# Medikon Biztosító Egyesület

## „Nemzetközi Beutaló” Biztositás Általános és Különös Biztosítási Feltételek

Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre Általános és Különös Biztosítási Feltételei

Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre Általános és Különös Biztosítási Feltételei

### 1. § Általános rendelkezések

(1) Jelen Általános Biztosítási Feltételekben és az annak részét képező • mindenkor hatályos 1., 2., 3. és 4. számú mellékletben, valamint

- a mindenkor hatályos Egészségbiztosítási adatvédelmi tájékoztatóban, valamint
- a mindenkor hatályos Kiegészítő ügyfél-tájékoztatóban foglalt rendelkezések, a Különös Biztosítási Feltételekkel (a továbbiakban: Különös Biztosítási Feltételek) együtt (a továbbiakban együttesen: Biztosítási Feltételek) – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az Medikon Biztosító Egyesület (székhelye: 1137 Budapest, Tarhos utca 21782/3 B. ép, a továbbiakban: Biztosító) Nemzetközi Beutaló biztosítás szerződéseinek (a továbbiakban: Egészségbiztosítás) feltételeit képezik, feltéve, hogy az Egészségbiztosítási szerződést a jelen Általános és Különös Biztosítási Feltételekre való hivatkozással kötötték. A Különös Biztosítási Feltételek a jelen Általános Biztosítási Feltételektől eltérhetnek, az Általános Biztosítási Feltételek és a Különös Biztosítási Feltételek eltérése esetén a Különös Biztosítási Feltételek rendelkezései az irányadók. A Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek, az Általános és Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben pedig a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény, valamint az egyéb és a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.

(2) Az Egészségbiztosítás keretében nyújtott külföldi gyógykezelésekre a külföldi gyógykezelés helye szerinti külföldi jogszabályok az irányadók, melyek eltérőek lehetnek a magyar egészségügyi szabályoktól.

(3) Az Egészségbiztosításnak nem célja a magyar és a külföldi gyógykezelés összehangolása és a kettő közötti átjárás biztosítása, az Egészségbiztosítás ezekre nem terjed ki. Az Egészségbiztosítás csak és kizárólag a jelen Biztosítási Feltételekben foglalt szolgáltatásokat foglalja magában.

### 2. § Fogalmak és meghatározások

Jelen paragrafusban meghatározott fogalmak a jelen Általános Biztosítási Feltételek és a Különös Biztosítási Feltételek értelmezése vonatkozásában alkalmazandók.

**Ajánlati dokumentáció:** Biztosítási ajánlat, ideértve az Egészségi nyilatkozatot is, a Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre Általános és Különös Biztosítási Feltételeit, Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre Termékismertetőt, Egészségbiztosítási adatvédelmi tájékoztatót, Kiegészítő ügyfél-tájékoztatót, Nyilatkozat az ügyfél-

tájékoztatásról, valamint Nyilatkozat az elektronikus kommunikációról elnevezésű dokumentumokat. Alkoholizmus: szesztartalmú italok rendszeres fogyasztásához köthető, szomatikus-pszichés kóros elváltozások együttese, amikor a testi-lelki megbetegedés, károsodás kóroki tényezőjeként az alkohol tartós és egészségre káros mértékű fogyasztása jelölhető meg.

**Alternatív gyógyászat:** orvosi és egészségügyi rendszerek, eljárások és termékek, melyek jelenleg nem tartoznak a hagyományos gyógyászat körébe és a standard eljárások közé, különösen, de nem kizárólagosan: akupunktúra, aromaterápia, kiropraktika, homeopátiás gyógyászat, természetgyógyászat, Ájurvéda, hagyományos kínai gyógyászat, oszteopátia, kineziológia.

**Baleset:** a kockázatviselés ideje alatt a Biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő, olyan egyszeri külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amelynek következtében az emberi szervezetben heveny módon anatómiai és funkcionális károsodás, maradandó elváltozás következik be. Nem minősül balesetnek a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség, a rovarcsípés, a fagyás, a kihűlés, a napszúrás, a nap általi égés, a hőguta, a szilárd, folyékony, légnemű anyagok bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülés, a Biztosított elme vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkező esemény és az orvosi műhiba. Továbbá nem minősül balesetnek a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény, a Biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülése.

**Betegség:** az emberi test és részeinek, működésének azonosítható és jellegzetes tünetekkel és/vagy tartós anatómiai és/vagy funkcionális elváltozással együtt járó rendellenessége, károsodása, melyet a megfelelő szakképesítéssel rendelkező orvos diagnosztizál és erősít meg. Jelen biztosítás vonatkozásában egy betegségnek kell tekinteni az azonos okból vagy egymással összefüggő okokból kialakult összes betegséget és sérülést. Ha egy betegséget ugyanaz vagy azzal összefüggő tényező okoz, mint egy korábbi betegséget (ideértve a korábbi betegség következményeit és a korábbi betegségből származó komplikációkat), akkor az új betegség a korábbi betegség folytatásának tekintendő, s nem egy önálló betegségnek.

**Biztosítási ajánlat:** az Egészségbiztosítási szerződést megalapozó, az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttéhez szükséges minden lényeges adatot tartalmazó dokumentum, amelyen a Szerződő ajánlatot tesz az Egészségbiztosítási szerződés megkötésére.

**Biztosítási díj:** a Biztosító kockázatvállalásának ellenértéke, melyet a Szerződő köteles megfizetni.

**Biztosítási esemény:** a Biztosító által a Különös Biztosítási Feltételekben biztosítási eseményként meghatározott, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező váratlan esemény, amelynek bekövetkezése esetén a Biztosító a Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja, amennyiben szolgáltatási kötelezettsége egyébként fennáll.

**Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak. Biztosítási évforduló: minden naptári évben a kockázatviselés kezdetének naptári napja; amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.

**Biztosítási hónap:** két egymást követő biztosítási hónapforduló közötti időszak.

**Biztosítási hónapforduló:** minden naptári hónapban a kockázatviselés kezdetének megfelelő naptári nap; amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.

**Biztosítási időszak:** az az időszak, amelyre a biztosítási díj vonatkozik. A biztosítási időszak egy biztosítási év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számított egy évig tart.

**Biztosítási kötvény:** a Biztosító által kibocsátott, az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttét és a biztosítási fedezet tartalmát igazoló dokumentum.

**Csíravonalteszt:** öröklődő (csíravonal) mutációk genetikai vizsgálata a személyre szabott rákkezeléshez, melynek célja, hogy feltárja a Biztosított öröklött hajlamát bizonyos rákos megbetegedésekre. A genetikai vizsgálatot nyál vagy vérmintából végzik. A Biztosított családtagjai is örökölhetik az azonosított mutációkat, így a teszt eredménye számukra is értékes információval szolgálhat.

**Díjtétel:** a fizetendő biztosítási díjat a Biztosító a biztosítási díjszámítás során határozza meg. A díjtétel a biztosítási díj megállapításához alkalmazott egyik díjszámítási tényező. Egyes esetekben a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint a Biztosító a díjtételt egyoldalúan módosíthatja, ez a módosítás a díjszámítás útján a biztosítási díj változását eredményezi.

**Egészségi nyilatkozat:** a Biztosított egészségi kockázatainak felmérésére szolgáló dokumentum, mely a jelen Egészségbiztosításra vonatkozó ajánlat kockázatelbírálásának alapját képezi.

**Helyreállító műtét:** olyan eljárás, melynek célja szervek és szövetek struktúrájának helyreállítása a funkcióvesztés korrigálása érdekében.

**Hozzátartozó:** a közeli hozzátartozó, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és a testvér házastársa.

**Kardiológus szakorvos:** ez irányú végzettséggel rendelkező orvos, aki a szív és érrendszeri rendellenességek, betegségek diagnosztizálására és kezelésére specializálódott.

**Kezelési terv:** az orvosok és egészségügyi szakemberek által készített, a Biztosított állapotának kezelésére szóló előzetes fedezetigazolás részét képző dokumentáció, mely tartalmazza a gyógykezelések tervezett számát, típusát, formáját, a diagnosztikus vizsgálatok számát, típusát, formáját, illetve fentiek időbeni tervezett menetrendjét. A kezelési terv a Biztosított állapotának függvényében az eredeti kezelési tervhez képest több alkalommal is megváltozhat.

**Kiméra antigénreceptorral felruházott T-sejt (CAR-T) sejtterápia:** olyan kezelési mód, melynek során genetikailag úgy módosítják a beteg véréből levett T-sejteket (amely az immunrendszer sejtjeinek egy fajtája), hogy újfajta receptoraikkal képesek legyenek a daganatsejtek felismerésére és elpusztítására, miután visszajuttatják őket a beteg vérébe. A CAR T-sejtes kezelés lényege, hogy a beteg szervezetéből kinyerik a T-sejteket, ezt követően laboratóriumban módosítják a beteg T-sejtjeit azáltal, hogy olyan gént juttatnak be, amely hatására a T-sejtek elkezdenek daganatellenes receptorokat termelni. A betegbe infúzió formájában juttatják vissza a módosított T-sejteket.

**Kísérleti gyógyellátás:** orvosi, egészségügyi és műtéti felhasználásra, használatra szánt eljárások, folyamatok, kezelések, eszközök, gyógyszerek és gyógyszerészeti termékek, melyeket a nemzetközi orvosszakma által elismert különböző tudományos szervezetek még nem fogadtak el általánosan biztonságos, hatékony és megfelelő módszernek a betegségek és sérülések gyógyítására, kezelésére. Azok a módszerek is idetartoznak, melyek kutatási, tesztelési fázisban vagy klinikai kísérletek bármelyik fázisában vannak.

**Kísérő:** a Biztosított által megjelölt, egy nagykorú személy, aki elkíséri a Biztosítottat a külföldi gyógykezelésre, valamint a keretében igénybe vett klinikai kutatás helyszínére, amennyiben az a lakóhelytől 100 km-nél távolabb található. Kizárás: olyan, a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott helyzet vagy állapot, illetve körülmény, melyre az Egészségbiztosítás nem nyújt fedezetet. Kizárt kockázatok esetén a Biztosító szolgáltatást nem teljesít. Kognitív zavarok: olyan rendellenességek, melyek jelentősen és oly mértékben rontják az egyén kognitív funkcióit, hogy társadalmi beilleszkedése kezelés nélkül lehetetlen (meghatározás a „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)" című könyv legfrissebb verziója szerint).

**Kórház:** az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai felügyelet által elismert, működési, hatósági engedéllyel rendelkező fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi jelenlét mellett, állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt áll, és megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, valamint kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik. Jelen Egészségbiztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol és kábítószer-függőséget kezelő intézmények, a psychiátriai / mentális betegek gyógy- és gondozóintézetei, a geriátriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.

**Kórházi ápolás:** az egészségügyi ellátás országának kórházában legalább egy éjszakányi kórházi benntartózkodást szükségessé tevő gyógykezelés a külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében. Közeli hozzátartozó: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha és a nevelőszülő és a testvér. Külföldi gyógykezelés: orvosszakmai szempontból indokolt, Magyarországon kívül végrehajtott, az Egészségbiztosítási szerződésben fedezett és az Ellátásszervező által kórházban megszervezett egészségügyi ellátás.

**Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatás:** a Biztosító az Ellátásszervezőn keresztül azon, az Egészségbiztosítási szerződésben fedezett, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó szolgáltatása, melynek keretében a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint megszervezi és finanszírozza a Biztosított külföldi gyógykezelését, ideértve a Biztosított és jogosult Kísérő (szállodai) elhelyezését és utazását.

**Külföldi kezelőorvos:** a Biztosított által választott országban a Biztosított kezelését végző orvos, aki orvosi szakképesítéssel és az illetékes egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel rendelkezik, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai feltételeknek megfelelően nyújt egészségügyi szolgáltatásokat.

**Külföldi kórház:** Magyarországon kívüli kórház. Magánkórház: olyan egészségügyi intézmény, amelyet nem az állam, hanem magánszemélyek vagy magánvállalatok működtetnek.

**Második orvosi szakvélemény szolgáltatás:** azon, az Egészségbiztosítási szerződésben fedezett, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott betegségekhez kapcsolódó szolgáltatás, melynek keretében egy, a szóban forgó betegség ellátásában jártas, a betegségnek megfelelő szakképesítéssel és működési engedéllyel rendelkező szakorvos részletesen áttekinti a Biztosított orvosi dokumentációit, majd a korábbi diagnózishoz kapcsolódó második orvosi szakvéleményt állít ki.

**Megelőző terápiák:** bármilyen orvosi eljárás vagy gyógyszerhasználat, amely kizárólag a rák kialakulása kockázatának csökkentésére irányul. Ilyen például különösen, de nem kizárólagosan a profilkátokul

(megelőző) műtét, amely során olyan szöveteket vagy szerveket távolítanak el, amelyek jelenleg nem tartalmaznak rákos sejteket.

**Meglévő betegség:** olyan betegség vagy egészségi állapot, melyet az Egészségbiztosítás kockázatviselésének kezdetét megelőző 10 évben kivizsgáltak vagy diagnosztizáltak, kezeltek, továbbá minden olyan betegség vagy egészségi állapot, amelynek orvosilag dokumentált tünetei a kockázatviselés kezdetét megelőző 10 évben jelentkeztek.

**Módosított szövet alapú készítmények:** olyan sejteket vagy szöveteket tartalmazó készítmények, mely sejteket vagy szöveteket úgy módosítottak, hogy alkalmasak legyenek emberi szövetek helyreállítására, regenerálására vagy pótlására.

**Műtét:** orvos által a mindenkori orvosszakmai szabályoknak megfelelően kórházban végzett sebészeti jellegű, invazív, terápiás célú beavatkozás, amelyet betegség, egészségügyi károsodás kezelése (pl. gyógyítás, funkció javítás, tünetek megszüntetése) céljából hajtottak végre, és amelynél a beavatkozást végző orvos és kórház a szükséges hatályos, érvényes engedélyekkel rendelkezik.

**Nem invazív és „in situ" rosszindulatú daganat:** szövettani vizsgálattal igazolt, olyan rosszindulatú vagy a rosszindulatúság bizonyos kritériumainak megfelelő daganat, mely nem terjed tovább azon sejtrétegről, ahol kialakult, és nem támadja meg a szövetközti állományt vagy a környező szöveteket vagy környező ereket, nyirokereket.

**Online portál:** az Ellátásszervező által üzemeltetett olyan internetes felület, ahol a Biztosított a felületre történő és az Ellátásszervező részére megadott regisztrációt követően az ellátásszervezéshez kapcsolódó nyilatkozatait megteheti, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatásokat megigényelheti, hiánypótlásoknak eleget tehet, az igény elbírálásához szükséges egészségügyi dokumentumokat feltöltheti.

**Orvos:** olyan szakember, aki orvosi szakképesítéssel és az illetékes egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel rendelkezik, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai feltételeknek megfelelően nyújt egészségügyi szolgáltatásokat.

**Orvosszakma:** orvosi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) feltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben.

1 Jelen szabályzat hatálybalépésekor az Online Egészségportált az Ellátásszervező által működtetett MediGuide platform szolgálja ki. Orvosszakmai szempontból indokolt egészségügyi szolgáltatás az alábbi ismérvek mindegyikének megfelelő olyan egészségügyi szolgáltatás:

- melyet abból a célból írtak elő, hogy az Egészségbiztosítási szerződésben fedezett, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott betegségek kezelésével és a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott orvosi beavatkozások elvégzésével javítsák a Biztosított egészségi állapotát;

- amely hatékonynak bizonyult az egészségi állapot javításában, valamint az alkalmazott eljárások jellegét, rendszerességét és hosszát tekintve, összhangban van a diagnózissal az orvosi szakirodalom alapján, továbbá tudományosan alátámasztott amerikai, brit és európai irányelvek 2 alapján;

• amelyek a hasonló eredményeket elérő alternatív gyógykezelésekkel (ideértve a kezelés hiányát) összehasonlítva költséghatékonyabbak;

• amelyek a Biztosított és/vagy orvosa kényelmét szolgáló okokon túl egyéb okok miatt szükségesek. Önmagában az a tény, hogy egy orvos ajánl, előír, elfogad vagy elvégeztet egy egészségügyi ellátást, nem jelenti szükségszerűen azt, hogy az a jelen Biztosítási Feltételek alapján orvosszakmai szempontból indokoltnak minősül. (személyre szabott orvoslás): az Ellátásszervező megszervezi és finanszírozza a Különös Biztosítási Feltételek 27. §-nak

**Protézis:** olyan eszköz, amely egy emberi szerv egészét vagy részét, vagy egy működésképtelen és diszfunkcionáló testrész funkcióját részben vagy egészben helyettesíti, pótolja.

**Sérülés:** a Biztosított testét ért fizikai károsodás. Szerződéshez regisztrált e-mail cím: az az e-mail cím, amelyet a Szerződő/Biztosított elektronikus kommunikáció céljából az erre vonatkozó nyilatkozatban az Egészségbiztosítási szerződéshez megadott.

**Szolgáltatásfinanszírozás:** a Különös Biztosítási Feltételekben biztosítási szolgáltatásként meghatározott költségek részben vagy egészben történő megtérítése a jelen Biztosítási Feltételek szerint.

**Szolgáltatási időszak:** a szolgáltatási időszak az adott fedezet vonatkozásában attól a naptól kezdődik, amikor az Ellátásszervező jóváhagyja az első szolgáltatási igénybejelentést. Ettől az időponttól számítva a szolgáltatási időszak 39 hónapig tart. Minden, a Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ban meghatározott fedezethez külön szolgáltatási időszak kerül meghatározásra. A biztosítás a szolgáltatási időszak alatt fedezi a jogos szolgáltatási igénnyel kapcsolatban felmerülő biztosítási szolgáltatásokat, a Szolgáltatási összeglimit mértékéig. Abban az esetben, ha a Biztosított az előzetes fedezetigazolás feltételei szerint kórházi kezelés alatt áll a szolgáltatási időszak lejártakor, az Egészségbiztosítás továbbra is fedezi a Szolgáltatási összeglimit erejéig a Különös Biztosítási Feltételek 28. §-ban meghatározott egészségügyi költségeket, a kezelési terv alapján a következő tervezett visszautazásig Magyarországra.

**Szolgáltatási limitek (röviden Limitek):** a Szolgáltatási összeglimit és a Szolgáltatási időszak együttesen.

**Szolgáltatási összeglimit:** a Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés vonatkozásában egyes – a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott – biztosítási fedezetek szolgáltatásaira és az adott Biztosítottra vonatkozóan a teljesítendő szolgáltatásaira felhasználható összeget (összeglimitet) állapít meg, melynek mértékét a biztosítási ajánlat, a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú melléklete, valamint a biztosítási kötvény tartalmazzák. Amennyiben az Ellátásszervező eurótól eltérő devizában finanszírozza a szolgáltatást, úgy az átváltás során az Európai Központi Bank hivatalos árfolyamát veszi figyelembe.

**Szomatikus sejtterápiás készítmények:** olyan sejteket vagy szöveteket tartalmazó készítmények, mely sejteket vagy szöveteket biológiai jellemzőik megváltoztatása érdekében manipuláltak, vagy amely sejteket vagy szöveteket nem ugyanazon alapvető funkciók ellátására szántak az emberi szervezetben. Ezen készítmények betegségek kezelésére, diagnosztizálására vagy megelőzésére használhatók.

