diagnózis, a szövettani vizsgálat leírásával, 	
<p>Szívinfarktus</p> <ul style="list-style-type: none"> – a típusos mellkasi fájdalom leírása a vele járó kísérő tünetekkel, – friss és a szívinfarktust bizonyító EKG-eltérést mutató lelet, – a szívizomhalást igazoló specifikus enzimeknek a vérben való felszaporodását bizonyító lelet, 	
<p>Agyi érkatasztrófa</p> <ul style="list-style-type: none"> – szakorvosi vélemény, amely igazolja az idegrendszeri károsodás 60 napon túli fennállását, 	
<p>Szervátültetés</p> <ul style="list-style-type: none"> – a szervátültetéssel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció az indikációt igazoló vizsgálati eredményekkel együtt, 	
<p>Krónikus veseelégtelenség</p> <ul style="list-style-type: none"> – a betegség IV. stádiumát és a 60 napon túl is folyamatosan szükséges dialíziskezeltetést igazoló szakintézeti orvosi szakvélemény, 	
<p>Szívkoszorúér-műtét</p> <ul style="list-style-type: none"> – a bypass műtét elvégzését igazoló orvosi dokumentáció, 	
<p>AIDS- (HIV-) betegség</p> <ul style="list-style-type: none"> – az orvosi diagnózis, melynek felállítása a fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbeteg-osztályán történt, 	
<p>Teljes vakság</p> <ul style="list-style-type: none"> – a szemész szakorvosi vélemény, lelet, 	
<p>Nagy végtag-amputáció</p> <ul style="list-style-type: none"> – a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció, 	
<p>Sclerosis multiplex</p> <ul style="list-style-type: none"> – a betegség következtében kialakult, a különböző idegrendszeri központokat érintő (mozgáskordináció-, látásszervi-, érzékelési-, mentális-, vizelettartási és szexuális-) zavarok legalább 6 hónapja történő fennállását alátámasztó objektív neurológiai vizsgálati eredményeket (pl. gerincvelő folyadék vizsgálata, MRI vizsgálat, vizuális kiváltott válasz, hallási agytörzsi válasz) tartalmazó orvosi iratok, 	
<p>Égési sérülés</p> <ul style="list-style-type: none"> – a biztosítottat ellátó fekvőbeteg-gyógyintézet által kiadott olyan zárójelentés, amely az égési sérülés százalékos kiterjedését, valamint a végtagnak vagy szervnek a véglegesen megállapított és százalékban is kifejezett funkciókárosodását is leírja. 	

Az opcionális fedezet megszűnése

6. Az Általános Szerződési Feltételekben foglalt megszűnési okokon kívül az opcionális fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor a biztosítási esemény bekövetkezik.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

7. A kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:
- ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító erre vonatkozó irat bemutatását kérheti.

Budapest, 2022. december 30.

A MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás																																		
<p>1. A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a jelen szerződési feltételek szerinti – műtete azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.</p> <p>Műtét: Jelen szerződési feltételek alapján műtétnek tekintendő az orvosszakmai szabályok betartásával, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy által elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.</p>	<p>2. A biztosító a szolgáltatás szempontjából kis, közepes, nagy, illetve kiemelt műtéteket különböztet meg. A műtétek – kis-, közepes, nagy-, illetve kiemelt műtétek szerinti – besorolását az Általános Szerződési Feltételek 5. számú mellékletét képező műtéti lista tartalmazza. A besorolás a társadalombiztosítási szervek besorolásától független. A műtéti listában nem szereplő beavatkozások besorolását a biztosító orvos szakértője meg.</p> <p>A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási eseménynek a fedezet létrejöttét követő bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Opcionális fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th> <th colspan="4">Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka</th> </tr> <tr> <th>Kiemelt műtét</th> <th>Nagy műtét</th> <th>Közepes műtét</th> <th>Kis műtét</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 hónap</td> <td>10%</td> <td>5%</td> <td>2,5%</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>2 hónap</td> <td>20%</td> <td>10%</td> <td>5%</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>3 hónap</td> <td>100%</td> <td>50%</td> <td>25%</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>4 hónap</td> <td>150%</td> <td>75%</td> <td>37,5%</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>5 és ennél több hónap</td> <td>200%</td> <td>100%</td> <td>50%</td> <td>20%</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. A biztosítási összeg tartam alatt történő emelése esetén, ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást.</p> <p>A biztosító szolgáltatása biztosítási évenként (azaz két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszakban) legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosa, két egymást követő biztosítási évben a biztosítási összeg ötszöröse lehet.</p> <p>4. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosítottan</p> <ol style="list-style-type: none"> nem betegség, vagy nem baleset miatt végzett plasztikai műtét, betegség miatt végzett, bármilyen kis- és közepes műtétnek minősülő fogászati, szájsebészeti beavatkozás, diagnosztikus célból végzett bármilyen beavatkozás, beleértve a kimetszéseket, az endoscopos, vagy punkciós mintavételeket, a katheteres vizsgálatokat is, nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítás, a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása esetén. 	Opcionális fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka				Kiemelt műtét	Nagy műtét	Közepes műtét	Kis műtét	1 hónap	10%	5%	2,5%	1%	2 hónap	20%	10%	5%	2%	3 hónap	100%	50%	25%	10%	4 hónap	150%	75%	37,5%	15%	5 és ennél több hónap	200%	100%	50%	20%
Opcionális fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka																																		
	Kiemelt műtét	Nagy műtét	Közepes műtét	Kis műtét																															
1 hónap	10%	5%	2,5%	1%																															
2 hónap	20%	10%	5%	2%																															
3 hónap	100%	50%	25%	10%																															
4 hónap	150%	75%	37,5%	15%																															
5 és ennél több hónap	200%	100%	50%	20%																															
<p>Esedékesség</p> <p>5. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a műtét elvégzésének napja.</p>																																			

A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok

6. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges
- a) a műtétről szóló orvosi dokumentáció,
 - b) fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés,
 - c) ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító erre vonatkozó irat bemutatását kérheti.

A biztosított köteles a biztosítási eseményt a szolgáltatáshoz szükséges iratokkal együtt a biztosítónak 30 napon belül bejelenteni. Fekvőbeteg-gyógyintézetben elvégzett műtét esetén az iratokat legkésőbb a gyógyintézetből való elbocsátást követő 30 napon belül kell benyújtani.

Budapest, 2022. december 30.

A KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
<p>1. A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelésének megkezdése, a baleset vagy betegség bekövetkezését követő egy éven belül, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.</p> <p>Fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelés: Jelen szerződési feltételek alapján fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésnek tekintendő az aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) történő gyógykezelés. Aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) olyan fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályok (részlegek, ágyak) értendők, amelyeken az orvosi szakterületenként szervezett osztályok, részlegek (pl. belgyógyászat, sebészet stb., de ide sorolandók az intenzív osztályok, részlegek is) állandó és folyamatos, aktív orvosi és ápolási ellátást igénylő betegeket látnak el.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási eseménynek a fedezet létrejöttét követő bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:</p> <table border="1" data-bbox="813 385 1474 640"> <thead> <tr> <th>Opcionális fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th> <th>Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 hónap</td> <td>5%-a</td> </tr> <tr> <td>2 hónap</td> <td>10%-a</td> </tr> <tr> <td>3 hónap</td> <td>50%-a</td> </tr> <tr> <td>4 hónap</td> <td>75%-a</td> </tr> <tr> <td>5 és ennél több hónap</td> <td>100%-a</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. A biztosítási összeg tartam alatt történő emelése esetén, ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást.</p> <p>4. A biztosítási fedezet önrésszel köthető. Az önrész az a szerződő által választott és a szerződésben napokban meghatározott időtartam, amelyre a biztosító nem nyújt szolgáltatást. A választható önrész időtartamát (napok számát) az Általános Szerződési Feltételek 4. számú melléklete tartalmazza.</p> <p>5. A kórházi napi térítést az 1. pont szerint megkezdődött fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodás kezdetének napjától a gyógyintézeti tartózkodás befejezésének napjáig, a gyógyintézeti tartózkodás önrésznapokkal csökkentett, naptári napokban számított időtartamára nyújtja a biztosító. A biztosító biztosítási eseményenként legfeljebb 90 napra nyújt kórházi napi térítést. A biztosító egy biztosítási évben legfeljebb 180 napra, két egymást követő biztosítási éven belül pedig legfeljebb 200 napra nyújt szolgáltatást.</p> <p>A biztosító nem teljesít kórházi napi térítést azokra a napokra, amelyeken</p> <ol style="list-style-type: none"> a biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy a fekvőbeteg-gyógyintézetben tartózkodás – annak kezdő és befejező napját kivéve – 24 óránál rövidebb. <p>A biztosító – betegség vagy baleset esetén – terhelességenként maximálisan 14 napra nyújt szolgáltatást.</p> <p>6. A biztosító a kórházi napi térítés összegét úgy számítja ki, hogy a biztosítási esemény 4. pont szerinti napjainak számát megszorozza a biztosítási esemény bekövetkezésének napján érvényes biztosítási összeggel.</p> <p>7. Ha az 1. pont szerint megkezdődött gyógykezelés időtartama alatt olyan újabb betegség vagy baleset következik be, amely ugyancsak orvosilag indokolt és szükséges fekvőbeteg-gyógykezeléssel jár, akkor ez – a biztosító térítésének mértéke és az önrész szempontjából – új biztosítási eseménynek minősül. Ennek feltétele, hogy az újabb betegség vagy baleset miatt a fekvőbeteg-gyógykezelés időtartama hosszabb a korábnál, kivéve, ha az újabb betegség vagy baleset okozati összefüggésben áll az előző biztosítási eseménnyel megalapozó betegséggel vagy balesettel.</p>	Opcionális fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg	1 hónap	5%-a	2 hónap	10%-a	3 hónap	50%-a	4 hónap	75%-a	5 és ennél több hónap	100%-a
Opcionális fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg												
1 hónap	5%-a												
2 hónap	10%-a												
3 hónap	50%-a												
4 hónap	75%-a												
5 és ennél több hónap	100%-a												

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>8. A biztosító az alábbi esetekben is teljesít szolgáltatást a biztosított – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése alapján, feltéve, ha a fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésre a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével kerül sor:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) terhesség, b) szülés, c) fogászati kezelés, d) fogászati protézisek készítése, e) állkapocs-ortopédiai, illetve állkapocs-sebészeti beavatkozás(ok) esetén. <p>9. A biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítása, b) krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegesen, ágyon) való ellátása, c) pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátása, d) alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodása, e) terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúrás kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása, f) fizioterápiás, fizioterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése esetén.
<p>Esedékesség</p> <p>10. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.</p>	
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok</p> <p>11. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi irat bemutatása szükséges fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés.</p> <p>A biztosított köteles a biztosítási eseményt a szolgáltatáshoz szükséges iratokkal együtt a biztosítónak 30 napon belül bejelenteni. Az iratokat legkésőbb a fekvőbeteg-gyógyintézetből való elbocsátást követő 30 napon belül kell benyújtani.</p>	

Budapest, 2022. december 30.