**Szomatikus teszt:** szomatikus mutációk genetikai vizsgálata a személyre szabott rákkezeléshez. A testi vagy szomatikus mutációk nem öröklődnek, hanem a test sejtjeiben halmozódnak fel az évek során. A szomatikus mutációk megjelenésének és felhalmozódásának oka, hogy az egészséges sejteknek az örökítőanyaga folyamatosan károsodik az élet során. A mintavételhez biopsziát alkalmaznak.

Távkonzultáció: nem személyes orvos-beteg találkozás útján megvalósuló konzultáció, amely létrejöhet telefonos vagy videókonzultáció formájában, a vonatkozó orvosszakmai szabályok betartásával. Terápiás kezelések: bármilyen orvosszakmai terápia, amelynek célja a daganatos sejtek elpusztítása.

**Terrorcselekmény:** erőszakos, az emberi életet, anyagi és immateriális javakat, illetve infrastruktúrát károsító cselekmény vagy ilyennel történő fenyegetés, melynek célja kormányok és vállalkozások befolyásolása vagy a társadalom (egy részének) megfélemlítése.

**Utógondozás szolgáltatás:** nem gyógykezelést, hanem az Ellátásszervező által megszervezett és befejezett külföldi gyógykezelést követően nyújtott olyan, a külföldi gyógykezelés során kezelt betegség vonatkozásában magyar Magánkórház vagy Külföldi kórház szakértelemmel rendelkező orvosa által felügyelt diagnosztikai, megfigyelési és/vagy elemző szolgáltatást jelent, amelynek célja a külföldi kezelőorvos által meghatározott utógondozási terv megvalósításán keresztül annak megállapítása, hogy a Biztosított külföldön kezelt betegsége tekintetében fennáll-e állapotának romlása vagy szövődménye. Az utógondozási szolgáltatás célja, hogy a betegség esetleges kiújulását vagy visszatérését korai állapotban diagnosztizálni lehessen. Az utógondozási tervben meg kell jelölni az időközöket és a diagnosztikai eljárások típusát.

**Várakozási idő:** a Biztosító kockázatviselése az itt meghatározott kivétellel a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatások esetében az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttétől számított várakozási idő leteltét követően indul. Következésképpen az itt meghatározott kivétellel a Biztosító a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási esemény alapjául szolgáló, a várakozási idő alatt történő megbetegedés és orvosi diagnózis esetén szolgáltatást nem nyújt. A várakozási idő 90 nap. Az Idegsebészeti műtétre, valamint Élődonoros szervátültetésre szóló egészségbiztosítási fedezetek esetében, amennyiben a kockázatviselés kezdetét követő 90 napon belül bekövetkező balesetből eredő megbetegedés miatt következik be a biztosítási esemény, a Biztosító szolgáltatást nyújt, amennyiben annak feltételei fennállnak, tehát nem alkalmaz várakozási időt ezen esetekre.

**Viszontbiztosítás:** a Biztosító az általa vállalt kockázat egy részét vagy egészét viszontbiztosítási szerződésben meghatározott feltételek alapján viszontbiztosító részére átadja, ezért viszontbiztosítási díjat fizet, ez a díj a Szerződő által fizetett biztosítási díjban figyelembevételre kerül. Amennyiben a viszontbiztosítási díj változik, úgy ez a jelen Biztosítási Feltételek 10. §-ában meghatározott módon hatással lehet a Szerződő által fizetendő biztosítási díjra.

### 3. § Az Egészségbiztosítási szerződés alanyai

(1) **Szerződő:** az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki/amely a Biztosítóval a biztosítási szerződést megköti, és a biztosítási szerződésből eredő jogokat gyakorolja, valamint a szerződéses kötelezettségeket teljesíti, kivéve azokat a kötelezettségeket, amelyeket a biztosítási szerződés kifejezetten más személy – így különösen a Díjfizető vagy a Biztosított – terhére ír elő. A Szerződő személye a biztosítási szerződésben vagy a kötvényben kerül megjelölésre. A Szerződő és a Díjfizető személye egymástól eltérhet; a Díjfizető eltérő személye nem érinti a Szerződő szerződésből eredő jogait és kötelezettségeit. A Szerződő lehet továbbá csoportos biztosítás esetén az a személy vagy szervezet (különösen munkáltató, oktatási intézmény, egyesület vagy más jogalany), aki/amely a Biztosítóval csoportos biztosítási szerződést köt a Biztosítottak meghatározott csoportjára

vonatkozóan. A Szerződő személye önmagában nem jogosít biztosítási szolgáltatás igénybevételére, kivéve, ha a Szerződő egyben Biztosított is, vagy ha a biztosítási szerződés ettől eltérően rendelkezik.

(2) **Biztosított:** azon természetes személy, akinek az egészségére, testi épségére a Biztosító kockázatviselése vonatkozik és akit a biztosítási ajánlatban Biztosítottként neveztek meg. A Biztosítottnak az Egészségbiztosítási szerződés megkötésekor 0 életévtől, és az Egészségbiztosítási szerződés legfeljebb a 65. születésnapját megelőző napig köthető meg. Az Egészségbiztosítási szerződés legfeljebb addig a biztosítási évfordulóig hosszabbodhat meg automatikusan, amely a Biztosított 85. születésnapját nem haladja meg. A Felek lényeges, az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának feltételeként határozzák meg azt, hogy:

(i) a Biztosított életkora megfeleljen az itt meghatározott életkori határnak,

(ii) a Biztosított feleljen meg a teljes tartam alatt a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (1) bekezdésében foglalt feltételnek, azzal, hogy a Biztosító csak ezen lényeges szerződési feltételekkel köti meg az Egészségbiztosítási szerződést.

(3) Díjfizető: az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki/amely a Biztosítóval kötött biztosítási szerződés alapján a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal, függetlenül attól, hogy személye megegyezik-e a Szerződővel vagy a Biztosítottal. A Díjfizető személye a biztosítási szerződésben vagy a kötvényben kerül megjelölésre. Amennyiben a Díjfizető nem a Szerződő, a díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei a biztosítási szerződés egészét érintik. A Díjfizető a biztosítási szerződésből eredő jogosultságokra nem válik jogosulttá kizárólag a díjfizetés teljesítése alapján, kivéve, ha a biztosítási szerződés vagy a jogszabály ettől eltérően rendelkezik.

(4) Szolgáltatásra jogosult: a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a szolgáltatások igénybevételére jogosult személy, aki a Biztosított, illetve egyes szolgáltatási elemek esetében a kísérő és az élő donor. Az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttét követően nincs lehetőség a Szolgáltatásra jogosult személy módosítására.

**4. § Az Egészségbiztosítási szerződés létrejötte és a kockázatviselés kezdete**

(1) A Felek lényeges, az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának feltételeként határozzák meg azt, hogy a Biztosítottnak a lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhellyel kell rendelkeznie, a Biztosító kizárólag ezen lényeges szerződési feltétellel köti meg az Egészségbiztosítási szerződést (azaz ennek hiányában az Egészségbiztosítási szerződést a Biztosító nem köti meg).

(2) Az Egészségbiztosítási szerződés a Biztosító és a Szerződő megállapodásával jön létre a jelen pont (4) bekezdésében meghatározott időpontban, vagy a jelen pont (5) bekezdésében meghatározottak szerint. Az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttét a Szerződő kezdeményezi azzal, hogy elektronikus úton ajánlatot tesz a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével.

(3) A Biztosító az ajánlattételt a Biztosított Egészségi nyilatkozatához köti. Az Egészségi nyilatkozaton feltett kérdésekre adott válaszok az ajánlat, illetve az Egészségbiztosítási szerződés részét képezik. Az Egészségügyi nyilatkozatban adott válaszok tekintetében a Biztosító előzetes automatikus

kockázatelbírálást végez, akként, hogy amennyiben a Biztosított az Egészségi nyilatkozatban szereplő kérdések valamelyikére a válaszadást megtagadja, vagy bármely kérdésre „igen" választ ad, a Biztosító a kockázatot nem vállalná, így az ajánlatfelvétel nem folytatható, emiatt a Szerződő ajánlatot nem tud tenni az Egészségbiztosítási szerződés megkötésére a Biztosító felé.

(4) Az írásbeli megállapodást, illetőleg a Biztosító elfogadó nyilatkozatát biztosítási kötvény kiállítása pótolja. Az Egészségbiztosítási szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre. A Biztosító a kötvényt a Szerződő részére a Szerződéshez regisztrált e-mail címére küldi meg.

(5) Az Egészségbiztosítási szerződés ráutaló magatartással (hallgatólagosan) akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 naptári napon belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a Biztosító szerződéskötést támogató elektronikus felületén rögzített adatok alapján és a díjszabásnak megfelelően tették. Ilyen esetben az Egészségbiztosítási szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a Biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre. A Biztosító kockázatviselésének kezdete a jelen paragrafus (10) bekezdésében foglaltak szerint alakul.

(6) Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött Egészségbiztosítási szerződés eltér a jelen Általános Biztosítási Feltételektől vagy a Különös Biztosítási Feltételektől, a Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttétől számított 15 naptári napon belül írásban javasolhatja, hogy az Egészségbiztosítási szerződést a jelen Általános Biztosítási Feltételeknek és a Különös Biztosítási Feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a Szerződő a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 naptári napon belül nem válaszol, az elutasítástól, illetőleg a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 naptári napon belül a Biztosító az Egészségbiztosítási szerződést 30 naptári napra írásban felmondhatja.
(7) A Biztosító kockázatviselése (az Egészségbiztosítási szerződés hatályba lépésének időpontja) a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és a Szerződő általi külön jóváhagyását követő nap 0:00 órájától megkezdődik, kivéve azon eseteket, amikor a Biztosító várakozási időt alkalmaz, feltéve, hogy az Egészségbiztosítási szerződés létrejött vagy utóbb létrejön. A kockázatviselés kezdete a biztosítási kötvényben is feltüntetésre kerül.

(8) A szerződő Felek az első díj tekintetében halasztásban állapodnak meg, amelyet a Szerződőnek a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10. §-ának (4) bekezdésében meghatározott díjfizetési határidőig kell teljesítenie. Nemteljesítés esetén a jelen Általános Biztosítási Feltételek 11. §-ában meghatározott fizetési késedelem szabályai az irányadók.

(9) A Biztosító a biztosítás díját azon a napon tekinti megérkezettnek, amikor a díjat a Biztosító számláján jóváírják.

(10) Abban az esetben, ha a Szerződő az első díjat az Egészségbiztosítási szerződés létrejötte előtt megfizeti, ezt az összeget a Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttének napjáig kamatmentes előlegként kezeli. Ha az Egészségbiztosítási szerződés létrejön, a Biztosító a díjelőleget a biztosítás díjába beszámítja, amennyiben azonban nem jön létre, abban az esetben a Biztosító azt az ajánlat elutasításának napjától számított 30 naptári napon belül kamatok nélkül (amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak) fizeti vissza a Szerződő részére.

**5. § Az Egészségbiztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei**

A Szerződő joga és kötelezettsége (1) A Szerződő köteles a szerződéskötéskor, majd azt követően az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt közlési és változásbejelentési kötelezettségének eleget tenni a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6. §-ában foglaltak szerint. A Szerződő nem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

Díjfizető joga és kötelezettsége (2) A Díjfizető a biztosítási díj fizetésére köteles.

A Biztosító joga és kötelezettsége (3) A Biztosító köteles az Egészségbiztosítási szerződésben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújtani, és az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény esetén az Egészségbiztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatásokat teljesíteni, amennyiben a szolgáltatás feltételei fennállnak.

A Biztosított joga és kötelezettsége (4) A Biztosított köteles az ajánlat megtételekor, majd azt követően az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt közlési és változásbejelentési kötelezettségének eleget tenni a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6. §-ában foglaltak szerint. A Biztosított nem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna. (5) A Biztosított jogosult a Különös Biztosítási Feltételekben szereplő biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás iránti igénnyel élni a jelen Általános Biztosítási Feltételek 16. §-a szerint. (6) A Biztosított köteles a jelen Általános Biztosítási Feltételek 16. §-a szerinti kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségének eleget tenni.

Az Ellátásszervező hatásköre (7) Az Ellátásszervező a Biztosító megbízása alapján jogosult elbírálni a biztosítási fedezet körébe vont szolgáltatási igény jogalapját, illetve a szolgáltatások szervezésének és azok költségének megtérítését.

(8) Az Ellátásszervező a Biztosító megbízása alapján mérlegelési jogával élve a jelen Általános Biztosítási Feltételek 17. §-ában, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott esetekben megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését és a költségek megtérítését.

(9) Nem terjed ki az Ellátásszervező és a Biztosító felelőssége az egészségügyi szolgáltatók által végzett orvosszakmai tevékenységre, illetve az egészségügyi szolgáltatók által a szolgáltatás teljesítése során esetlegesen a Biztosítottnak okozott károkra.

(10) A Biztosító kifejezetten felhívja a figyelmet arra, hogy az egészségügyi szolgáltatók, valamint ezek alkalmazottja, megbízottja, alvállalkozója által a jelen Biztosítás Feltételekben meghatározott szolgáltatások, valamint az utazás során az egyes közlekedési eszközök, továbbá szállás igénybevétele során okozott károkért nem felel, azokért kizárólag az adott szolgáltató köteles helytállni a vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezései szerint.

**6. § A Szerződő és a Biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége**

(1) A Szerződő és a Biztosított köteles közlési és változásbejelentési kötelezettségének eleget tenni. A Biztosított az egészségi állapotában történt változást nem köteles a Biztosítónak bejelenteni.

(2) Közlési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított köteles az Egészégbiztosítási szerződés megkötésekor, továbbá az Egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentésekor

közlési kötelezettségének eleget tenni. A közlési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított az Egészségbiztosítási szerződés megkötésekor köteles – a kockázat elvállalása és a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a Biztosítóval közölni, amelyeket ismert, vagy ismernie kellett. A Biztosító kérdéseire adott és a valóságnak megfelelő válaszokkal a Felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

(3) A Biztosító jogosult a Szerződő és Biztosított közlési kötelezettségének teljesítése során közölt adatok ellenőrzésére.

(4) Változásbejelentési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított köteles az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a biztosítási ajánlaton, illetve az Egészségbiztosítási szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását, továbbá a személyi adataiban, cselekvőképességében beállott változásokat a tudomásszerzéstől számított 30 naptári napon belül a Biztosító felé.

(5) Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire vonatkozóan a Biztosító az ajánlat megtételekor kérdést tett fel, így különösen a Szerződő e-mail címe, telefonszáma, a Biztosított lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhelye és a Biztosított szerződéskötéskor megadott adatai, valamint a Szerződő/Biztosított cselekvőképességének megváltozása.

(6) A Szerződő, illetve a Biztosított adataiban történő változásbejelentés elmulasztásának következményei a Szerződőt, illetve a Biztosítottat terhelik.

(7) A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

(8) A Biztosító a közlési, illetve a változásbejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait az érintett biztosítási kockázatra vonatkozóan csak a közlési, illetve a változásbejelentési határidő leteltét követő öt (5) éven belül gyakorolhatja.

**7. § Lényeges körülmények felmerülése, megváltozása**

(1) Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást arról, hogy a Biztosított tényleges életkora alapján az Egészségbiztosítás nem jöhetett volna létre, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, illetve a Biztosító érvénytelenségre hivatkozással megtámadhatja a szerződést.

(2) Amennyiben a Biztosító az életkor helytelen bevallása miatt az Egészségbiztosítási szerződésre a valós életkor alapján fizetendő biztosítási díjnál alacsonyabb biztosítási díjat állapított meg, de az Egészségbiztosítási szerződés a valós életkorral, a jelen Biztosítási Feltételek szerint létrejöhetett volna, úgy a Biztosító a tudomására jutástól számított 15 naptári napon belül elektronikus úton a Szerződéshez regisztrált e-mail címen tájékoztatja a Szerződőt a valós életkor alapján fizetendő biztosítási díjról és felszólítja annak, valamint a keletkezett díjkülönbözet befizetésére, fizetési határidő megadásával. A Biztosító a díjkülönbözet számítása során a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10. §-ában meghatározott díjemeléseket is figyelembe veszi. Amennyiben a Szerződő a díjkülönbözetet és/vagy a valós életkor alapján számított díjat nem fizeti be, a Biztosító a jelen Általános Biztosítási Feltételek 11. §-

ában meghatározott díjnemfizetés következményeit alkalmazza. Amennyiben a Biztosító az életkor helytelen bevallása miatt magasabb biztosítási díjat állapított meg, de az Egészségbiztosítási szerződés a valós életkorral a szerződés feltételei szerint is létrejöhetett volna, úgy a Biztosító a tudomására jutástól számított 15 naptári napon belül elektronikus úton tájékoztatja a Szerződőt a valós életkor alapján fizetendő biztosítási díjról, és a keletkezett díjkülönbözetet a következő esedékes díj(ak)ban jóváírja.

(3) Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást az Egészségbiztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha lényeges körülmények változását közlik vele, és ezek a körülmények a Biztosító kockázatelbírálása alapján a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a Biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 naptári napon belül javaslatot tehet az Egészségbiztosítási szerződés módosítására, vagy az Egészségbiztosítási szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

(4) Ha a Szerződő a Biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 naptári napon belül nem válaszol, az Egészségbiztosítási szerződés vagy annak a módosított javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. nap 24:00 órájakor megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

(5) A Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés fenntartásának feltételeként határozza meg azt, hogy a Biztosítottnak a lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhellyel kell rendelkeznie. A Szerződő/Biztosított változásbejelentési kötelezettségként köteles annak megváltozását a Biztosító részére 30 naptári napon belül bejelenteni. Amennyiben a Biztosítottnak, a Biztosító által lényeges szerződési feltételként meghatározott, magyarországi lakóhelye megszűnik, az Egészségbiztosítási szerződés a jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-a szerint megszűnik.

(6) A Biztosító kizárólag azzal a feltétellel köt Egészségbiztosítási szerződést, hogy a Szerződő nem áll semmilyen: • az ENSZ határozataiban rögzített szankció, korlátozás vagy tilalom alatt; vagy • az EU vagy az USA által kihirdetett bármilyen kereskedelmi vagy gazdasági szankció, illetve törvény, jogszabályi szankciós rendelkezés hatálya alatt, ideértve az EU pénzügyi szankciós rendeleteit és a U.S. Department of the Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) által kiadott egységes szankciós listát is.

(7) Az Egészségbiztosítási szerződés megszűnik, amennyiben a Szerződő az Egészségbiztosítási szerződés megkötését követően a jelen paragrafus szerinti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alá kerül. Ilyen esetben az Egészségbiztosítási szerződés megszűnésének időpontja a szankció, a korlátozás vagy a tilalom hatályba lépésének napja.

(8) A Biztosító nem teljesít szolgáltatást vagy egyéb kifizetést, amennyiben a Biztosított a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt áll. Az Egészségbiztosítási szerződésben nem lehet érvényesen megjelölni olyan Biztosítottat, szolgáltatásra jogosult egyéb olyan személyt (különösen, de nem kizárólagosan kísérő, élődonor), aki a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt áll.

**8. § Az Egészségbiztosítás tartama, korhatárok**

(1) Jelen biztosítás tartama egy (1) biztosítási év, amely minden évben további egy (1) biztosítási évre meghosszabbodhat az alábbiak szerint.

(2) A biztosítás tartama minden következő biztosítási évre automatikusan meghosszabbodik, kivéve, ha a Szerződő vagy a Biztosító a vonatkozó biztosítási év végét megelőző legalább 30 nappal a másik fél felé írásban jelzi, hogy nem kívánja a biztosítást meghosszabbítani.

(3) A biztosítási tartam legfeljebb addig a biztosítási évfordulóig hosszabbodhat meg, amely nem haladja meg a Biztosított 85. születésnapját.

(4) Jelen biztosítás a Biztosított halálával megszűnik a halál napján 24:00 órakor. A szerződés megszűnésének egyéb

**9. § Területi hatály**

(1) A biztosítási eseményként meghatározott váratlan esemény a világon bárhol bekövetkezhet, azonban a Biztosító kizárólag a Magyarország területén kívül igénybe vett külföldi gyógykezelésekre nyújt fedezetet. Kivételt képeznek ez alól az alábbi szolgáltatások, amelyek esetén a Biztosító fedezi a Magyarország területén felmerült alábbi költségeket:

- A külföldi gyógykezelés befejezését követően fedezett gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költsége a Különös Biztosítási Feltételek 28.2.4.1 pontjában meghatározottak szerint.
- A külföldi gyógykezelés befejezését követően utógondozás szolgáltatás költsége a Különös Biztosítási Feltételek 28.2.4.2 pontjában meghatározottak szerint.

**10. § A biztosítás díja**

(1) Az Egészségbiztosítási szerződés rendszeres díjfizetésű. A biztosítás rendszeres díja a biztosítási időszak egészére és előre esedékes, amelyet a Szerződő havi, negyedéves, féléves vagy éves gyakorisággal fizethet.

(2) A díjfizetés gyakoriságát a Szerződő határozza meg az ajánlattétel során.

(3) A biztosítás díja forintban fizetendő.

(4) Az Egészségbiztosítási szerződés első esedékes díját a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 0:00 órájától számított 30 naptári napon belül kell megfizetnie a Szerződőnek/Díjfizetőnek, tekintettel arra, hogy a Biztosító kockázatviselése ezen időpontban megkezdődik, kivéve azon eseteket, amikor a Biztosító várakozási időt alkalmaz. A biztosítási díj oszthatatlanságának elvéből kiindulva az egész biztosítási díjat meg kell fizetni a kockázatviselés kezdetétől, függetlenül a várakozási idő alkalmazásától. Minden későbbi díj pedig annak a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

(5) A díjfizetés aktuális módját a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 2. számú melléklete tartalmazza, amelyet a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat, és ez esetben a változtatást megelőzően 30 nappal a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.medikonbiztosito.hu oldalon) értesíti a Szerződőt. A mindenkor aktuális 2. számú melléklet a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.medikonbiztosito.hu oldalon) található. A Biztosító a 2. számú mellékletet egyoldalúan kizárólag az alábbi alapos okok miatt módosíthatja: • új fizetési lehetőségek, módok bevezetése (az ügyféligények megváltozása által generált, a kor elvárásainak megfelelő technikai lehetőségek bevezetése), korábban alkalmazott fizetési módok

megszüntetése; • új bankszámla nyitása, korábbi megszüntetése; • a közlemény rovat tartalmának módosítása (a befizetés technikai, a belső feldolgozási folyamatok változása miatt esetlegesen szükségessé váló módosításai); • a fizetési szolgáltató változása.

(6) Amennyiben a díj a Szerződőnek felróható módon a Biztosító számlájára nem érkezik be, vagy a díj nem azonosítható be (nem a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 2. számú mellékletében megjelölt módon és az előírt azonosítókkal van ellátva), ennek felelősségét a Szerződő viseli.

(7) A biztosítás legfeljebb az Egészségbiztosítási szerződés utolsó biztosítási évfordulójáig / utolsó biztosítási tartam végéig fizetendő. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és az Egészségbiztosítási szerződés megszűnik, a Biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti. Az Egészségbiztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért.

(8) Amennyiben a Szerződő a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő aktuális rendszeres díjat az esedékességet megelőzően a szerződésre beazonosítható módon befizeti, a Biztosító az így megfizetett díjat az esedékesség időpontjáig kamatmentes díjelőlegként kezeli. A díjesedékességkor a Biztosító ezt a díjelőleget a biztosítás díjába beszámítja.

(9) A biztosítási tartamon túli, illetve az Egészségbiztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben történő túlfizetéssel keletkezett díjakat a Biztosító az igénybejelentéstől számított 30 naptári napon belül kamatok nélkül (amennyiben a kifizetéshez szükséges informá-ciók a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak) fizeti vissza a Szerződő részére.

(10) Jelen biztosítás tartama egy biztosítási év. Az Egészségbiztosítási szerződés megkötésekor megállapított díjtétel és biztosítási díj az első biztosítási tartamra (biztosítási évre) érvényes, a biztosítás díjtétele és díja biztosítási évente változó.

(11) A Biztosító a kártapasztalatot mind az egyes Egészségbiztosítási szerződések, mind pedig a termék állományi szintjén vizsgálja. A Biztosító az így megállapított kártapasztalat előre nem látható romlása miatt a biztosítási évfordulón a kockázatközösség védelmében a további biztosítási tartamokra egyoldalúan új díjtételt állapíthat meg, ennek következtében a biztosítás díja változhat.

(12) A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a díjtételt és ezáltal a biztosítás aktuális díját biztosítási tartamonként (biztosítási évenként) minden biztosítási év első napjával kezdődő hatállyal egyoldalúan állapítsa meg az alábbiak szerint: a) A díjtétel és ezáltal a biztosítási díj Biztosító általi egyoldalú módosítása esetén a Szolgáltatási összeglimit nem változik. Amennyiben a Biztosító a további biztosítási tartamokra a jelen paragrafus (11) pontjában meghatározottak szerint egyoldalúan új díjtételt állapít meg, ennek következtében a biztosítás díja adott biztosítási évre vonatkozóan egyoldalúan változik. b) A biztosítási díj Biztosító általi egyoldalú módosítása az alábbi körülmények változása miatt:

- változnak az ellátásszervezői díjak,
- módosul a viszontbiztosítási díj,
- változik a biztosítási események bekövetkezési valószínűsége, különösen, de nem kizárólagosan, ha a vonatkozó törvényi szabályozás változásából vagy egyéb okból eredően a díjkalkulációnál használt statisztikában lényeges változás állna be,
- a külső szabályozási környezet olyan változása, amely adó-, közteher és/vagy tőkeszükséglet-növekedéssel jár, mely befolyásolja, illetve befolyásolhatja a nyújtott szolgáltatások díját.

A biztosítási díj Biztosító általi egyoldalú módosítása a Biztosított életkorának változásából eredően (14) A Biztosító az első biztosítási évet követő biztosítási tartamokra (biztosítási évekre) vonatkozóan jogosult a jelen pontban meghatározottak szerint biztosítási évente egyoldalúan módosítani a biztosítás díját abból adódóan, hogy a Biztosított aktuális életkorához tartozó díjtételt alkalmazza.

(15) A fent meghatározottak szerint megállapított új biztosítási díjról a Biztosító legalább 60 nappal a biztosítási tartam (biztosítási év) vége előtt elektronikus úton értesíti a Szerződőt. Amennyiben a Szerződő az új biztosítási díjat nem fogadja el, jogosult legkésőbb 30 nappal a biztosítási tartam (biztosítási év) vége előtt a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8. §-ának (1) pontjában meghatározottak szerint az automatikus meghosszabbítást elutasítani. Ez esetben a biztosítás a biztosítási tartam végével (biztosítási év) megszűnik.

(16) Ha azonban a Szerződő a jelen paragrafus (15) pontjában meghatározott határidőig az új biztosítási díj vonatkozásában nem nyilatkozik, a következő biztosítási tartamra (biztosítási évre) a megváltozott díj érvényes, és a Szerződő ezen díj megfizetésére köteles.

**11. § Fizetési késedelem**

(1) Amennyiben a Szerződő az első biztosítási díjat a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 0:00 órájától (jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (10) bekezdése) számított 30 naptári napon belül nem fizeti meg, a Biztosító a fizetési határidő lejáratát követő napon a Szerződő részére elektronikus úton értesítést küld a Szerződéshez regisztrált e-mail címére az első díj elmaradásáról, amelyben 30 napos póthatáridőt tűz ki a teljesítésre, a következményekre történő figyelmeztetés mellett.

(2) Amennyiben az első díj az elektronikus úton küldött értesítésben meghatározott póthatáridőig nem érkezik meg a Biztosító számlájára, a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal megszűnik, a Biztosítónak szolgáltatási kötelezettsége biztosítási ese-mény kapcsán nem keletkezik, és az Egészségbiztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetétől számított 61. naptári napon 24:00 órakor megszűnik. Erről a Biztosító a Szerződő részére elektronikus úton értesítést küld a Szerződéshez regisztrált e-mail címére.

(3) Amennyiben a Szerződő a rendszeres díjat az esedékességet követő 30. napig nem fizeti meg, a Biztosító a fizetési határidő lejáratát követő napon a Szerződő részére elektronikus úton értesítést küld a Szerződéshez regisztrált e-mail címére a rendszeres díj elmaradásáról, amelyben 30 napos póthatáridőt tűz ki a teljesítésre, a következményekre történő figyelmeztetés mellett. A rendszeres díj teljes vagy részleges elmaradása esetén, amennyiben a Szerződő az értesítésben meghatározott póthatáridőig az elmulasztott díjat nem fizeti meg, az Egészségbiztosítási szerződés az elmaradt díj esedékességétől számított 61. naptári napon 24:00 órakor megszűnik. A Biztosító kockázatviselése ebben az esetben az első elmaradt rendszeres díj esedékességi napjának 00:00 órájára visszamenő hatállyal megszűnik. A Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés megszűnéséről elektronikus úton értesítőt küld a Szerződő részére a Szerződéshez regisztrált e-mail címére.

**12. § Az Egészségbiztosítási szerződés módosítása**

(1) Az Egészségbiztosítási szerződés módosítása a Felek közös megegyezésével, vagy csak a jelen paragrafusban megadottak szerint lehetséges, azzal, hogy bármilyen módosítás kizárólag a biztosítási évfordulón lehetséges.

A Szerződő módosítási lehetőségei

(2) A díjfizetés gyakoriságát és a díjfizetés módját a Szerződő a díjfizetési tartam alatt, a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal írásban, a Biztosítónak megküldött kérelmében a következő biztosítási évtől kezdődően megváltoztathatja, azzal a feltétellel, hogy a jelen Egészségbiztosítás esedékes díjai a biztosítási évfordulóig kiegyenlítésre kerülnek.

A Biztosítási Feltételek egyoldalú módosítása a Biztosító által

(3) A Biztosítási Feltételek egy biztosítási tartamra (biztosítási évre) érvényesek. A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a Biztosítási Feltételeket évente, a következő biztosítási tartamokra (biztosítási évekre) vonatkozóan egyoldalúan módosítsa a jelen paragrafus (4)–(5) pontjaiban meghatározottak szerint.

(4) A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a jelen Egészségbiztosítás

- szolgáltatásait,
- összeglimiteket,
- biztosítási eseményeit,
- a szolgáltatás feltételeit,
- a szolgáltatás igénybevételének folyamatát és a szolgáltatási igény elfogadásának feltételeit, valamint
- a megváltozott szolgáltatási feltételek miatt a jelen Általános Biztosítási Feltételek 2. §-a szerinti fogalmakat, a 18. § szerinti kizárásokat, a 14. § szerinti biztosítási szolgáltatások igénybevételét, évente, a következő biztosítási tartamokra (biztosítási évekre) vonatkozóan egyoldalúan módosítsa abban az esetben, ha ez a kockázatközösség védelmében szükséges, továbbá, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechnika és az orvostudomány fejlődésével, ha jogszabályváltozás miatt szükséges a módosítás, illetve, ha a Biztosító Ellátásszervezővel kötött szerződése módosul vagy megszűnik, és emiatt a jelen Egészségbiztosítás szolgáltatásai változatlan feltételekkel már nem nyújthatóak, illetve ha az új Ellátásszervező partnerrel kötött szerződésben vállalt szolgáltatások eltérőek, és emiatt a jelen biztosítás szolgáltatásai változatlan feltételekkel már nem nyújthatóak. A folyamatban levő szolgáltatásokat a Biztosítási Feltételek fentiek szerinti módosítása nem érinti, kivéve, ha jogszabályváltozás miatt szükséges a módosítás.

(5) A Biztosító abban az esetben is módosíthatja egyoldalúan a Biztosítási Feltételeket azok pontosítása és egyértelműsítése érdekében, ha a Biztosítóhoz megküldött panaszok, a Pénzügyi Békéltető Testület, a bíróság, illetve egyéb hatóságok eljárásaiban megtett megállapításaik és a Magyar Nemzeti Bank felügyeleti eljárásaiban megtett megállapításai, kötelezései és ajánlásai alapján megállapítható, hogy a Biztosítási Feltételek rendelkezései nem egyértelműek, illetve nem pontosak, továbbá, ha arra jogszabályváltozás, vagy a Felek elérhetőségi adatainak változása miatt szükség van.

(6) A Biztosítónak jogában áll az Ellátásszervezőt bármikor egyoldalúan – a Szerződő, illetve a Biztosított hozzájárulása nélkül – meghatározni és módosítani. A mindenkor aktuális Ellátásszervező és az Ellátásszervező elérhetőségei a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.medikonbiztosito.hu oldalon) kerülnek megnevezésre és feltüntetésre.

Az Egészségbiztosítási szerződés módosításának folyamata a Biztosító egyoldalú módosítása esetén.
(7) A Biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 60 nappal a Szerződéshez regisztrált e-mail címen elektronikus úton tájékoztatja a Szerződőt a jelen paragrafus (2)–(5) pontjaiban ismertetett Biztosítási Feltételek módosulásáról. A Biztosító az Ellátásszervező a jelen paragrafus (6) pontjában ismertetett módosítása esetén a módosítást megelőzően legkésőbb 60 nappal erről a Szerződőt a Szerződéshez regisztrált e-mail címen elektronikus úton tájékoztatja.

(8) Amennyiben a Szerződő a Biztosító módosítási javaslatát az évforduló előtt legkésőbb 15 nappal nem utasítja el, a Biztosító a módosult Biztosítási Feltételeket tekinti érvényesnek a következő biztosítási tartamra (biztosítási évre), melyről a Biztosító módosított biztosítási kötvényt állít ki, amennyiben a módosítás a korábban kiállított biztosítási kötvény tartalmát érinti.

(9) Amennyiben a Szerződő a Biztosító módosítási javaslatát a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 15 nappal írásban elutasítja, az Egészségbiztosítási szerződés a biztosítási évforduló napján 24:00 órakor megszűnik.

**13. § Az Egészségbiztosítási szerződés megszűnésének esetei**

Szerződő elállási joga (1) A Szerződőnek lehetősége van a jelen Általános Biztosítási Feltételek alapján a biztosítási kötvény kiküldésétől számított 30 naptári napon belül indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül azonnali hatállyal az Egészségbiztosítási szerződéstől elállni a Biztosítóhoz címzett postai levélben vagy személyesen, vagy Szerződéshez regisztrált e-mail címéről vagy ettől eltérő e-mail cím esetén írásbelinek minősülő elektronikus nyilatkozattal érkező elektronikus levélben a jelen Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében meghatározottak szerint. Az elállási (felmondási) jogot határidőben érvényesítettnek kell tekinteni, ha a Szerződő mint fogyasztó az erre vonatkozó nyilatkozatát a határidő lejárta előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon a Biztosítónak elküldi. Egyéb igazolható módnak minősül a jelen Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében meghatározott nyilatkozattételi út és mód. Amennyiben a Szerződő felmondó nyilatkozata a fenti határidőn belül megtörténik, és az a Biztosítóhoz megérkezik, az Egészségbiztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 00:00 órájára visszamenőlegesen megszűnik, és az Egészségbiztosítási szerződésre addig már befizetett díjakat a Biztosító visszafizeti a Szerződő részére a jelen

Évfordulóra történő megszüntetés (2) A biztosítás tartama nem hosszabbodik meg a következő biztosítási évre a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8. §-ának (2) bekezdésében meghatározottak szerint, amennyiben a Szerződő vagy a Biztosító a vonatkozó biztosítási év végét megelőző legalább 30 nappal jelzi a másik fél felé, hogy nem kívánja a biztosítást meghosszabbítani. Ebben az esetben az Egészségbiztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítási év utolsó napján 24:00 órakor megszűnik.

(3) Az Egészségbiztosítási szerződés ily módon történő megszűnésekor a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért.

(4) Ha a Szerződő az időarányos díjnál több díjat fizetett be, a Biztosító a díjtöbbletet köteles a Szerződő részére a szerződés megszűnésétől számított 30 naptári napon belül visszafizetni a jelen Biztosítási Feltételek 10. §-ának (9) bekezdése szerint.

(5) A Biztosító elektronikus úton, míg a Szerződő a Biztosítóhoz címzett postai levélben vagy személyesen, vagy Szerződéshez regisztrált e-mail címéről vagy ettől eltérő e-mail cím esetén írásbelinek minősülő elektronikus nyilatkozattal érkező elektronikus levélben a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 3. számú mellékletében meghatározottak szerint jelezheti, amennyiben nem kívánja a biztosítást meghosszabbítani.

(6) A Biztosító Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselése és ezzel egyidejűleg az Egészségbiztosítási szerződés megszűnik:

a) a Biztosított halálával, a halál időpontjában;

b) a Biztosított 85. születésnapját nem meghaladó utolsó biztosítási évforduló napján 24:00 órakor;

c) amennyiben a Biztosítottnak a magyarországi lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő lakóhelye megszűnik, az erről szóló bejelentés beérkezésének napján 24:00 órakor;

d) a Szerződő a jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-ának (1) bekezdésében meghatározott feltételek szerinti elállása esetén a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 00:00 órájára visszamenőleges hatállyal;

e) amennyiben a Szerződő a jelen Általános Biztosítási Feltételek 19. §-ának (11) bekezdése alapján eláll az elektronikus kommunikációtól, az erről szóló nyilatkozat beérkezése napján 24:00 órakor;

f) amennyiben a Szerződő vagy a Biztosító a jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-ának (2) bekezdésében meghatározottak szerint nem kívánja a biztosítást meghosszabbítani, az adott biztosítási év utolsó napján 24:00 órakor;

g) jelen Általános Biztosítási Feltételek 11. §-ában meghatározott fizetési késedelem esetén az elmaradt rendszeres díj esedékességére visszamenő hatállyal, elmaradt első díj esetén a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 00:00 órájára visszamenőleges hatállyal;

h) ha a Szerződő a felmerült lényeges körülmények változása miatt a Biztosítónak a jelen Általános Biztosítási Feltételek 7. §-a szerinti módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, akkor a módosító javaslat közlésétől számított 30. nap 24:00 órájakor;

i) amennyiben a Szerződő a jelen Általános Biztosítási Feltételek 7. §-ában meghatározott szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alá kerül, az Egészségbiztosítási szerződés megszűnik a szankció, a korlátozás, vagy a tilalom hatályba lépésének napján 24:00 órakor;

j) amennyiben a Szerződő a Biztosítónak a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10. §-a szerinti módosítási javaslatát elutasítja, a biztosítási évforduló napján 24:00 órakor;

k) amennyiben a Szerződő a Biztosítónak a jelen Általános Biztosítási Feltételek 12. §-a szerinti módosítási javaslatát elutasítja, a biztosítási évforduló napján 24:00 órakor;

l) jelen paragrafus (7) pontjában meghatározottak szerint az Ellátásszervezővel való együttműködés megszűnése esetén, a Kiszervezési szerződés megszűnése hónapja utolsó napjának 24:00 órájakor;

m) amennyiben a Biztosított kimerítette a Különös Biztosítási Feltételek 2. §-ában meghatározottak szerint a 39 hónapos Szolgáltatási időszakot, mind a 4 biztosítási fedezet vonatkozásában a kimerítés napján 24:00 órakor; n) amennyiben a Biztosított kimerítette a Szolgáltatási összeglimitet, a kimerítés napján 24:00 órakor.