RÁKDIAGNOSZTIKÁRA ÉS ORVOSI BETEGVEZETÉSRE SZÓLÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Általános információk	
<p>1. A közlési és változásbejelentési kötelezettség tekintetében az Általános Szerződési Feltételekben foglalt, a biztosítóra vonatkozó szabályok a szolgáltatóra is érvényesek. A közölt adatokat a szolgáltató is jogosult ellenőrizni.</p>	
Fogalmak	
<p>2. Daganatos megbetegedés: A szervezetben kialakuló olyan kóros növekedésforma, amelyben a génhibákat hordozó sejtek a daganatos átalakulásuk következtében – elveszítve a normális növekedési, osztódási kontrollra adott válaszkészséget – képesek a sejtosztódási folyamat szabályozó hatásainak érvényesülése nélküli, szabálytalan, korlátlan növekedésre/osztódásra.</p> <p>A biztosító egészségügyi szolgáltató partnere (a továbbiakban szolgáltató): Az aki a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja.</p> <p>A biztosítóval szerződött szolgáltató adatai: ONKOMPLEX Rákdiasztika és Asszisztencia Kft. Levelezési cím: ONKOMPLEX Kft., 1012 Budapest, Kuny Domokos utca 13-15. Tel: +36 (1) 999-0483 Fax: +36 (1) 700-2370 E-mail: allianz@onkomplex.hu</p> <p>A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak: munkanapokon 8.00-20.00 óra között.</p> <p>A szolgáltató együttműködő partnere: A szolgáltatóval együttműködő további egészségügyi szolgáltató. A tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, vagy jogi személy.</p>	
Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>3. A biztosítási esemény bekövetkezik, ha</p> <p>a) a biztosított számára, daganatos betegség gyanúja miatt a házi-orvos, az illetékes szakorvos, vagy magánorvos írásban további szakorvosi vagy diagnosztikus vizsgálatot rendel el. A további vizsgálat elrendelésére a kockázatviselési időszakban, a fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül fellépett bármilyen daganat gyanú miatt kell, hogy sor kerüljön, amelyre a beteg állapota/panaszai mellett az adott terület szakorvosa által végzett fizikális-, vagy eszközös vizsgálat, illetve egyéb diagnosztikus vizsgálati eredmények (képalkotó-, vagy szűrővizsgálat, endoszkópos vizsgálat, szövettani-, vagy cytológiai vizsgálat, emelkedett labor paraméterek/tumor marker szintek) alapján lehet következtetni.</p> <p>b) bőrgyógyászati daganatok esetében a biztosítottnál a rosszindulatú daganatot bőrgyógyász szakorvos diagnosztizálta és a rosszindulatú betegség vonatkozásában további kivizsgálást javasol.</p> <p>Előzménynek tekintendő az ajánlattétel előtt már meglévő olyan betegség vagy elváltozás, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésbe hozható.</p> <p>4. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a 4. pontban meghatározott orvos általi további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálat előírásának időpontja.</p>	<p>5. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött szolgáltató által szervezett és lebonyolított – szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak.</p> <p>Az opcionális fedezet létrejöttétől eltelt első 4 hónapban:</p> <p>Szóbeli tanácsadás</p> <p>A biztosítási eseménynek a opcionális fedezet létrejöttét követő első 4 hónapban történő bekövetkezése esetén a szolgáltató szóbeli tanácsadás szolgáltatást nyújt a biztosítottnak. A szolgáltatás a szolgáltatónál, személyes konzultáció keretében vehető igénybe.</p> <p>Az opcionális fedezet létrejöttétől eltelt 5. hónaptól:</p> <p>I. Indító konzultáció</p> <p>A biztosító a szolgáltató által megadott helyen és annak segítségével állapotfelmérő konzultációt tart a biztosítottal, melynek keretében belgyógyászati és/vagy onkológiai vizsgálatot végez.</p>