A szolgáltatás ellehetetlenülése

(7) A Biztosító Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselése és ezzel egyidejűleg az Egészségbiztosítási szerződés automatikusan megszűnik a Kiszervezési szerződés megszűnése hónapja utolsó napjának 24:00 órájakor, ha a Kiszervezési szerződés bármilyen oknál fogva megszűnik, és a Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés szolgáltatásaira vonatkozóan nem tudott új Ellátásszervezővel kiszervezési szerződést kötni. Erről a Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés megszűnését megelőzően legalább 30 nappal a Szerződőt, a Szerződő szerződéshez regisztrált e-mail címére megküldött értesítéssel elektronikus úton tájékoztatja. Ebben az esetben a Biztosító köteles a kockázatviseléssel nem fedezett időszakra vonatkozó biztosítási díjat a Szerződőnek 30 napon belül visszafizetni (amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak).

(8) A Kiszervezési szerződés megszűnése a biztosítási tartam alatt bekövetkező biztosítási eseményekre vonatkozó biztosítási szolgáltatásokat nem befolyásolja, azok a Szolgáltatási időszak alatt fennmaradnak a Szolgáltatási összeglimit figyelembevételével.

**14. § A Biztosító szolgáltatása, a biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítésének esedékessége**

(1) A Biztosító szolgáltatása, hogy a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja, amennyiben a szolgáltatási kötelezettsége beáll. A Biztosító az Ellátásszervező révén megszervezi a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítási ajánlatban és a biztosítási kötvényben meghatározott Szolgáltatási összeglimit erejéig a Szolgáltatási időszak figyelembevételével.

(2) A jelen pontban szabályozott szolgáltatási folyamatnak megfelelő eljárás előfeltétele annak, hogy a Biztosított jogosult legyen a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatásokra, és azon szolgáltatásokat a Biztosító teljesíteni tudja.

(3) A Biztosító külföldi gyógykezelés szolgáltatásának feltétele az előzetes fedezetigazolás kibocsátása. A Biztosító szolgáltatása az Ellátásszervező által kibocsátott előzetes fedezetigazolás tartalma szerint valósul meg.

(4) A Biztosító nem térít arra az egészségügyi kezelésre vagy ellátásra, amelyet a Biztosított az előzetes fedezetigazolás kibocsátása előtt igénybe vesz az adott betegséghez kapcsolódóan, illetve arra az egészségügyi kezelésre vagy ellátásra, amelyet nem az előzetes fedezetigazolás szerint vesz igénybe,

illetve nem azon szolgáltatásokat (szállás, légitársaság, taxi) veszi igénybe, amelyeket az Ellátásszervező jóváhagyott és megszervezett.

Biztosítási esemény bejelentése, Online Egészségportálra történő regisztráció

(5) A biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítottnak az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt kell bejelentenie a Biztosító részére, a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 3. számú mellékletében meghatározott módon és formában. Abban az esetben, ha a Biztosított a bejelentésben akadályoztatva van, úgy a biztosítási esemény bekövetkezésének bejelentését más személy is megteheti a Biztosító felé. Az igénybejelentés elősegítésére a Biztosító a mindenkori hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor www.medikonbiztosito.hu) igénybejelentő nyomtatványt tett közzé. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésének bejelentésekor megvizsgálja az Egészségbiztosítási szerződés fennállását.

(6) A Biztosító a szolgáltatási igény beérkezését követően az Ellátásszervező részére 5 munkanapon belül továbbítja a Biztosított azonosító és kapcsolattartási adatait (telefonszám és e-mail cím), valamint minden olyan információt, amelyet a Biztosított a Biztosító részére megadott a biztosítási eseménnyel kapcsolatban. Az Ellátásszervező a Biztosító által továbbított adatok beérkezését követően, az Ellátásszervező székhelyének országa szerinti szabályok szerint számított 3 munkanapon belül, elektronikus levelet küld a Biztosított e-mail címére, amely tartalmazza az Ellátásszervező Online Egészségportál felületéhez vezető regisztrációs linket, valamint a figyelemfelhívást az Ellátásszervező Online Egészségportáljára történő regisztrációs kötelezettségről és annak határidejéről, továbbá a tájékoztatást annak elmulasztásának hátrányos következményéről. Annak érdekében, hogy az igénybejelentés elbírálásra kerüljön, a Biztosított köteles az Ellátásszervező Online Egészségportáljára regisztrálni, ennek hiányában az igénybejelentés értékelésére, valamint elbírálására és emiatt a Biztosítási szolgáltatás megszervezésére és nyújtására az Ellátásszervezőnek nincs lehetősége.

(7) Az Online Egészségportálra történő regisztrációt követően 3 munkanapon belül az Ellátásszervező a Biztosított részére kijelöl egy Esetfelelőst, aki felveszi a Biztosítottal a kapcsolatot telefonon vagy e-mailben. Az Esetfelelős támogatást nyújt a Biztosított részére a biztosítási szolgáltatás igénybevétele érdekében. Az Ellátásszervező fenntartja a jogot arra, hogy az Esetfelelős személyét módosítsa.

(8) Az Ellátásszervező a szolgáltatási igény teljesítéséhez a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 4. számú mellékletében felsorolt dokumentumok bemutatását kérheti a Biztosítottól. A meghatározott iratokat a Biztosított az Online Egészségportálon tudja feltölteni.

(9) A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat a jelen Általános Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 4. számú melléklete tartalmazza, amelyet a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat, és erről a változtatást megelőzően 30 nappal a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor a www.medikonbiztosito.hu) értesíti a Szerződőt. A mindenkor aktuális 4. számú melléklet a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.medikonbiztosito.hu) található. A Biztosító a 4. számú mellékletet egyoldalúan kizárólag a következő alapos okok miatt módosíthatja: jogszabályi előírások módosulása, az orvostudomány fejlődése, technikai fejlődés, új termékek bevezetése, a Biztosító szolgáltatás iránti igény elbírálási folyamatának változása, a Biztosító nyilvántartási rendszerének módosítása.

**15. § Biztosított kötelezettségei**

(1) A Biztosítottnak lehetővé kell tennie és együtt kell működnie abban, hogy a Biztosító és az Ellátásszervező szabadon hozzáférjen a Biztosított, a (kezelő)orvosok, a kórházak vagy egyéb egészségügyi intézmények birtokában lévő, a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges teljes orvosi dokumentációhoz. A Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatásra való jogosultság megállapítása kizárólag akkor lehetséges, ha az ehhez szükséges teljes orvosi dokumentáció eljut az Ellátásszervezőhöz a Biztosítottól. A Biztosított birtokában lévő dokumentumok átadása az Online Egészségportálon keresztül történik.

(2) Az Ellátásszervező vagy a Biztosító részéről eljáró orvosok a teljes szolgáltatási folyamat során bármikor megkereshetik a Biztosítottat annak érdekében, hogy a Biztosító, illetve az Ellátásszervező által a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényegesnek ítélt minden információt, felvilágosítást beszerezzenek a Biztosítottól.

(3) Jelen Általános Biztosítási Feltételek 15. §-ának (1)–(2) pontjaiban meghatározott kötelezettségek megsértése a Biztosító mentesülését vonhatja maga után, tekintettel arra, hogy ennek hiányában lényeges körülmények kideríthetetlenné válhatnak.

**16. § Kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség**

(1) A Szerződő/Biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezése esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet a Biztosító szolgáltatásának megállapítása szempontjából.

(2) A Szerződő/Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító, illetve az Ellátásszervező adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni, így a Biztosítottnak késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie.

(3) Nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

**17. § Mentesülés a teljesítési kötelezettség alól**

(1) A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól abban az esetben, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással:

a) a Szerződő/Biztosított;
b) a Biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozója okozta.

(2) A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni.

(3) Fenti szabályokat a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

**18. § Kockázatkizárások**

(1) A Biztosító a kockázatviselés köréből kizárja a várakozási idő alatt kivizsgálás alatt álló, diagnosztizált, kezelt vagy a betegséggel kapcsolatos, orvosilag dokumentált első tüneteket mutató vagy

betegség gyanúját felvető vizsgálati eredménnyel bíró állapotokat (tünetmentes esetben is), betegségeket, kivéve az Idegsebészeti műtétre, valamint Élődonoros szervátültetésre szóló egészségbiztosítási fedezeteket, amennyiben a biztosítási esemény baleset következtében történt.

(2) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a szolgáltatás a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett meglévő betegség vagy állapot következtében válik szükségessé, beleértve a diagnosztizált állapotokat, a nem diagnosztizált kivizsgálás alatt álló állapotokat, az orvosilag dokumentált tünetet okozó állapotokat, illetve a kóros vizsgálati lelettel bíró eseteket.

(3) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a Biztosított betegsége vagy sérülése szeizmikus földmozgás, árvíz, vulkánkitörés és egyéb rendkívüli vagy katasztrófának minősülő jelenség közvetlen vagy közvetett hatásaként jelentkezik, ideértve a hivatalosan bejelentett járványokat is, azaz a Biztosító nem téríti az ezen betegség vagy sérülés kapcsán felmerülő költségeket.

(4) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon betegségekre, amelyeket a Biztosított alkoholizmusa, kábítószerfüggősége és/vagy bódító hatású anyagok (pszichoaktív, narkotikus vagy hallucinogén kábítószerek) használata okozott. Az ilyen betegségekből adódó gyógykezelések a Biztosító kockázatviseléséből kizártak.

(5) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a Biztosított öngyilkossági kísérletének, valamint a saját magának szándékosan okozott sérüléseinek, öncsonkításának következményeire, illetve az ebből eredő betegségekre.

(6) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki, és a Biztosító nem téríti az olyan betegségből vagy orvosi eljárásból eredő költségeket, melyre a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott fedezetek kifejezetten nem vonatkoznak.

(7) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki, és a Biztosító nem vállalja a kockázatot a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott esetekben.

(8) A Biztosító kockázatviselése a külföldi gyógykezelés szolgáltatás megszervezése és finanszírozása szolgáltatás vonatkozásában nem terjed ki, és a Biztosító nem teljesít szolgáltatást:

a) Minden olyan kísérleti gyógyellátás, diagnosztikai, terápiás célú és/vagy műtéti beavatkozás esetén, melyek biztonságát és megbízhatóságát tudományos módon nem igazolták, melyek széleskörűen nem elfogadottak, kivételt képeznek ez alól:

- az úgy nevezett „off-label” (egy engedélyezett gyógyszert az orvos nem a hivatalosan jóváhagyott módon alkalmaz) kezelések a Különös Biztosítás Feltételek 28.2.2.2 pontjában meghatározottak szerint, vagy

- klinikai kutatásban történő részvétel a Különös Biztosítási Feltételek 28.2.5 pontjában meghatározottak szerint.

b) A Biztosított HIV (AIDS)-vírus-fertőzöttsége, illetve minden olyan betegség esetén, mely összefüggésben áll a Biztosított HIV (AIDS)-vírus-fertőzöttségével vagy annak bárminemű kezelésével, ideértve a Kaposi szarkóma néven ismert betegséget is.

c) Minden olyan, a szervátültetéstől eltérő alternatív kezelés, szolgáltatás, ellátás vagy egyéb terápiás terv költsége, mely olyan betegség kapcsán merül fel, melyre orvosszakmai szempontból a legmegfelelőbb gyógymód a szervátültetés.

d) Hosszú távú mellékhatások kezelésére, krónikus tünetek enyhítésére vagy rehabilitációra (ideértve többek között, de nem kizárólagosan a fizikoterápiát, a mobilitási rehabilitációt, a nyelvi és beszédterápiát).

e) Minden olyan egészségügyi ellátás esetén, mely génterápiához, szomatikus sejtterápiához, módosított szövet terápiához kapcsolódik, kivéve a CAR-T sejtterápiát az alábbi esetekben:

- a kezelést a klinikai szakértői jelentés ajánlása szerint nyújtják, és
- kiméra antigénreceptorral felruházott T-sejt (CAR T-sejt) jóváhagyott protokoll.

f) A megelőző terápiákra.

g) Bármely egészségügyi szolgáltatás vagy ellátás, amely orvosilag nem szükséges valamely, az Egészségbiztosítás által fedezett betegség kezeléséhez.

h) Bármilyen betegség vagy egészségügyi állapot, melyet az Egészségbiztosítás által fedezett (az Ellátásszervező által szervezett és térített) orvosi eljárások okoztak, kivéve, ha a szóban forgó betegséget vagy egészségügyi állapotot a biztosítás fedezi, vagy a Különös Biztosítási Feltételek 28. §-ában meghatározott – a biztosítás által fedezett – egészségügyi ellátást teszi szükségessé.

i) Az utógondozás fedezett költségeivel kapcsolatban a következő kizárások érvényesek:

- Minden olyan költség, amelyet a társadalombiztosítás finanszíroz, vagy amelyet a Biztosított bármely egyéb egészségbiztosítása fedez.
- Bármilyen költség, mely nem felel meg az Ellátásszervező által meghatározott feltételeknek.
- Bármilyen költség, mely az Ellátásszervező által előzetesen jóváhagyott kórházaktól eltérő kórházban vagy egészségügyi intézményben merül fel.
- Bármilyen Magyarországon kívüli gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény vásárlásának költsége, kivéve, ha ahhoz az Ellátásszervező előzetesen kifejezetten hozzájárul.

j) Minden olyan diagnosztikai eljárással, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy egyéb terápiás tervvel kapcsolatos, vagy azzal összefüggő költség, amely Magyarországon merült fel, a Különös Biztosítási Feltételek 28.3.4.1 pontjában részletezett gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények, valamint a Különös Biztosítási Feltételek 28.3.4.2 pontjában meghatározott utógondozás szolgáltatás.

k) Bármilyen diagnosztikai eljárással, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy orvosi recepttel kapcsolatos vagy ezekből eredő kiadások, amennyiben az adott biztosítási esemény bejelentésének napján a Biztosított nem rendelkezik magyarországi lakóhellyel.

l) Minden olyan költség, mely szülési és gyermekágyi kezelés, otthoni ápolás, gyógyászati üdülőhelyek és természetgyógyászati központok szolgáltatásai, szanatóriumi központ vagy ápolási intézmény (elfekvő osztály) által nyújtott szolgáltatások, haldokló páciensek gondozása (hospice) vagy idősek otthonában nyújtott szolgáltatások kapcsán merül fel, melyeket a jelen biztosítás még akkor sem fedez, ha ezen szolgáltatások az Egészségbiztosítási szerződés által fedezett betegségek vagy orvosi beavatkozások folytán válnak szükségessé.

m) Mindenfajta protézis vagy egyéb ortopédiai eszközök, fűzők, kötszerek, mankók, művégtagok és szervek, parókák (még abban az esetben sem, ha használata kemoterápiás kezelés következtében válik szükségessé), ortopéd cipők, műfogsorok, sérvkötők és egyéb hasonló felszerelések vagy eszközök költsége, kivéve az emlőeltávolító műtét esetében használt mellprotézisek, valamint a szívbillentyű-protézisek költségét, ha az a jelen Egészségbiztosítás keretében nyújtott szolgáltatás következtében válik szükségessé.

n) Minden olyan gyógyszerészeti termék vagy gyógyszer költsége, melyet nem az illetékes egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel rendelkező gyógyszertárban vásároltak, vagy amely orvosi rendelvény nélkül beszerezhető.

o) Olyan számlák, melyeket a költség felmerülését követő 180 napon túl nyújtottak be a Biztosítóhoz vagy az Ellátásszervezőhöz.

p) Olyan számlák, amelyek a Szolgáltatási időszak lejáratát követően kerültek kiállításra.

q) A Különös Biztosítási Feltételek 28.3.4.1 pontjának vonatkozásában: minden olyan gyógyszer és gyógyszerészeti készítmény költsége, melyet az állami társadalombiztosítás vagy a Biztosított más egészségbiztosítási szerződése finanszíroz. Minden olyan költség, mely gyógyszerek vagy gyógyszerészeti készítmények beszerzésének adminisztrációjával kapcsolatos.

r) Minden olyan költség, amely kognitív zavarok, demencia vagy agykárosodás miatt szükségessé vált ellátás kapcsán merül fel, függetlenül a betegség súlyossági fokától.

s) Minden olyan költség, amely kerekesszékek, speciális ágyak, légkondicionáló vagy légtisztító berendezések, vagy az előzőekhez hasonló felszerelések megvásárlása vagy bérlése kapcsán merül fel.

t) Az olyan fordítási, telefonhasználati és egyéb költségek, melyek személyes célú használattal jellemezhető, vagy nem egészségügyi természetű tételek vonatkozásában merülnek fel.

u) Minden olyan költség, amely a Biztosított, a Biztosított rokonai és kísérői részéről – illetve részükre nyújtott szolgáltatások kapcsán – merül fel, kivéve azokat, amelyeket a jelen Egészségbiztosítási szerződés kifejezetten megenged.

v) Minden olyan költség, amely szerv vagy szövetátültetés esetén a donor részéről – illetve részére nyújtott szolgáltatások kapcsán – merül fel, és amelyre fedezetet nyújt a donor saját egészségbiztosítása.

w) Orvosszakmai szempontból szükségtelen és indokolatlan költségek.

x) Az előzetes fedezetigazolás kibocsátása előtt felmerült költségek.

y) Az előzetes fedezetigazolásban szereplő, az Ellátásszervező által jóváhagyott kórháztól eltérő kórházban felmerülő költségek.

**19. § Jognyilatkozatok, a Biztosításközvetítő ügynök jogállása**

(1) A Biztosításközvetítő ügynök szerződéskötésre nem jogosult, valamint arra sem, hogy a Szerződő jognyilatkozatait érvényesen hozzá intézze. A Biztosításközvetítő ügynök a Biztosító nevében jognyilatkozatot nem tehet. Amennyiben a Biztosításközvetítő ügynök tudomást szerzett egy adott

tényről, az nem jelenti azt, hogy a Biztosító is tudomást szerzett róla. A Biztosításközvetítő ügynök nem jogosult az ügyféltől díjat, díjelőleget átvenni, és nem jogosult a Biztosítótól az ügyfélnek járó összeget előzetesen átvenni.

(2) A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket kizárólag akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 3. számú mellékletében meghatározott módon és formában juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a Biztosítóhoz megérkezett.

**20. § Elektronikus kommunikáció**

(1) A Biztosító és az Ellátásszervező a papírmentes, gyors, megbízható, költséghatékony és környezetbarát kommunikáció érdekében a Szerződővel/Biztosítottal való kapcsolattartás során elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével jár el (a továbbiakban: elektronikus út vagy elektronikus kommunikáció).

(2) A Felek lényeges, az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának feltételeként határozzák meg azt, hogy a Biztosító, illetve az Ellátásszervező az Egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatban elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével jár el, azzal, hogy a Biztosító kizárólag ezen lényeges szerződési feltétellel köti meg az Egészségbiztosítási szerződést (azaz ennek hiányában az Egészségbiztosítási szerződést a Biztosító nem köti meg). A Biztosító, illetve az Ellátásszervező elektronikus kommunikációs jogának biztosítása az Egészségbiztosítási szerződés fennállásának is feltétele. Elektronikus kommunikációs útnak, csatornának minősül különösen, de nem kizárólagosan a Szerződő Szerződéshez regisztrált e-mail címére megküldött elektronikus kommunikáció a Biztosító vagy Ellátásszervező által, valamint az Ellátásszervező Online Egészségportálján keresztül feltöltött dokumentum vagy értesítés.

(3) Ennek megfelelően a Biztosító és az Ellátásszervező elektronikus kommunikáció útján küldi meg a Szerződő/Biztosított részére a szerződés létrejöttével és megszűnésével, valamint a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatásokat, dokumentumokat, valamint az Ellátásszervező Online Egészségportáljára történő regisztrációra felhívó e-mailt, továbbá a szerződés fenntartásával kapcsolatos információkat, tájékoztatásokat és dokumentumokat (a továbbiakban a jelen pont szerinti dokumentum, információ, küldemény, úgy is mint dokumentum vagy küldemény), ideértve azokat is, amelyeket a jelen Biztosítási Feltételek írnak elő, kivéve a fentiek szerinti panaszkezelési eljárást.

(4) A Szerződő/Biztosított köteles a Biztosító részére megadni az ajánlat megtételekor az e-mail címét (Szerződéshez regisztrált e-mail cím) és telefonszámát, és változásbejelentési kötelezettségként köteles annak megváltozását a Biztosító részére haladéktalanul, de legkésőbb 30 naptári napon belül bejelenteni a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 3. számú mellékletében meghatározott módon.

(5) Az elektronikus kommunikációs csatornák használata során – a biztonságos kommunikáció érdekében – a Szerződőnek gondoskodnia kell arról, hogy azokhoz illetéktelen személyek ne férjenek hozzá, különös tekintettel arra, hogy az elektronikus csatornákon közvetített információk biztosítási titkot is tartalmazhatnak. A Szerződőnek gondoskodnia kell arról is, hogy az elektronikus kommunikáció érdekében megadott Szerződéshez regisztrált e-mail cím élő és érvényes legyen, továbbá, hogy az e-mail cím felett teljes joggal rendelkezzen, azaz a címzett dönt a létrehozásáról, törléséről, hozzáférés módjáról (eszköz, gyakoriság), valamint joga van azt ezen (magán)célra használni. A Szerződő a kommunikációs

csatornákat (elektronikus postafiókját) rendszeresen ellenőrizni köteles annak érdekében, hogy a Biztosító, illetve az Ellátásszervező által küldött dokumentumokat kellő időben megismerje.

(6) Abban az esetben, ha a Biztosító vagy az Ellátásszervező technikai hiba, üzemzavar, más elháríthatatlan akadály esetén a dokumentumokat/információkat nem tudja az elektronikus kommunikációs csatornán megküldeni, úgy a Biztosító vagy az Ellátásszervező azokat a Szerződő által megadott állandó lakcímére, postai úton küldi meg.

(7) A Biztosítót és az Ellátásszervezőt nem terheli felelősség, ha az elektronikus kommunikáció a Szerződő/Biztosított hibájából, vagy az érdekkörében felmerült okból kézbesíthetetlen volt, illetve, ha a Szerződő/Biztosított elmulasztotta bejelenteni a Szerződéshez regisztrált e-mail címének megváltozását.

(8) A Biztosító a Szerződőnek a Biztosító által ismert utolsó állandó lakcímére levélben, vagy a Szerződéshez regisztrált e-mail címére elektronikus úton elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették, elektronikus levél esetén az elküldését követő napon.

(9) Szerződő jelen szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatait a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 3. számú mellékletében meghatározott módon teheti meg. A szerződés kapcsán használatos dokumentumokról, ügyfélnyilatkozatokról és azok lehetséges Szerződő általi beküldési módjairól a jelen Biztosítási Feltételek 3. számú melléklete tartalmaz részletes összefoglalót. Panasz benyújtására a Biztosító Panaszkezelési Szabályzatában leírtak az irányadók.

(10) A Biztosító a 3. számú mellékletet bármikor egyoldalúan megváltoztathatja, amelyről a változtatást megelőzően 30 nappal a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.medikonbiztosito.hu oldalon) értesíti a Szerződőt. A mindenkor aktuális 3. számú melléklet a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.medikonbiztosito.hu oldalon) található. A Biztosító a 3. számú mellékletet egyoldalúan kizárólag az alábbi alapos okok miatt módosíthatja:

- jogszabályi előírások módosulása,
- technikai fejlődés, • a Biztosító adminisztrációs folyamatainak változása,
- a Biztosító nyilvántartási rendszerének módosítása.

(11) A Szerződő az ajánlattétellel elfogadja a jelen paragrafus (2) bekezdésében lényeges szerződési feltételként meghatározott Biztosító általi elektronikus kommunikációt. Amennyiben a Szerződő az Egészségbiztosítási szerződés teljes tartama alatt – beleértve az automatikus tartamhosszabbításokat is – a Biztosító által lényeges szerződési feltételként meghatározott elektronikus kommunikációhoz való jogát nem teszi lehetővé azáltal, hogy ezen rendelkezéstől eláll, úgy az Egészségbiztosítási szerződés a jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-a szerint megszűnik.

### 21. § A személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

(1) A jelen Biztosítási Feltételek részét képező Egészségbiztosítási adatvédelmi tájékoztatóban kerültek meghatározásra a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók, amelyeket a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat. A Biztosító a változásról a változtatást megelőzően 30 nappal, vagy ha a jogszabály-módosítás hatálybalépése ezt nem teszi lehetővé, akkor a jogszabály hatálybalépését követő 30 napon belül a honlapján értesíti a Szerződőt. Az Egészségbiztosítási adatvédelmi tájékoztatóban történt változásokkal kapcsolatban a Biztosító mindenkor hivatalos

honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.medikonbiztosito.hu oldalon) elérhető, a mindenkor aktuális Egészségbiztosítási adatvédelmi tájékoztató az irányadó.

(2) Az Egészségbiztosítás keretében nyújtott külföldi gyógykezelések során a külföldi egészségügyi szolgáltatókat, orvosokat, egészségügyi szakembereket is terheli az orvosi titoktartási és egészségügyi adatokra vonatkozó megőrzési kötelezettség a rájuk vonatkozó jogszabályok szerint.

**22. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése**

(1) Ha a biztosítási kötvény elveszett vagy megsemmisült, a Szerződő köteles e körülményt a Biztosítónak a tudomásszerzéstől számított 30 napon belül bejelenteni, ez esetben a Biztosító másodlatot állít ki, amely másodlat az eredetivel egyező. A másodlat kibocsátásával az eredeti biztosítási kötvény érvénytelenné válik, e tényt a másodlaton záradékban fel kell tüntetni. E szabályok az irányadók a további kötvénymásodlatokra vagy egyéb okiratok másodlataira is.

(2) A másodlatok kiállításával kapcsolatban felmerült költségek a Szerződőt terhelik.

**23. § Elévülés**

Az Egészségbiztosítási szerződésből eredő igények elévülési ideje öt (5) év.

**24. § Egyéb rendelkezések, panaszbejelentés és a jogviták rendezése**

(1) A biztosítás esetén matematikai tartalék képzésére nem kerül sor, ezért többlethozam nem keletkezik, és nincs nyereségrészesedés sem.

(2) A panaszbejelentésre a Panaszkezelési Szabályzatban foglaltak az irányadók.

(3) A Felek jogvita esetén a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény (Pp.) általános szabályai szerint illetékességgel és hatáskörrel rendelkező bírósághoz fordulnak.

**25. § A Polgári Törvénykönyvtől, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától eltérő szabályok**

Jelen paragrafus tartalmazza a jelen Biztosítási Feltételek azon rendelkezéseit, amelyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától, biztosítási szerződéseitől lényegesen eltérnek.

(1) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 2. §-ában meghatározott fogalmak és meghatározások a jelen Általános és Különös Biztosítási Feltételek alapján létrejövő Egészségbiztosítási szerződések vonatkozásában kerültek meghatározásra, ezért eltérhetnek a Ptk.-ban, illetve egyéb jogszabályban meghatározottaktól, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától.

(2) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 2. §-ában meghatározottak szerint a jelen Egészségbiztosítási szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.

(3) Annak meghatározása a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6. §-ának (5) bekezdésében, hogy a Biztosító mit minősít lényeges körülménynek.

(4) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 8. §-ának (1)–(2) bekezdése szerint az Egészségbiztosítás tartama egy (1) biztosítási év, amely minden évben további egy (1) biztosítási évvel meghosszabbodik, amennyiben a Szerződő vagy a Biztosító ettől eltérően nem nyilatkozik a biztosítási év vége előtt 30 nappal.

(5) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (4) bekezdése alapján az írásbeli megállapodást, illetőleg a Biztosító elfogadó nyilatkozatát biztosítási kötvény kiállítása pótolja. A biztosítási szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre.

(6) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 20. §-ának (2) bekezdése alapján a Felek lényeges, a biztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának feltételeként határozzák meg azt, hogy a Biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatban elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével jár el, azzal, hogy a Biztosító kizárólag ezen lényeges szerződési feltétellel köti meg a biztosítási szerződést. A Biztosító elektronikus kommunikációs jogának biztosítása a biztosítási szerződés fennállásának is feltétele.

(7) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (19) bekezdése alapján a Felek lényeges, a biztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának feltételeként határozzák meg azt, hogy a Biztosítottnak a lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhellyel kell rendelkeznie, a Biztosító kizárólag ezen lényeges szerződési feltétellel köti meg az Egészségbiztosítási szerződést (azaz ennek hiányában az Egészségbiztosítási szerződést a Biztosító nem köti meg).

(8) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 20. §-ának (8) bekezdése alapján a Biztosító a Szerződőnek a Biztosító által ismert utolsó állandó lakcímére levélben vagy a Szerződéshez regisztrált e-mail címére elektronikus úton elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették, elektronikus levél esetén az elküldését követő napon.

(9) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 20. §-ának (9) bekezdése alapján a Szerződő a jelen szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatait a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 3. számú mellékletében meghatározott módon teheti meg.

(10) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 20. §-ának (11) bekezdése alapján, amennyiben a Szerződő a biztosítási szerződés teljes tartama alatt – beleértve az automatikus tartamhosszabbításokat is – a Biztosító által lényeges szerződési feltételként meghatározott elektronikus kommunikációhoz való jogát nem teszi lehetővé azáltal, hogy ezen rendelkezéstől eláll, úgy a biztosítási szerződés a jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-a szerint megszűnik.

(11) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-ának (1) bekezdése szerint a Szerződőnek lehetősége van a kötvény elektronikus úton történő kiküldésétől számított 30 naptári napos határidőn belül indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül azonnali hatállyal a biztosítási szerződéstől elállni.

(12) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 18. §-ában, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben az egyes egészségbiztosítási fedezeteknél meghatározott kockázatkizárások köre bővült.

(13) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 10. §-ának (10)–(16) pontjai alapján a Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a díjtételt és ezáltal a biztosítás aktuális díját biztosítási tartamonként (biztosítási évenként) minden biztosítási év első napjával kezdődő hatállyal egyoldalúan állapítsa meg.

(14) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 12. §-a szerint a Biztosítónak lehetősége van a Biztosítási Feltételek, a szolgáltatás és a Szolgáltatási összeglimit egyoldalú módosítására.

(15) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-a szerint a biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítottnak az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt kell bejelentenie a Biztosító részére.

**„Nemzetközi Beutaló” Biztositás Általános és Különös Biztosítási Feltételek**

**26. § Általános rendelkezések**

(1) A jelen Különös Biztosítási Feltételekben foglalt rendelkezések a Biztosító Általános Biztosítási Feltételeivel együtt – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Biztosító Egészségbiztosítási szerződésének feltételeit képezik, feltéve, hogy a szerződést a Különös Biztosítási Feltételekre és az Általános Biztosítási Feltételekre hivatkozva kötötték meg.

(2) A jelen Különös Biztosítási Feltételek az Általános Biztosítási Feltételektől eltérhetnek, a Különös Biztosítási Feltételek és az Általános Biztosítási Feltételek eltérése esetén a Különös Biztosítási Feltételek rendelkezései az irányadók.

(3) A Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek, az Általános Biztosítási Feltételekben, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

(4) Az Egészségbiztosítás keretében nyújtott külföldi gyógykezelésekre a külföldi gyógykezelés helye szerinti külföldi jogszabályok az irányadók, melyek eltérőek lehetnek a magyar egészségügyi szabályoktól.

(5) Amennyiben a biztosítási szolgáltatás költsége vagy egyéb összeg kifizetése euróban történik, és az összeg kifizetésére a Biztosított vagy egyéb Szolgáltatásra jogosult nem eurós bankszámlaszámot ad meg, úgy a Biztosított vagy egyéb Szolgáltatásra jogosult viseli az ebből eredő árfolyamkockázatot.

**27. § Az Egészségbiztosítás által fedezett betegségek és orvosi beavatkozások**

A Biztosító az alábbi 5 kategóriába tartozó betegségek és orvosi beavatkozások esetén nyújt szolgáltatást:

**1. Onkológiai megbetegedések**

(1) Biztosítási esemény:

a) Biztosítási eseménynek minősül a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán orvoshoz fordulás) nélküli, a b) pont szerinti rosszindulatú daganatos megbetegedés diagnosztizálása miatt a Biztosított azon igénye, hogy

- második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy
- a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt, és/vagy

b) A Biztosító a jelen Egészségbiztosítás szempontjából az alábbi betegségeket és/vagy betegségmegelőző állapotokat tekinti rosszindulatú daganatos betegségeknek:

(i) olyan, rákot megelőző elváltozás a sejtekben, amelyek citológiailag vagy szövettanilag magas fokú diszpláziának vagy súlyos diszpláziának minősülnek;
(ii) olyan „in situ” típusú rák, mely nem terjed tovább a hámszövet azon sejtjeiről, ahol kialakult, és nem támadja meg a strómát vagy a környező szöveteket;

(iii) bármilyen rosszindulatú daganat, beleértve a leukémiát, a szarkómát és a limfómát, melyet rosszindulatú sejtek szabályozatlan növekedése és inváziója jellemez. Az itt meghatározott rosszindulatú daganatos betegségek bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatást nyújt.

c) A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a Biztosítottnál fellépő rosszindulatú daganatos betegség végleges, szövettani vizsgálattal igazolt diagnózisa felállítását, vagy amennyiben szövettani vizsgálattal igazolt diagnózis nem áll rendelkezésre, a laborvizsgálatot vagy képalkotó vizsgálatot – amely a daganat előzetes diagnózisának alapját képezi – követő szolgáltatás iránti igény bejelentésének időpontja.

(2) Kizárás A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki, és a Biztosító nem szolgáltat:

a) HIV (AIDS) pozitív diagnózis mellett fellépő bármely rosszindulatú daganatra,
b) minden olyan, nem melanóma típusú bőrdaganatra, kivéve a rosszindulatú melanómákat, amely hisztológiai osztályozás alapján nem terjed túl az epidermiszen (felhámon).

**2. Koszorúér-bypass műtét**

(1) Biztosítási esemény

a) Biztosítási eseménynek minősül a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán orvoshoz fordulás) nélküli, kardiológus szakorvos által megállapított és orvosilag írásban dokumentált, a jelen pontban meghatározott szívkoszorúér-műtét (bypass) szükségessége miatt a Biztosított azon igénye, hogy

- második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy
- a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt, és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak. b) Biztosítási eseménynek minősül a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán orvoshoz fordulás) nélküli, kardiológus szakorvos által megállapított és orvosilag írásban dokumentált, egy vagy több szívbillentyűcseréje vagy -helyreállítása érdekében szükségessé váló műtét miatt a Biztosított azon igénye, hogy
- második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy
- a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt, és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak. Az egy vagy több szívbillentyű cseréje vagy helyreállítása érdekében szükséges műtét lehet nyílt szívműtét vagy minimálisan invazív szívműtét vagy katéteres eljárással végzendő műtét. c) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtéti javaslat megállapítását követő szolgáltatás iránti igény bejelentésének időpontja.

(2) Kizárás A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki, és a Biztosító nem szolgáltat abban az esetben, ha a Biztosított szívkoszorúér-betegségével kapcsolatban igényel szolgáltatást, melynek kezelése során a bypassműtéttől eltérő technikát alkalmaznak, vagy annak elvégzésére kapott javaslatot, így például az angioplasztikai sebészet bármely típusa vagy a stentelés.

## 3. Szívbillentyű csere/helyreállítás

(1) Biztosítási esemény

a) Biztosítási eseménynek minősül a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után (kivéve baleset esetén), a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán orvoshoz fordulás) nélküli, szakorvos által megállapított és orvosilag írásban dokumentált, a központi idegrendszer koponyaűrben elhelyezkedő részét (agy) és/vagy a koponyaűrön belül elhelyezkedő képleteit érintő műtét szükségessége miatt a Biztosított azon igénye, hogy • második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy • a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt, és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak.

b) Biztosítási eseménynek minősül a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után (kivéve baleset esetén), a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán kezdeményezett orvosi vizsgálat) nélküli, szakorvos által megállapított és orvosilag írásban dokumentált, gerincvelőre lokalizált jóindulatú daganatok műtéti kezelésének szükségessége miatt a Biztosított azon igénye, hogy második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt, és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak.

c) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtéti javaslat megállapítását követő szolgáltatás iránti igény bejelentésének időpontja.

## 4. Koponyán belüli és gerincvelői műtétek

(1) Biztosítási esemény:

a) Biztosítási eseménynek minősül a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után (kivéve baleset esetén), a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán kezdeményezett orvosi vizsgálat) nélküli, szakorvos által megállapított és orvosilag írásban dokumentált, a jelen pontban meghatározott szervátültetés szükségessége miatt a Biztosított azon igénye, hogy

- második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy
- a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt, és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak. Jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségbiztosítási fedezet csak az Élődonorral végzett tüdőlebeny vagy májlebeny vagy hasnyálmirigy-szakasz transzplantációjára, vagy veseátültetésre terjed ki, és a beültetendő szerv/szervrészlet a vizsgálatok során megfelelőnek bizonyult Élődonorból származik.

## 5. Élődonoros szervátültetés

(1) Biztosítási esemény:

a) Biztosítási eseménynek minősül a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után (kivéve baleset esetén), a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán kezdeményezett orvosi vizsgálat) nélküli, szakorvos által megállapított és orvosilag írásban dokumentált

(i) autológ vagy allogén csontvelő műtéti úton történő beültetésének (BMT), illetve

(ii) autológ vagy allogén perifériás vér őssejt-transzplantációjának (PBSCT) szükségessége miatt a Biztosított azon igénye, hogy

- második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy
- a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt, és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak. Jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségbiztosítási fedezet csak az Élődonorral végzett szervátültetésekre terjed ki, és a beültetett csontvelő a vizsgálatok során megfelelőnek bizonyult Élődonorból vagy a Biztosítottból származik.

b) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szervátültetésre vonatkozó műtéti javaslat megállapítását követő szolgáltatás iránti igény bejelentésének időpontja. d) Jelen biztosítás alapján potenciális Élődonor az a nagykorú és teljesen cselekvőképes személy lehet, aki a következmények ismeretében vállalja a kivizsgálást és az ellenérték nélküli szervadományozást, valamint a műtét kockázatát és lehetséges következményeit. Az élődonoros szervátültetésnek az adott, kivizsgálást és műtétet végző külföldi kórház állama szerint további egészségügyi és jogi feltételei lehetnek, amelyekről az adott külföldi egészégügyi szolgáltató ad tájékoztatást.