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>II. Komplex és vezetett daganat diagnosztika</p> <p>A biztosító a szolgáltató útján vállalja</p> <p>a) az adott daganat típusban szakmailag indokolt legkorszerűbb diagnosztikus vizsgálatok teljes körű megszervezését és elvégzését (ide értve az endoszkópos vizsgálatokat; patológiát; képalkotó diagnosztikát, úgymint pl. a PET-CT, MRI, CT stb.; valamint a személyre szabott genetikai és/vagy molekuláris diagnosztikai vizsgálatokat is), továbbá</p> <p>b) a jelen 5. pontban meghatározott vizsgálatok eredménye alapján a szolgáltató által meghatározott szakértői csoport véleményének és kezelési javaslatának elkészítését a következő tartalommal:</p> <ul style="list-style-type: none"> – a biztosított állapotához, klinikai profiljához optimálisnak tekintendő, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában már törzskönyvezett terápiás lehetőségek, – a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában még csak klinikai kutatási programok keretei között elérhető kezelési lehetőségek felkutatása és szakmai véleményezése, – a közép- és hosszú távú kezelési és rehabilitációs stratégia kialakítása. <p>III. Orvosi betegvezetés</p> <p>Az orvosi betegvezetés keretében a biztosító a szolgáltató útján az alábbi szolgáltatásokat nyújtja.</p> <p>a) Szakszerű, folyamatos orvosi betegvezetés, melynek során a biztosított a teljes diagnosztizálási folyamat alatt rendszeres és részletes írásos és szóbeli tájékoztatást kap a szükséges vizsgálatokról, továbbá választ a felmerülő kérdéseire, valamint részletes tájékoztatást és életvezetési, gyakorlati tanácsokat.</p> <p>b) Koordinálja a biztosított állapota miatt szükséges magas szakmai színvonalú szakorvosi egyeztetéseket, megszervezi a szakmailag indokolt konzultációkat és/vagy vizsgálatokat, nyomon követi a biztosított állapotát, továbbá lehetővé teszi a betegvezetést végző orvos telefonos elérhetőségét munkanapokon 12 órában (8.00-20.00 óra között).</p> <p>c) Az orvos szakmailag indokolt diagnosztikus vizsgálatok megszervezését követően megszervezi a terápiás stratégia, illetve kezelési javaslat kialakításához szükséges szakterületi egyeztetéseket, továbbá lehetőséget ad a biztosítottnak az adott terület sebész, sugárterapeuta és klinikai onkológus szakértőivel szakértőnként egy-egy átlagosan 45 perces konzultációra. A konzultáción a biztosított részletes tájékoztatást kaphat, felteheti kérdéseit a betegséggel, valamint az állapotával és a rendelkezésre álló kezelési lehetőségekkel kapcsolatosan.</p> <p>A biztosító – a szolgáltató útján – a jelen pontban meghatározott biztosítási szolgáltatás keretében a fentiekben túl összeállítja a szolgáltató szakértői véleményét és kezelési javaslatát.</p> <p>IV. Klinikai kutatási programban való részvétel elősegítése</p> <p>A biztosító a szolgáltatón keresztül az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:</p> <p>a) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában még csak klinikai kutatási fázisban elérhető kezelési lehetőségeket feltérképezi, ezekről orvosi szakmai véleményt nyújt és egy átlagosan 45 perces személyes szakértői konzultációs lehetőséget biztosít.</p>