(2) Kizárás A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki, és a Biztosító nem szolgáltat az élődonoros szervátültetés és csontvelőátültetés vonatkozásában az alábbi esetekben:

a) Az olyan szervátültetés, amely alkoholos májbetegség (krónikus túlzott alkoholfogyasztás következtében), kialakuló májelégtelenség miatt válik szükségessé.
b) Az olyan szervátültetés, amelyet saját szerv felhasználásával hajtanak végre, kivéve a csontvelő-átültetést.
c) Az olyan szervátültetés, melyben a Biztosított donorként szerepel.
d) A nem élődonoros szervátültetés.
e) Az olyan szervátültetés, mely során őssejtkezelést használnak.
f) Olyan szervátültetés, mely a donorszerv megvásárlása miatt válik lehetségessé.
g) A köldökzsinórvért felhasználó haematopoeticus vérképző őssejtátültetés (HSCT).

### 28. § A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító a Szerződő Egészségbiztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Ellátásszervező révén, amennyiben annak feltételei fennállnak, az alábbi szolgáltatásokat nyújtja a jelen paragrafusban meghatározottak szerint, valamint a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében szereplő Szolgáltatási limitek figyelembevételével:

- Második orvosi szakvélemény szolgáltatás;
- Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatás.

**28.1 Második orvosi szakvélemény szolgáltatás**

(1) Amennyiben a Biztosított az Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ában meghatározott módon igénybejelentést tesz a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ában meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódóan, Második orvosi szakvélemény szolgáltatást kérhet az Ellátásszervezőtől az Online Egészségportálon keresztül, melynek célja a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ában meghatározott betegség vagy orvosi beavatkozás diagnózisának megerősítése és ezáltal az optimális kezelési terv meghatározása.

(2) Második orvosi szakvélemény szolgáltatásra a Biztosított biztosítási eseményenként egyszer jogosult. Amennyiben az Ellátásszervező által bekért dokumentumok hiánytalanul az Online Egészségportálra feltöltésre kerültek, amelyre tekintettel a Második orvosi szakvélemény kiállítható, úgy az Ellátásszervező az utolsó dokumentum beérkezésétől számítva, az Ellátásszervező székhelyének országa szerinti szabályok szerinti 15 munkanapon belül elektronikus úton, az Online Egészségportálon keresztül, eljuttatja a Biztosított részére a második orvosi szakvéleményt. Amennyiben a Biztosított Második orvosi szakvélemény szolgáltatást igényel, a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra való jogosultság megállapítása csak a második orvosi szakvélemény kiadását követően történhet meg.

(3) Második orvosi szakvéleményt az Ellátásszervező is kérhet.

(4) A szolgáltatás igénybevétele nem csökkenti a Szolgáltatási összeglimitet.

**28.2 A Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatás**

(1) Amennyiben a Biztosított az Online Egészségportálon keresztül a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ában meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódóan bejelentést tesz, a Biztosító az Ellátásszervező révén az Egészségbiztosítási szerződésben fedezett Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása biztosítási szolgáltatást nyújtja a jelen pontban meghatározottak szerint és a Szolgáltatási limitek figyelembevételével, amennyiben a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége fennáll.

(2) Abban az esetben, ha a magyar vagy nemzetközi hatóságok által elrendelt korlátozások (vis maior, logisztikai vagy működési korlátozások) akadályozzák az Ellátásszervezőt abban, hogy a külföldi kezelést megszervezze, akkor az Ellátásszervező gondoskodik a jelen pontban meghatározott szolgáltatások biztosításáról, illetve a kezelés során felmerülő egészségügyi kiadások finanszírozásáról Magyarországon – feltéve, hogy ugyanazon korlátozások nem akadályozzák egyenértékű magyarországi kezelési alternatíva kialakítását.

(3) A jelen fejezet (1) pontjában meghatározott szolgáltatások biztosítása, illetve a kezelés során felmerülő egészségügyi kiadások finanszírozása Magyarországon csak addig vehető igénybe, amíg az Ellátásszervező nem tudja a külföldi kezelést megszervezni. Az ilyen módon – magyarországi kezelések kapcsán – felmerülő egészségügyi kiadásoknak csak a Biztosított egyéb egészségbiztosítása vagy a társadalombiztosítás által nem fedezett részét téríti az Egészségbiztosítás, a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.2.3.1 pontjában meghatározott pénzbeli szolgáltatást kórházi tartózkodás esetén nem nyújt.

**28.2.1 A Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatásra való jogosultság elbírálása és a javasolt kórházak**

(1) Amennyiben az Ellátásszervező által bekért, vonatkozó diagnosztikai vizsgálatok és kórtörténetek hiánytalanul az Online Egészségportálra feltöltésre kerültek, amelyre tekintettel a szolgáltatásra való

jogosultság eldönthető, úgy az Ellátásszervező elbírálja a szolgáltatási igényt. Amennyiben a Biztosított Második orvosi szakvélemény szolgáltatást igényel, a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra való jogosultság megállapítása csak a második orvosi szakvélemény kiadását követően történhet.

(2) Amennyiben a rendelkezésre álló információk és dokumentumok alapján a szolgáltatásra való jogosultság és/vagy a szolgáltatás mértéke nem meghatározható, úgy az Ellátásszervező a szolgáltatási igényt elutasítja azzal, hogy amennyiben az elutasítást követően, de még az elévülési időn belül a kért dokumentumok pótlásra kerülnek, a Biztosító megbízásából eljáró Ellátásszervező az igénybejelentést újra elbírálja.

(3) Amennyiben a Biztosított jogosult a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra, az Ellátásszervező a Biztosított külföldi gyógykezelés megkezdésének szándékáról tett bejelentés beérkezésétől számítva az Ellátásszervező székhelyének országa szerinti szabályok szerint a második orvosi szakvélemény kiadását követően összeállítja és elektronikus úton, az Online Egészségportálon keresztül eljuttatja a Biztosított részére az adott betegség kezelésére javasolt külföldi kórházak listáját, a Szolgáltatási időszak rendelkezésre állásának figyelembevételével – az alábbiak szerint:

- Szolgáltatási időszak teljes elérhetősége: Adott fedezet tekintetében nem volt olyan biztosítási esemény, amely kiváltotta volna a Biztosító Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatását, így az Ellátásszervező visszaigazolja a Szolgáltatási időszak teljes, 39 hónapos rendelkezésre állását.

- Szolgáltatási időszak részleges rendelkezésre állása: Adott fedezet tekintetében korábban már volt olyan biztosítási esemény, amely kiváltotta a Biztosító Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatását, mely esetben az Ellátásszervező visszaigazolja, hogy a Szolgáltatási időszakból még hány hónap áll rendelkezésre.

- A Szolgáltatási időszak lejárt: Adott fedezet tekintetében korábban már volt olyan biztosítási esemény, amely kiváltotta a Biztosító Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatását, és a Szolgáltatási időszak lejárt, mely esetben az Ellátásszervező visszaigazolja, hogy a szolgáltatási igény a feltételek szerint nem teljesíthető.

(4) Az Ellátásszervező kizárólagos döntése a kórház kiválasztása, és ebben a jogkörében eljárva három kórházat javasol, és a Biztosított döntheti el, hogy melyikben kívánja igénybe venni a gyógykezelést.

(5) A Biztosítottnak az Ellátásszervező által az Online Egészségportálon rendelkezésre bocsátott dokumentum felhasználásával kell a javasolt kórházak közül kettőt kiválasztania a sorrendiség megadásával, és fel kell tüntetnie azt is, hogy lesz-e és ki lesz a Kísérője a külföldi gyógykezelés során. A Biztosítottnak a kitöltött és aláírt dokumentumot az Online Egészségportálon keresztül kell eljuttatni az Ellátásszervező részére.

### 28.2.2 A Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatás és az előzetes fedezetigazolás

(1) Miután az Ellátásszervező megkapta a Biztosított kitöltött és aláírt nyilatkozatát, az Ellátásszervező az Ellátásszervező székhelyének országa szerinti szabályok szerinti 10 munkanapon belül

megkezdi a szükséges logisztikai és egészségügyi előkészületeket a Biztosított kórházi felvételére, továbbá egy előzetes fedezetigazolást bocsát ki, mely kizárólag a kiválasztott kórházra érvényes.

(2) Az előzetes fedezetigazolás tartalma a Biztosított ezen dokumentum kibocsátásakor ismert egészségi állapota alapján kerül meghatározásra. Mivel a Biztosított állapota időben változhat, az előzetes fedezetigazolás a kibocsátásától számított 3 hónapig érvényes. Amennyiben a Biztosított nem kezdi meg a kezelést a választott és az előzetes fedezetigazolásban rögzített kórházban a fedezetigazolás kibocsátásától számított 3 hónapon belül, új fedezetigazolás kerül kiállításra a Biztosított aktuális egészségi állapota alapján. A Biztosított a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatásoknak, valamint az előzetes fedezetigazolásban meghatározott feltételeknek és korlátozásoknak a figyelembevételével, az előzetes fedezetigazolás alapján lesz jogosult igénybe venni a megfelelő orvosi beavatkozáshoz kapcsolódó kezeléseket, ellátásokat és terápiákat, szolgáltatásokat (szállás, légitársaság, vasút, taxi).

### 28.2.3 Fedezett költségek és kiadások a külföldi gyógykezelés alatt

(1) Az előzetes fedezetigazolásban szereplő feltételek teljesülése esetén a Biztosító az alábbi költségek és kiadások finanszírozását, valamint biztosítási összeg kifizetését vállalja a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott korlátozásokkal, kizárásokkal és feltételekkel, figyelembe véve a limiteket is.

(2) Az Egészségbiztosítás kizárólag az előzetes fedezetigazolás kiadásának napját követően felmerülő kiadásokra és kifizetésekre biztosít fedezetet.

#### 28.2.3.1 Pénzbeli szolgáltatás kórházi tartózkodás esetén

(1) A Biztosítottat az Ellátásszervező által az előzetes fedezetigazolásban jóváhagyott és a jelen Egészségbiztosítás által finanszírozott külföldi gyógykezelés során minden kórházban töltött teljes 24 óra után kórházi napi térítés illeti meg. Az Ellátásszervező a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében megjelölt biztosítási összeget fizeti ki a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében megjelölt maximális időtartam mint korlát figyelembevételével a Biztosítottnak az Ellátásszervező székhelyének országa szerinti szabályok szerint számított 10 munkanapon belül a kórház elhagyását követően.

(2) A biztosítás által fedezett egészségügyi állapotokra vonatkozó egyszeri és egyösszegű pénzbeli ellátás, amely a biztosított személy életében egyszer fizethető ki jelen biztosítási csomag keretein belül amennyiben a biztosított lemond a biztosítási szerződés által nyújtható nemzetközi gyógykezelésről. Az egyösszegű ellátás akkor fizethető, ha a biztosított személy kifejezetten úgy dönt (amit az Ellátásszervezővel közöl), hogy nem kívánja a kezelést a hazáján/lakóhelyén kívül igénybe venni:

- 50 000 EUR biztosított személyenként, kivéve az 1.számú melléklet C.1.2 és C.1.3 pontban felsorolt egészségügyi állapotokat
- 2 000 EUR biztosított személyenként az 1.számú melléklet C.1.2 és C.1.3 pontban felsorolt egészségügyi állapotok esetén
- 10 000 EUR biztosított személyenként az 1.számú melléklet C.4.1 és C.4.2 pontban felsorolt egészségügyi állapotok esetén

**28.2.3.2 Az Egészségbiztosítás által fedezett, a Biztosított kórházi ápolásával kapcsolatosan felmerülő költségek**

(1) Kórházi ellátás költségei, úgymint:

- a kórházi benntartózkodás ideje alatt a Biztosított elhelyezésének, étkeztetésének költsége és az általános ápolói szolgálat költsége;
- egyéb kórházi szolgáltatások költsége, ideértve a kórház járóbetegrészlegei által nyújtott szolgáltatás (beleértve az orvosi tolmácsolást is) költségét, valamint a Biztosított Kísérője számára biztosított pótágy költségét – feltéve, hogy a kórház ilyen szolgáltatással rendelkezik;
- a műtő használatának költsége (beleértve az összes szolgáltatást).

(2) Orvosi ellátás, vizsgálatok, kezelések, műtétek költsége.

(3) A kórházi ápolás ideje alatt az orvosi vizit költségei.

(4) Egynapos sebészeti beavatkozásokat végző ambulanciákon vagy független egészségügyi központokban történő kezelés, műtét, orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszer költsége, de csak akkor, ha ezekre kórházi ellátás esetén az Egészségbiztosítás fedezetet nyújt.

(5) A következő egészségügyi szolgáltatások, kezelések, vizsgálatok vagy orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszerek költsége:

- érzéstelenítés és altatás, valamint az ezekhez használt szerek beadásának költségei, feltéve, hogy az érzéstelenítést és altatást erre jogosultsággal bíró egészségügyi szakember végzi;
- laboratóriumi vizsgálatok, patológia, kezelés előkészítését célzó röntgenvizsgálatok, sugárterápia, radioaktív izotópos eljárások, kemoterápia, electrocardiogram (EKG), szívultrahang, mielogram, elektroencefalogram (EEG), angiogram, komputertomográfia (CT), valamint más hasonló tesztek és vizsgálatok, melyek a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ában meghatározott betegségek, illetve orvosi beavatkozások végrehajtásához szükségesek, feltéve, hogy ezeket orvos végzi vagy orvosi felügyelet mellett végzik;
- vérátömlesztés, valamint vérplazma és vérsavó beadása;
- oxigén használata és intravénás kezelések, injekciók alkalmazása;
- sugárkezelés: ionizáló (röntgen, gamma) sugárzás a daganatok zsugorítására és a rákos sejtek elpusztítására, mely sugárzás származhat testen kívüli eszközből (külső sugárforrásból történő kezelés vagy teleterápia), illetve testbe helyezett sugárzó anyagból (belső sugárkezelés vagy brachytherápia);
- rekonstrukciós műtét a finanszírozott kezelések során károsodott vagy eltávolított struktúrák funkciójának helyreállítása érdekében;
- a külföldi gyógykezelés keretében elvégzett ellátásokkal közvetlen összefüggésbe hozható komplikációk és mellékhatások kezelése, amennyiben azok azonnali, a hazautazás előtti orvosi beavatkozást igényelnek kórházi körülménynek között, és szükségesek ahhoz, hogy a kezelés befejeztével a Biztosítottat egészségügyi szempontból alkalmasnak nyilvánítsák a Magyarországra történő hazautazásra.

(6) A kórházi tartózkodás ideje alatt orvos által felírt gyógyszerek, gyógyszerészeti készítmények költsége. A gyógykezelés posztoperatív szakaszára (a külföldi gyógykezelés lezárultát követő legfeljebb 30 napra) előírt gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költsége kizárólag abban az esetben, ha ezek beszerzésére még a Magyarországra történő visszaérkezés előtt kerül sor.

(7) Mentőautóval vagy légimentővel történő szállítás költsége, ha azt orvos írja elő és az Ellátásszervező előzetesen jóváhagyja.

(8) Az élő szervdonor számára a szervátültetéshez, illetve a beültetendő szerv donorból történő eltávolításához kapcsolódóan nyújtott szolgáltatások költsége, úgymint:

- a Biztosított hozzátartozói között végzett, a megfelelő donorok azonosításához szükséges tesztek, elemzések, és vizsgálatok költsége;
- a donornak nyújtott kórházi szolgáltatások költsége, ideértve a donor kórházi elhelyezésének és étkeztetésének költségét, az általános ápolói szolgálat költségét, a kórházi személyzet egyéb, megszokott szolgáltatásainak költségét, a laboratóriumi tesztek költségét és a kórház egyéb eszközei, berendezései használatának költségét (kivéve azon személyes használatra szánt eszközök költségét, melyek nem szükségesek a szervátültetés lebonyolításához);
- a szervátültetés végrehajtásához szükséges, donoron végzett egészségügyi szolgáltatások és műtéti beavatkozások költsége.

(9) Élő szövetek átültetésével kapcsolatban felmerülő, a csontvelő pótlását, helyettesítését célzó anyagok és szolgáltatások költsége.

### 28.2.3.3 Az Egészségbiztosítás által fedezett, a Biztosított utazásával kapcsolatosan felmerülő költségek

(1) Az Egészségbiztosítás a Biztosított és egy Kísérője számára, szervátültetés esetén a donor számára is, kizárólag a külföldi gyógykezelés céljából megszervezett, a külföldi gyógykezelés helyszínére menetrend szerinti járattal történő elutazás és az onnan történő hazautazás költségeit fedezi. Az utazás szervezését kizárólag az Ellátásszervező végzi, és a költségeket közvetlenül téríti meg a szolgáltatást nyújtó félnek. Az Egészségbiztosítás a Biztosított vagy a Biztosított nevében eljáró harmadik fél által megszervezett utazás költségét nem téríti meg.

(2) Az utazási időpontokat az Ellátásszervező határozza meg az aktuális kezelési terv alapján, melyről előzetesen tájékoztatja a Biztosítottat. Az Ellátásszervező a kezelési terv alapján többszöri oda-vissza utaztatást is szükségesnek tarthat a gyógykezelés helyszínére. Amennyiben a Biztosított változtat az Ellátásszervező által meghatározott utazási időpontokon, úgy a Biztosítottnak meg kell térítenie minden járulékos költséget a Biztosító és/vagy Ellátásszervező számára, mely az új időpontban történő utazás megszervezésével és lebonyolításával jár, kivéve, ha az utazási időpontok módosítását az Ellátásszervező orvosi szempontból szükségesnek ítéli meg.

(3) Az Egészségbiztosítás által fedezett utazási költségek az alábbiakra terjednek ki:

- Transzfer a Biztosított magyarországi lakóhelyéről a kijelölt repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra.
- Turistaosztályra szóló repülővagy vonatjegy biztosítása a kezelés helyszínére, valamint transzfer a külföldi gyógykezelés helyszínén kijelölt szállodába.

• Transzfer a kijelölt külföldi kórházból vagy szállodából a kijelölt külföldi repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra.
• Turistaosztályra szóló repülővagy vonatjegy biztosítása Magyarországra, valamint transzfer a Biztosított magyarországi lakóhelyére.

(4) A Biztosító kockázatviseléséből kizárt, és a Biztosító nem teljesít szolgáltatást a külföldi szállodából a kezelés helyszínére (kórházba, kezelőorvoshoz) történő transzfer költségeire.

**28.2.3.4 Az Egészségbiztosítás által fedezett, a Biztosított elszállásolásával kapcsolatosan felmerülő költségek**

(1) A kizárólag külföldi gyógykezelés céljából történő utazás során a Biztosított és egy Kísérője számára (szervátültetés esetén a donor számára is) megszervezett (szállodai) elhelyezés költségei. A szállodai elhelyezés szervezését kizárólag az Ellátásszervező végzi, és a költségeket közvetlenül téríti meg a szolgáltatást nyújtó félnek. Jelen Egészségbiztosítás a Biztosított vagy a Biztosított nevében eljáró harmadik fél által megszervezett elhelyezés költségét nem téríti meg.

(2) A szállodai elhelyezés időszakát az Ellátásszervező határozza meg az aktuális kezelési terv alapján, és erről előzetesen tájékoztatja a Biztosítottat. Az Ellátásszervező a szállodai elhelyezés befejezésének időpontját a kezelések befejezésének időpontja és a kezelőorvossal való egyeztetés alapján határozza meg.

(3) Amennyiben a Biztosított változtat az Ellátásszervező által meghatározott foglalási időpontokon, úgy a Biztosítottnak meg kell térítenie minden járulékos költséget a Biztosító és/vagy az Ellátásszervező számára, mely az új időpontban történő elhelyezés megszervezésével és lebonyolításával jár, kivéve, ha a foglalási időpontok módosítását az Ellátásszervező orvosi szempontból szükségesnek ítéli meg.

(4) Az Egészségbiztosítás által fedezett szállásköltségek az alábbiakra terjednek ki:

• Kétágyas vagy franciaágyas szoba reggelivel, 3 vagy 4 csillagos szállodában. A szálloda kiválasztása függ a szobák elérhetőségétől, valamint a szálloda és a kórház (kezelőorvos rendelési helye) közötti távolságtól, mely nem lehet több, mint 10 km.
• Az étkezések költségeit, kivéve a reggeli költségét, valamint bármely egyéb esetlegesen felmerülő szállodai költséget a jelen Egészségbiztosítás nem fedezi.

**28.2.3.5 Holttest hazaszállítása**

(1) Amennyiben a Biztosított (illetve szerv és szövetátültetés esetén az élő donor) a jelen Egészségbiztosítás alapján szervezett külföldi gyógykezelés keretében Magyarországon kívüli tartózkodása alatt elhalálozik, úgy az Egészségbiztosítás a külföldi gyógykezelés során elhunyt Biztosított (továbbá szerv és szövetátültetés esetén az elhalálozott donor) földi maradványainak Magyarországra történő szállításának megszervezését és annak költségét az alábbiak szerint fedezi.

(2) A Biztosító kizárólag az alábbi szolgáltatásokkal és ellátásokkal kapcsolatos költségeket fedezi, amelyek az elhunyt holttestének felkészítéséhez és Magyarországra történő szállításához szükségesek:

• a szállítás minimális követelményeinek megfelelő koporsót,
• balzsamozási eljárás biztosításának költségeit,
• holttest hazaszállításához szükséges adminisztratív intézkedések költségeit, valamint
• a holttest szállításának költsége a külföldi kórháztól a magyarországi temetkezési helyre.

(3) A Biztosító a rendelkezésre jogosult által meghatározott temetkezési hely figyelembevételével szervezi meg a holttest hazaszállítását.

### 28.2.4 A külföldi gyógykezelés befejezése

(1) A külföldi gyógykezelés akkor tekinthető befejezettnek, ha az Ellátásszervező megerősíti, hogy a gyógykezelést végző orvosok által előírt, orvosszakmai szempontból indokolt és szükséges minden ellátást, kezelést, beavatkozást elvégeztek. A külföldi gyógykezelés befejezését követően az Ellátásszervező gondoskodik a Biztosított és Kísérője, illetve szervátültetés esetén a donor hazajutásáról, továbbá információval látja el a Biztosítottat arról, hogyan tudja igénybe venni az utógondozás szolgáltatást, valamint a hazatérést követően a Magyarországon vásárolt gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költségének megtérítését.

#### 28.2.4.1 A külföldi gyógykezelés befejezését követően fedezett gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költsége

(1) A legalább 3 napos kórházi tartózkodást szükségessé tevő külföldi gyógykezelés befejezése után, a Biztosított Magyarországra történő hazatérését követően az Egészségbiztosítás fedezi a Szolgáltatási összeglimit és azon belül a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében meghatározott limit erejéig az adott külföldi gyógykezeléssel összefüggésben Magyarországon felírt és megvásárolt, alkalmanként legfeljebb 2 hónapra elegendő gyógyszerek, gyógyszerészeti készítmények költségeit, az alábbi feltételek és korlátozások mellett:

- A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény a magyar szakhatóság által engedélyezett és elfogadott, valamint forgalmazása szabályozott.
- A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény Magyarországon beszerezhető a kezelés folytatásához szükséges időben és módon, ideértve az ugyanolyan hatékonyságú, azzal egyenértékű gyógyszert / gyógyszerészeti készítményt is.
- A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény igénybevétele Magyarországon orvosi rendelvényhez vagy vényhez kötött.
- A gyógyszereket és gyógyszerészeti készítményeket a Biztosítottat a külföldi kórházban kezelő orvos(ok) az Ellátásszervezőn keresztül a kezelés folytatásához javasolják, szükségesnek ítélik meg.
- Magyarországon vásárolt gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények, melyeket az Ellátásszervező előzetesen jóváhagyott.
- Az egy orvosi rendelvényre felírt gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény mennyisége nem haladhat meg két hónapra elegendő mennyiséget.
- Az orvosi rendelvény vagy vény a Szolgáltatási időszak lejárta előtt kerül kibocsátásra.

(2) A jelen 28.2.4.1 pont alapján vásárolt gyógyszereket és gyógyszerészeti készítményeket a Biztosítottnak kell beszereznie és költségét megelőlegeznie. Az Ellátásszervező a gyógyszer megvásárlását igazoló, a Biztosított nevére kiállított eredeti számla alapján a Szolgáltatási összeglimit és azon belül a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében meghatározott limit erejéig megtéríti a gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények árát a Biztosított részére, amennyiben a számlát a Biztosított a vásárlást követő 180 napon belül az Ellátásszervező rendelkezésére bocsátja az Online Egészségportálon keresztül. Az Egészségbiztosítás nem fedezi a társadalombiztosítás vagy más egészségbiztosítás által támogatott gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények részben vagy egészben

finanszírozott részét, a számlának egyértelműen meg kell különböztetnie azokat a költségeket, amelyeket közvetlenül a Biztosítottnak kellett megfizetnie.

(3) Amennyiben a javasolt gyógyszer / gyógyszerészeti készítmény (vagy ugyanolyan hatékonyságú, azzal egyenértékű gyógyszer / gyógyszerészeti készítmény) nem engedélyezett vagy elfogadott Magyarországon, illetve nem forgalmazott vagy a Biztosított számára nem hozzáférhető Magyarországon, az Egészségbiztosítás az Ellátásszervező előzetes hozzájárulása esetén fedezi a külföldön beszerzett gyógyszerek / gyógyszerészeti készítmények költségeit is. Ebben az esetben az Ellátásszervező a jelen fejezetben leírt feltételekkel gondoskodik a Biztosított és a kijelölt Kísérő számára a szükséges utazási és szálláslehetőségekről, a Szolgáltatási összeglimit és azon belül a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében meghatározott limitek figyelembevétele mellett.

**28.2.4.2 A külföldi gyógykezelés befejezését követően utógondozás szolgáltatás költsége**

(1) A külföldi gyógykezelés után, a Biztosított Magyarországra történő hazatérését követően az Egészségbiztosítás fedezi a Szolgáltatási limitek figyelembevételével az utógondozás Magyarországon felmerült költségeit, amennyiben az utógondozás Magyarországon elérhető a külföldi kezelőorvos(ok) által kidolgozott utógondozási tervben megjelölt időközönként és módon a folyamatos ellenőrzés érdekében, az alábbi feltételekkel:

- Az utógondozást a Biztosított az Ellátásszervező által előzetesen jóváhagyott magyarországi Magánkórházak egyikében veheti igénybe. Az utógondozást a Biztosítottnak kell megszerveznie, és az általa kiválasztott Magánkórházat az Ellátásszervezővel elfogadtatnia. Az utógondozás költségeit a Biztosított fizeti meg, melyet az Ellátásszervező utólagosan részben vagy egészben megtérít a Szolgáltatási limitek és a jelen 28.2.4.2 pontban foglaltak figyelembevételével.
- Az utógondozást az utógondozási terv alapján kell elvégezni, az abban megjelölt időközönként a folyamatos szűrés és megfigyelés érdekében. Az igénybe vett utógondozáshoz kapcsolódó számla kelte legfeljebb a Szolgáltatási időszak utolsó napja lehet.
- A számlát és annak kifizetését igazoló bizonylatot azok kiállítását követő 180 napon belül kell az Ellátásszervező részére megküldeni az Online Egészségportálon keresztül.

(2) Amennyiben az utógondozás költségét részben vagy egészben a magyar társadalombiztosítás vagy bármely egyéb egészségbiztosítás fedezi, a Biztosító csak a társadalombiztosítás vagy bármely egyéb egészségbiztosítás által nem fedezett költségeket téríti meg a Biztosított számára. A benyújtandó szolgáltatási igényben egyértelműen meg kell különböztetni azokat a költségeket, melyeket a Biztosított maga fizetett meg. Az Ellátásszervező a benyújtott dokumentumok Online Egészségportálra történő feltöltését követő 10. napon belül a Szolgáltatási limitek figyelembevételével a Biztosított által megadott bankszámlára megtéríti az utógondozás költségét a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében meghatározott összeglimit erejéig.

(3) Az Ellátásszervező a Biztosított kérésére Magyarországon kívül is engedélyezi és megszervezi az utógondozást, az utazást és a szállást a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.2.3.3 és 28.2.3.4 pontjaiban foglaltak szerint, vállalva ezek költségeit a Szolgáltatási limitek figyelembevételével az alábbi feltételekkel:

- az utógondozást a Biztosított esetében az a külföldi kórház, illetve kezelőorvosa(i) végzi(k), aki(k) a külföldi gyógykezelést nyújtották;

• az utógondozással kapcsolatban felmerült költségeket közvetlenül az Ellátásszervező téríti meg;
• az igénybe vett utógondozáshoz kapcsolódó szolgáltatások számlájának kelte legfeljebb a Szolgáltatási időszak utolsó napja lehet.

**28.4 A Biztosított egészségi állapotának a külföldi gyógykezelés befejezését követő megváltozása**

(1) A külföldi gyógykezelés befejezését és a Biztosított hazatérését követően a Biztosított egészségi állapotában beálló változások felvethetik további, orvosszakmai szempontból indokolt egészségügyi beavatkozás szükségességét, illetve ennek Ellátásszervező általi elbírálását.

(2) Amennyiben ekkor a Biztosítottra vonatkozó Szolgáltatási limitek erre lehetőséget adnak, a Biztosított az Online Egészségportálon keresztül kezdeményezheti állapotának újraértékelését az Ellátásszervezőnél. Ezt követően az Ellátásszervező tájékoztatja a Biztosítottat minden olyan követelményről, melyek teljesítése ahhoz szükséges, hogy a Biztosítottra vonatkozó és a felülvizsgálathoz szükséges diagnosztikai eredmény és orvosi dokumentáció az Ellátásszervező rendelkezésére álljon.

(3) Ha a felülvizsgálat olyan eredménnyel zárul, hogy a korábbi külföldi gyógykezelés során kezelt betegség és elvégzett orvosi beavatkozás további, orvosszakmai szempontból indokolt ellátást tesz szükségessé, vagy a Biztosított felülvizsgálata során megállapított betegsége a korábbi külföldi gyógykezelés alapjául szolgáló betegséggel azonos fedezetbe tartozik, az Ellátásszervező a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.2.1 pontjában leírtak szerint jár el, mely értelmében új javasolt kórházi listát és előzetes fedezetigazolást bocsát a Biztosított rendelkezésére. Ezekben az esetekben a Szolgáltatási időszak nem indul újra.

(4) Amennyiben orvosszakmai szempontból indokolt, az Ellátásszervező a felülvizsgálathoz új, második orvosi szakvélemény kiállítását írhatja elő.

(5) Az újabb külföldi gyógykezelést követően a Biztosított újra jogosulttá válhat az utógondozás szolgáltatásra a Szolgáltatási limiteket figyelembe véve.

(6) Ha a felülvizsgálat olyan eredménnyel zárul, hogy a Biztosított megváltozott egészségi állapota a korábbi, a külföldi gyógykezelés alapjául szolgáló betegségtől eltérő fedezetbe tartozik, akkor a felülvizsgálati kérelem új, az előzőtől független szolgáltatási igénynek minősül, mely esetben az Általános Biztosítási Feltételek 14. §-a az alkalmazandó.

**Jogi Keretrendszer és Alkalmazandó Jog**

**Jogi nyilatkozat**

Jogi keretrendszer: A jelen feltételek a Medikon Biztosító Egyesület Nemzetközi Beutaló Biztosítása szerinti biztosítási feltételek.

Alkalmazandó jog: A szerződésre és a biztosítási jogviszonyra a magyar jog, különösen a Ptk. 2013. évi V. törvénye alkalmazandó.

Értelmezési sorrend: Eltérés vagy kétértelműség esetén az alábbi sorrend az irányadó:
1. Jelen Biztosítási Feltételek
2. Biztosítási kötvény
3. Nem szabályozott kérdésekben magyar jog (Ptk. 2013. évi V. törvény)

1. számú melléklet Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása, valamint okhoz rendelt szolgáltatási limitek és biztosítási összegek

Ez a biztosítás bizonyos ellátásokat fizet és bizonyos orvosi konzultációk (beleértve a második orvosi véleményt), kezelések, szállítás és kísérő szolgáltatások költségeit téríti meg, bizonyos korlátokig és bizonyos kizárások mellett, és csak bizonyos egészségügyi állapotokkal kapcsolatban. A „bizonyos" kifejezés alapvető jelentése az itt kifejezetten megjelöltekre vonatkozik. A jelen ellátási táblázatban említett kizárások a nemzetközi kritikus betegségek biztosításának feltételei 7. cikkében említetteken túlmenően alkalmazandók.

**A. fedezet területi hatálya**

Ez a biztosítás az alábbi országcsoportokban nyújt orvosi kezelést: Európa, Svájc és az Egyesült Királyság kivételével. Ez a biztosítás azonban nem fedezi a biztosított személy hazájában vagy lakóhelye szerinti országban felmerült orvosi költségeket vagy szolgáltatásokat, kivéve az alábbi E.IV. és E.V. bekezdésekben említetteket.

**B. Szolgáltatási összeglimit a biztosítással fedezett költségekre és szolgáltatásokra alkalmazandó szublimitek valamint az egyösszegű kártérítés összege:**

| | |
|---|---|
| Egészségbiztosítási szerződés külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatására és teljes tartamára maximális szolgáltatási összeglimit („Szolgáltatási összeglimit") | 2 000 000 EUR biztosított személyenként a biztosítás teljes tartamára |
| Kórházi tartózkodás napi térítése nemzetközi gyógykezeléshez kapcsolódóan a juttatási táblázat E.III szakasza szerint | 110 EUR kórházi napi térítés maximum 60. napig |
| A külföldi gyógykezelést követően a gyógykezeléshez kapcsolódóan felírt gyógyszerek költségtérítése E.IV. szakasza szerint | 50 000 EUR biztosított személyenként a szerződés teljes tartamára |
| Szolgáltatási időszak, az Asszisztencia Társaság által nyújtott, a biztosított által igénybe vehető orvosi szolgáltatások és a visszatérítésre jogosult költségek teljes tartamra szóló korlátja, az alábbi C. szakaszban meghatározott egyetlen egészségügyi állapotra és egyetlen független diagnózisra vonatkozik. | A biztosító által első alkalommal megszervezett nemzetközi gyógykezelést kezdetétől számítva az adott egészségügyi állapotra vonatkozóan legfeljebb 39 hónapig nyújtható szolgáltatás egy biztosítási esemény keretében. Ha a biztosítás folyamatos meghosszabbítása alatt ugyanaz az egészségügyi probléma később ismét jelentkezik, de már egy új, a korábbitól független diagnózis miatt, akkor az élethosszig tartó időkorlátokat külön-külön kell számítani. Ennek feltétele, hogy az új diagnózist legalább 13 évvel azután állapítsák meg, hogy a biztosító a korábbi diagnózis alapján először szervezett nemzetközi gyógykezelést a biztosított számára. |
| A biztosítás által fedezett egészségügyi állapotokra vonatkozó egyszeri és egyösszegű pénzbeli ellátás, amely a biztosított személy életében egyszer fizethető ki jelen biztosítási csomag keretein belül. | 50 000 EUR biztosított személyenként, kivéve a C.1.2 és C.1.3 pontban felsorolt egészségügyi állapotokat<br>2 000 EUR biztosított személyenként a C.1.2 és C.1.3 pontban felsorolt egészségügyi állapotok esetén<br>10 000 EUR biztosított személyenként a C.4.1 és C.4.2 pontban felsorolt egészségügyi állapotok esetén<br>A fenti ellátás akkor fizethető, ha a biztosított személy kifejezetten úgy dönt (amit az Ellátásszervező-nek közöl), hogy nem kívánja a kezelést a hazáján/lakóhelyén kívül igénybe venni. |

A biztosított személy jogosult az alábbi C. szakaszban meghatározott egészségügyi állapot alapján bármely ellátásra vagy szolgáltatásra, ha az egészségügyi állapotot először a biztosított személy egyéni biztosításba való belépésétől (egyéni biztosítás kezdete) számított **90 napos időszak** után diagnosztizálták, vagy annak első orvosilag dokumentált tünetei akkor jelentkeztek. Ezt **az időszakot „várakozási időszaknak”** nevezzük. Ha a biztosított személy várakozási ideje a szerződés megújításának időpontjában lejárt, akkor az új biztosítási időszakra nem vonatkozik várakozási idő, feltéve, hogy az új biztosítási időszak közvetlenül a lejárt biztosítási időszak után kezdődik. Ha a biztosított személy várakozási ideje a szerződés megújításának időpontjában még nem járt le, akkor az új biztosítási időszakra csak a várakozási idő le nem járt része vonatkozik, feltéve, hogy az új biztosítási időszak közvetlenül a lejárt biztosítási időszak után kezdődik. A biztosítási időszakok megszakadása esetén (azaz ha nincs folyamatos megújítás) a várakozási idő minden alkalommal a megszakítás után alkalmazandó. Ha a biztosított személy vagy biztosított személyek csoportja bizonyítja, hogy közvetlenül a biztosítás igénylése előtt hasonló biztosítási fedezettel rendelkeztek, a biztosító fenntartja a jogot, hogy ilyen személyek esetében eltekintsen a várakozási idő követelményétől.