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>b) Ezt követően – amennyiben a biztosított erre igényt tart – megszervezi a biztosított klinikai kutatási programba történő bekerüléséhez szükséges első orvosi vizitet a következők szerint:</p> <ul style="list-style-type: none"> – összeállítja a szükséges klinikai dokumentációt, – felveszi a kapcsolatot a vizsgálati centrummal, – megszervezi az első orvosi vizsgálati vizitet, továbbá – a biztosított erre vonatkozó igénye esetén megszervezi a vizsgálatba való beválasztáshoz szükséges tolmácsot és/vagy kíséret és a biztosított utazását, valamint szállását. <p>A b) pontban meghatározott biztosítási szolgáltatások keretében a biztosító kizárólag a szolgáltatások megszervezéséért felel, a felmerült költségeket nem viseli.</p> <p>Az első orvosi vizsgálati vizit megszervezésére kizárólag akkor kerül sor, ha az adott klinikai vizsgálati centrum befogadó kapacitása és az általa megszabott követelmények ezt lehetővé teszik.</p> <p>Kizárások</p> <p>6. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a műtétet, sebészeti beavatkozást igénylő mintavétel költségeire (különösen laparotomia, mediastinoscopia, VATS, agyi biopszia, vese eltávolítás, here eltávolítás, abrasio stb).</p> <p>7. Az 5. IV. pontban a klinikai vizsgálatok szelektálása, monitorozása nem indokolt és a biztosító nem teljesít szolgáltatást a jóindulatú daganatok esetében, illetve azon rosszindulatú daganatok esetében, ahol nincs áttétképződés és a daganat „in toto” (teljes egészében történő) sebészeti eltávolítása definitív gyógyulást eredményez.</p> <p>Közös szabályok, a teljesítés módja, ideje</p> <p>8. Az 5.pontban szereplő biztosítási szolgáltatásokat a biztosító összehatár nélkül teljesíti.</p> <p>9. Az 5. pont szerinti szolgáltatások kizárólag a szolgáltató közreműködésével vehetők igénybe.</p> <p>A biztosító a szolgáltatásokat a szolgáltatóval egyeztetett időpontban nyújtja a biztosítottnak.</p> <p>10. A kivizsgálási folyamat csak akkor kezdődik, amikor a biztosított állapota ezt lehetővé teszi, és a daganat gyanúját felvető vizsgálati eredmény(ek) birtokában az előre közösen egyeztetett időpontban a biztosított megjelenik az orvosi konzultáción.</p> <p>A szükséges vizsgálatok a biztosított teljes együttműködése, a vizsgálatokon való pontos megjelenése és a vizsgálatokhoz, kivizsgálási folyamathoz való hozzájárulása esetén végezhetőek csak el.</p> <p>Amennyiben a biztosított egészségi állapota fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást tesz indokolttá, akkor a beteg komplex kivizsgálására, a szükséges vizsgálatokra a fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást követő időszakban kerül sor.</p> <p>Amennyiben a biztosított állapota nem teszi lehetővé egy-egy adott vizsgálat elvégzését, vagy a vizsgálati eredményt kétségesé teszi, akkor a szükséges vizsgálatokra akkor kerül sor, amikor a biztosított alkalmassá válik az adott vizsgálat elvégzésére.</p> <p>11. A biztosított a opcionális fedezet alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.</p> <p>12. A biztosítási szolgáltatás – kivéve az 5. IV. pontban meghatározott Klinikai kutatási programban való részvétel elősegítése szolgáltatást – kizárólag Magyarországon vehető igénybe.</p>

Az opcionális fedezet létrejötte

13. Az Általános Szerződési Feltételekben foglaltaktól eltérően egy biztosítottra egy biztosítási csomag és az opcionális fedezet egyidejűleg is vonatkozhat.

A biztosított belépési kora

14. A biztosított belépési kora az opcionális fedezet létrejöttekor 18-70 év lehet.

Esedékesség

15. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkeztének napja.

A szolgáltatás iránti igény bejelentése

16. A biztosított a biztosítási eseményt a szolgáltatónál telefonon, illetve a szolgáltató kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével írásban jelenti be.

Szerződő és biztosított tudomásul veszi, hogy a biztosított – kifejezett kérésére, az általa megadott e-mail címre – a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatással kapcsolatban a személyes és különleges adatait tartalmazó válaszlevelet kaphat.

17. A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát, valamint az Egészségprogram szerződés szerződőjét.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- az Egészségprogram szerződés szerződésszáma,
- a biztosított neve,
- a biztosított édesanyjának neve,
- a biztosított születési ideje.

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során a szolgáltató minden esetben azonosítja a biztosítottat.

A szolgáltató által megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele során a szolgáltató együttműködő partnere azonosítja a biztosítottat személyes adatai alapján. Ha a biztosított személye nem azonosítható, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybe vételére nem jogosult.

18. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához a biztosító és/vagy a szolgáltató az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatását kérheti:

- a) orvosi, szakorvosi beutaló vagy javaslat az 5. pontban szereplő ellátásokra,
- b) az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
- c) a bejelentést megelőző 6 hónap teljes orvosi dokumentációja.

19. A biztosító és a szolgáltató jogosult a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát ellenőrizni, a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot felülvizsgálni. A felülvizsgálat eredményeképpen a szolgáltató megtagadhatja az 5. pont szerinti szolgáltatások nyújtását azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

A opcionális fedezet megváltoztatása

20. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a szerződőnek az opcionális fedezet tartama alatt nincs lehetősége a fedezet szolgáltatásának megváltoztatására.

21. Az alapt biztosítási szerződés tartama alatt a fedezet biztosítottjára egyidejűleg több, a jelen szerződési feltételek szerinti opcionális fedezet nem vonatkozhat.

A opcionális fedezet megszűnése

1. Az Általános Szerződési Feltételekben foglalt megszűnési okokon kívül az opcionális fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor a biztosítási esemény bekövetkezik.

Adatkezelés

23. A biztosító a szolgáltatás teljesítése érdekében külső szolgáltatót vesz igénybe, az ONKOMPLEX Rákdiaosztika és Asszisztencia Kft.-t, aki jogosult további alvállalkozókat is bevonni. Az ellátásszervező és szolgáltatók az egészségi adatok kezelése során a önálló adatkezelőként járnak el.

A biztosított az ajánlat, illetve a fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul veszi, hogy a biztosítási szolgáltatás nyújtása során a biztosító szerződött partnere, az Onkomplex Rákdiaosztika és Asszisztencia Kft. mint szolgáltató a telefonbeszélgetéseket rögzíti, erről a tényről a biztosítottat a szolgáltatás igénybevétele előtt minden esetben tájékoztatja. A rögzített telefonbeszélgetéseket a biztosító, valamint szolgáltató a Bit. által meghatározott ideig kezeli, a kiszervezett tevékenység keretei között, és az Európai Parlament és a Tanács 2016/679/ rendelete (Általános Adatvédelmi Rendelet, GDPR) alapján továbbá az Információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Infotv.) alapján.

24. A szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve az opcionális fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul vette, hogy a jelen opcionális fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezeli és – meghatározott gyakorisággal – a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja. Az adatok köre:

- szerződésszám,
- opcionális fedezet tartamának kezdete,
- szerződő és biztosított neve,
- biztosított neme,
- biztosított édesanyja neve,
- biztosított születési helye és ideje,
- biztosított címe,
- biztosított e-mail címe, mobiltelefonszáma.

A biztosított tudomásul veszi, hogy a szolgáltatás teljesítése érdekében a szolgáltató a vele szerződött együttműködő partnerek számára továbbítja az alábbi adatokat:

- a biztosított neve,
- biztosított édesanyja neve,
- születési ideje, továbbá
- a biztosított személyes és különleges (azaz egészségi) adatai.

A biztosított az ajánlat, illetve az opcionális fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító és a szolgáltató az egészségügyi adatait nyilvántartsa, kezelje, a szolgáltatás és a kárrendezés során felhasználja, az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze, a hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően.

25. Ha a biztosított a szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentációnak a szolgáltató, vagy annak alvállalkozói részére történő továbbadását megtagadja, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybevételére nem jogosult.

Egyéb szabályok

26. A biztosító nem vállal felelősséget a szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a (kért) tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve azok helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkért.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

27. Az opcionális fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
- b) a biztosító szolgáltatása a fedezet tartamából eltelt idő szerint lépcsőzetes,
- c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
- d) a biztosított belépési kora 18-70 év lehet.

Budapest, 2022. december 30.