**C. A biztosítás által fedezett egészségügyi állapotok meghatározása**

| Név | Magyarázat | Az egészségügyi állapotra vonatkozó kizárások |
|---|---|---|
| 1. Onkológiai betegség | 1.1. Bármely rosszindulatú daganat, beleértve a leukémiát, a szarkómát és a limfómát, amelyet a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, valamint a szövetekbe való behatolása jellemez.<br>1.2. Bármely in situ rák, amely az eredeti helyén lévő hámra korlátozódik, és nem terjedt át a stroma vagy a környező szövetekre.<br>1.3. Bármely rákot megelőző sejtváltozás, amelyet citológiailag vagy szövettanilag magas fokú diszpláziának vagy súlyos diszpláziának minősítenek. | a) Bármely daganat, amely HIV (AIDS) vírus jelenlétében alakul ki.<br>b) Minden bőrrák kizárt, kivéve a nem melanóma típusú bőrrákokat és a bőr felületén kívülre nem terjedő rosszindulatú melanómákat.<br>c) Bármely CAR T-sejt terápiát magában foglaló kezelés. |
| 2. Koronária bypass műtét (miokardiális revaszkularizáció) | Kardiológus szakorvos tanácsára végzett műtét egy vagy szűkületének, vagy elzáródásának bypass graftokkal történő korrekciójára. | Bármely koszorúér-betegség, amelyet bypass műtét helyett más technikával kezeltek, például bármilyen típusú angioplasztikai műtéttel vagy sztent beültetéssel. |
| 3. Szívbillentyű-csere vagy -javítás | Egy vagy több szívbillentyű invazív cseréje vagy javítása (plasztikája), függetlenül attól, hogy ezt nyitott mellkasi műtéttel, minimálisan invazív módon vagy kardiológus orvos tanácsára szívkatéterrel végzik-e. | |
| 4. Intrakraniális és specifikus gerincvelő-műtét | 4.1. Bármely agyi vagy egyéb koponyán belüli struktúrára végzett sebészeti beavatkozás.<br>4.2. A gerincvelőben (Medulla spinalis) található jóindulatú daganatok kezelése | |
| 5. Élő donor szervátültetés | 5.1. Sebészeti transzplantáció, amelynek során a biztosított személy vese-, máj-, tüdőlebeny- vagy hasnyálmirigy-részt kap egy másik élő vagy elhunyt, kompatibilis donortól.<br>5.2. Csontvelő-átültetés (BMT) vagy perifériás vér őssejt-átültetés (PBSCT) a biztosított személynek, amelynek forrása:<br>▪ a biztosított személytől (autológ csontvelő-átültetés); vagy<br>▪ egy élő, kompatibilis donortól (allogén csontvelő-átültetés); vagy | a) A transzplantációra alkoholizmus okozta cirrhosis miatt van szükség.<br>b) A csontvelő-átültetés kivételével a saját szerv felhasználásával végzett átültetés.<br>c) Olyan transzplantáció, amelyben a biztosított személy donorként szerepel.<br>d) Őssejtterápiával végzett szervátültetés.<br>e) Donor szerv vásárlásával kapcsolatos szervátültetés.<br>f) Hematopoietikus őssejt-transzplantáció (HSCT) köldökzsinórvér felhasználásával. |

## D. Második orvosi vélemény

A biztosított személy a fedezett egészségügyi állapotával kapcsolatban külföldi szakorvostól kérhet második orvosi véleményt. A szolgáltatás célja a rendelkezésre álló orvosi dokumentáció (amelyet a biztosított személynek kell benyújtania) alapján az első diagnózis megerősítése és az optimális kezelési terv meghatározása. A második orvosi vélemény szolgáltatás igénybevételére minden kárigény esetén egyszer van lehetőség.

## E. A biztosítás által fedezett orvosi konzultációk, kezelések, szállítás és kísérő szolgáltatások, valamint költségek

| I. A hazán kívüli vagy a lakóhely szerinti országon kívüli kezelés során felmerült orvosi költségek | Kizárások |
|---|---|
| 1. Kórházi ellátás költségei:<br>1.1. A műtő használata és az ahhoz tartozó összes szolgáltatás;<br>1.2. A biztosított személy kórházi tartózkodása alatti szállás és étkezés, valamint az általános ápolási szolgáltatások költségei;<br>1.3. Egyéb kórházi szolgáltatások, beleértve a kórház járóbeteg-rendelőiben nyújtott szolgáltatások költségeit, valamint a kórház által biztosított extra ágy vagy kísérő ágy költségeit.<br>2. A járóbeteg-rendelőkben vagy független orvosi központokban végzett kezelések, műtétek, terápiák költségei, feltéve, hogy ezeket a költségeket a biztosítás fedezné, ha kórházban végezték volna.<br>3. Az orvosok díjazásával kapcsolatos kiadások, a borravaló kivételével: vizsgálatok, kezelések, műtétek, terápiák költségei.<br>4. A kórházi tartózkodás alatti orvosi vizitek költségei.<br>5. A következő orvosi és sebészeti szolgáltatások, kezelések vagy receptek:<br>5.1. az altatás és az altatószerek beadása költsége, feltéve, hogy azokat képzett altatóorvos végzi;<br>5.2. laboratóriumi vizsgálatok, patológiai és röntgenvizsgálatok a kezelés előkészítése céljából, sugárterápia, radioaktív izotópok, kemoterápia, elektrokardiogramok, echokardiográfia, myelogramok, elektroencefalogramok, angiogramok, számítógépes tomográfia és egyéb hasonló vizsgálatok és kezelések, amennyiben azokat orvos végzi vagy orvosi felügyelet mellett végzik;<br>5.3. vérátömlesztés, valamint plazma és szérum adagolása;<br>5.4. oxigén használata, intravénás oldatok és injekciók alkalmazása;<br>5.5. sugárterápia: nagy energiájú sugárzás tumorok zsugorítására és rákos sejtek elpusztítására röntgensugarak, gamma sugarak és töltött részecskék segítségével; ezek a rákkezeléshez használt sugárzási típusok, amelyeket vagy a testön kívüli eszközzel (külső sugárterápia), vagy a testbe, a rákos sejtek közelébe helyezett radioaktív anyaggal (belső sugárterápia, brachyterápia) alkalmaznak;<br>5.6. Rekonstruktív sebészet;<br>5.7. akut és életveszélyes szövődmények és mellékhatások kezelése (közvetlenül kapcsolódóan a biztosítás által fedezett elsődleges kezeléshez), ha az említett szövődmények és mellékhatások azonnali orvosi beavatkozást igényelnek kórházban vagy klinikai környezetben, mielőtt a biztosított személy visszatérne a lakóhelye szerinti országba vagy hazájába, és/vagy kezelést igényelnek, mielőtt a biztosított személyt orvosilag alkalmasnak nyilvánítanák az utazásra, hogy visszatérjen a lakóhelye szerinti országba vagy hazájába.<br>6. A biztosított személy kórházi kezelése alatt felírt gyógyszerek. A műtét utáni kezelésre felírt gyógyszerek fedezete 30 napig érvényes attól a naptól számítva, amikor a biztosított személy befejezte a kezelést a szülőhazáján vagy lakóhelye szerinti országon kívül, és csak akkor, ha ezeket a szülőhazájába vagy lakóhelye szerinti országba való visszatérés előtt vásárolta meg.<br>7. Szállítás és fuvarozás földi vagy légi mentőautóval, amennyiben azok használatát orvos írja elő és az Asszisztencia Szolgálat előzetesen jóváhagyja. | a) Orvosi kezelés a biztosított személy lakóhelye szerinti országában vagy hazájában, kivéve a 10. bekezdésben meghatározott vis maior körülményeket.<br>b) Olyan egészségügyi állapot kezelése, amelyet a várakozási időszak alatt diagnosztizáltak, kezeltek vagy amelynek során orvosilag dokumentált tünetek vagy leletei (jelek) jelentkeztek ( ).<br>c) Hosszú távú mellékhatások kezelése, krónikus tünetek enyhítése vagy rehabilitáció (beleértve, de nem kizárólagosan a fizioterápiát, a mobilitás rehabilitációt, valamint a nyelv- és beszédterápiát). |

| I. A hazán kívüli vagy a lakóhely szerinti országon kívüli kezelés során felmerült orvosi költségek | Kizárások |
|---|---|
| 8. A biztosítottnak átültetésre szánt szerv eltávolítása során élő donor számára nyújtott szolgáltatások, amelyek a következőkből adódnak:<br>8.1. a biztosított családtagjai közül a megfelelő donor azonosítására végzett elemzések és vizsgálatok költségei;<br>8.2. a donor külföldi kezelési helyre történő utazásának költségei, kizárólag a fedezett szerv- vagy szövetátültetés céljából, valamint a külföldi kezelés ideje alatti szállás (szálloda) költségei;<br>8.3. a donor számára nyújtott kórházi szolgáltatások, beleértve a kórházi szoba, osztály vagy részlegben való elszállásolást, étkezést, általános ápolási szolgáltatásokat, a kórházi személyzet által nyújtott rendszeres szolgáltatásokat, laboratóriumi vizsgálatokat, valamint a berendezések és egyéb kórházi létesítmények használatát (kivéve a transzplantálandó szerv vagy szövet eltávolítása során nem szükséges személyes használatra szánt tárgyakat);<br>8.4. A biztosítottnak átültetendő donor szerv vagy szövet eltávolításához szükséges műtéti és orvosi szolgáltatások.<br>9. A csontvelő pótlásához vagy transzfúziójához, illetve élő szövet átültetéséhez szükséges anyagok és szolgáltatások költségei. Ez a költségkategória csak attól a naptól fedezhető a biztosítás keretében, amikor a biztosítás által fedezett első költségtétel felmerül.<br>10. Ha bármilyen vis maior, vagy a helyi vagy nemzetközi hatóságok által előírt logisztikai vagy működési korlátozások megakadályozzák a Segítségnyújtási Szolgáltatást abban, hogy a biztosított személy lakóhelye vagy hazája területén kívülre utalja a jogosult kezeléseket, akkor<br>10.1. a Segítségnyújtási Szolgáltatás hasonló kezelést szervez a Biztosított lakóhelye szerinti országában vagy hazájában, kivéve, ha az illetékes hatóságok által előírt logisztikai vagy működési korlátozások ezt lehetetlenné teszik;<br>10.2. ez a biztosítás másodlagos biztosításként működik, azaz csak azokat az orvosi költségeket téríti meg / csak azokat a pénzbeli ellátásokat fizeti ki, amelyek meghaladják a biztosított személy lakóhelye szerinti országában vagy hazájában érvényes bármely más biztosítás vagy biztosításhoz hasonló megállapodás által fedezett költségeket/ellátásokat.<br>11. Ha a biztosított személynek tolmácsra van szüksége a kezelőorvossal való kommunikációhoz vagy az orvosi dokumentáció megértéséhez, a tolmácsszolgáltatást a kórház vagy az Ellátásszervező biztosítja. | d) Génterápiát, szomatikus sejtterápiát, szöveti mérnöki terápiát és CAR T-sejt terápiát magában foglaló orvosi kezelés.<br>e) A gyógyszer adagolásának költsége.<br>f) A biztosított személy lakóhelye vagy hazája területén kívül vásárolt gyógyszerek, kivéve, ha azt a szolgáltató partner/biztosító kifejezetten engedélyezte.<br>g) Olyan gyógyszerek, amelyeket nem engedélyezett gyógyszerész vagy gyógyszerész- ált adott ki, és amelyek orvosi recept nélkül is beszerezhetők. |

| II. Kizárólag a szülőországon vagy a lakóhely szerinti országon kívüli orvosi kezelés céljából vagy annak során felmerült nem orvosi költségek | Magyarázatok és feltételek |
|---|---|
| 1. A biztosított személy és egy kísérő személy (1-18 éves gyermekek esetében két kísérő személy, szervátültetés esetében a donor) számára a biztosított személy hazáján vagy lakóhelyén kívüli orvosi kezelés helyszínére történő utazás költségei. A fedezett költségek a következőket tartalmazzák:<br>1.1. A biztosított személy állandó lakcíméről a kijelölt repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra történő transzfer.<br>1.2. Turistaosztályú repülőjegy vagy vonatjegy biztosítása a kezelés helyszínére, valamint transzfer a kijelölt szállodába a biztosított személy lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti országon kívüli kezelés helyszínére.<br>1.3. Szállítás a kijelölt külföldi kórházból vagy szállodából a kijelölt külföldi repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra.<br>1.4. Turistaosztályú repülő- vagy vonatjegy és transzfer a biztosított személy állandó lakcímére a szülőországban vagy a lakóhely szerinti országban.<br>A biztosítás nem fedezi a külföldi szállodából a kezelés helyszínére (kórház, orvos) történő transzfert. | a) Az utazást kizárólag a biztosító által kijelölt segítségnyújtó szolgálat szervezheti és fizetheti. A biztosító nem téríti meg a biztosított személy vagy a biztosított személy nevében eljáró harmadik fél által szervezett utazás költségeit.<br>b) Az utazás dátumát a biztosítottnak közlik, hogy elegendő idő álljon rendelkezésére a szükséges személyes intézkedések meghozatalához.<br>c) Ha a biztosított megváltoztatja a szolgáltató partner által megadott utazási dátumokat, akkor a biztosítottnak meg kell térítenie a biztosítónak és/vagy a szolgáltató partnernek az új szállás megszervezésével és biztosításával kapcsolatos összes költséget, kivéve, ha a változások orvosi szempontból szükségesnek bizonyultak. |
| 2. A biztosított személy és egy kísérő (1-18 éves gyermekkel rendelkező biztosított esetében két kísérő, szervátültetés esetén a donor) szállásköltségei (szálloda). A fedezett költségek magukban foglalják egy kétágyas vagy ikerágyas szoba foglalását egy 3- vagy 4-csillagos szállodában, reggelivel együtt. A szálloda kiválasztása a rendelkezésre állás függvénye, és a kórházhoz vagy a kezelőorvoshoz való közelség alapján történik 10 km-es körzeten belül.<br>Az étkezés (reggeli kivételével) és a szállodában felmerülő járulékos költségek nem fedezettek. | a) Minden szállásfoglalást az Ellátásszervező köteles elintézni és kifizetni. A biztosító nem téríti meg a biztosított személy vagy a biztosított személy nevében eljáró harmadik fél által intézett szállásköltségeket.<br>b) Az Ellátásszervező felelős a szállásfoglalás dátumainak meghatározásáért a jóváhagyott kezelési ütemterv alapján. Ezeket a dátumokat közlik a biztosított személynek, hogy elegendő idő álljon rendelkezésére a szükséges személyes intézkedések meghozatalához.<br>c) A visszautazás dátumát az Ellátásszervező határozza meg a kezelés befejezésének dátuma alapján és a kezelő orvossal konzultálva.<br>d) Ha a biztosított személy megváltoztatja a segélyszolgálat által meghatározott dátumokat, akkor a biztosítottnak meg kell térítenie a biztosítónak és/vagy a segélyszolgálatnak az új időpont megszervezésével és lebonyolításával kapcsolatos minden többletköltséget, kivéve, ha a változások orvosi szempontból szükségesnek bizonyulnak. |

| II. Kizárólag a szülőországon vagy a lakóhely szerinti országon kívüli orvosi kezelés céljából vagy annak során felmerült nem orvosi költségek | Magyarázatok és feltételek |
|---|---|
| 3. Hazaszállítási költségek, ha a biztosított személy meghal (vagy élő donor hal meg a biztosítás által fedezett transzplantáció esetén), miközben a biztosított személy a biztosítás által fedezett orvosi kezelésben részesül. A fedezett költségek a következőket tartalmazzák:<br>3.1. A balzsamozás és a holttestnek a hullaházból történő kiadásához szükséges összes adminisztratív formalitás költsége<br>3.2. A kötelező minimális koporsó<br>3. A koporsó nemzetközi szállítása<br>3.4. A halott maradványainak szállítása a repülőtérről a biztosított személy hazájában vagy lakóhelye szerinti országban kijelölt temetkezési helyre | A Segítségnyújtási Szolgálat megszervezi és fedezi a holttest gondozásával és hazaszállításával kapcsolatos költségeket, beleértve a balzsamozást és az összes adminisztratív formalitást. |

| III. Kórházi kezelés Napi juttatás orvosi kezelés alatt (ha azt ez a biztosítás fedezi) a szülőországon vagy a lakóhely szerinti országon kívül |
|---|
| Az Asszisztencia Partner vagy a Biztosító a biztosított személy bankszámlájára utalja az ott meghatározott összeget minden 24 órára, amelyet a biztosított személy a hazáján/lakóhelyén kívül kórházi kezelés alatt töltött**,** maximum 60 napig, jóváhagyott kárigényenként. |

| IV. Az orvos által a biztosított személynek a hazáján vagy lakóhelyén kívüli (a biztosítás által fedezett) kezelés során felírt gyógyszerek költsége, amelyeket a hazájába vagy lakóhelyére való visszatérés után vásárolt meg | **Kizárások** |
|---|---|
| 1. Ez a biztosítás fedezi a megvásárolt gyógyszerek költségeit**,** ha az alábbi feltételek mindegyike teljesül:<br>1.1. a biztosított személy hazájában vagy lakóhelye szerinti országban a gyógyszerek vásárlását az assistance szolgáltatás jóváhagyja a biztosított személyt kezelő nemzetközi orvos(ok) ajánlása alapján, amennyiben az a folyamatos kezeléshez szükséges;<br>1.2. a felírt gyógyszert a biztosított személy szülőhazájában vagy lakóhelye szerinti országban a megfelelő egészségügyi hatóság engedélyezte és jóváhagyta, és annak felírása és alkalmazása szabályozott;<br>1.3. a gyógyszer használatához a biztosított személy szülőhazájában vagy lakóhelye szerinti országban orvosi receptre is szükség van;<br>1.4. a felírt gyógyszer a biztosított személy szülőhazájában vagy lakóhelye szerinti országban megvásárolható;<br>1.5. egyik recept sem haladja meg a 2 hónapnál hosszabb fogyasztásra szánt adagot.<br>2. A szóban forgó vényköteles gyógyszer megvásárlását a biztosított személynek közvetlenül kell megszerveznie és kifizetnie. A biztosító vagy az assistance szolgáltatás a felmerült költségeket a vonatkozó recept, az eredeti számla és a fizetési bizonylat bemutatását követően téríti meg, feltéve, hogy ezeket a költségeket a felmerülésük napjától számított 180 napon belül benyújtják a biztosítóhoz/az assistance szolgáltatáshoz.<br>3. Ha a vényköteles gyógyszerek költségeit részben a nemzeti egészségügyi rendszer vagy alternatív biztosítási kötvény fedezi, a visszatérítési kérelemben egyértelműen meg kell különböztetni a biztosított személy által teljes egészében finanszírozott és a részben finanszírozott költségeket.<br>4. Amennyiben a gyógyszer (vagy hasonló hatékonyságú alternatív gyógyszer), az Asszisztencia szolgáltatás megerősítése szerint:<br>4.1. a fenti feltételben említettek szerint Magyarországon nincs engedélyezve vagy jóváhagyva, vagy<br>4.2. a fent említett feltétel szerint Magyarországon nem vásárolható meg vagy nem hozzáférhető a biztosított számára, és<br>4.3. minden egyéb fenti feltétel továbbra is teljesül,<br>4.4. akkor ez a biztosítási kötvény a biztosított személy hazáján vagy lakóhelyén kívül vásárolt vényköteles gyógyszerek költségeit is fedezi. | a) az a vényköteles gyógyszerköltség, amelyet a biztosított személy hazájának vagy lakóhelyének nemzeti egészségügyi rendszere biztosít vagy térít meg, vagy amelyet a biztosított személy bármely más biztosítási kötvénye fedez.<br>b) A gyógyszerek alkalmazásának költsége a biztosított személy hazájában vagy lakóhelye szerinti országban |

V. Utánkövetés és ellenőrzések

1. Miután a biztosított személy visszatért szülőhazájába vagy lakóhelye szerinti országba a biztosítás által fedezett külföldi orvosi kezelés (szakasz) befejezése után, a külföldi kezeléssel közvetlenül összefüggő bizonyos orvosi költségek is visszatérítésre jogosultak, még akkor is, ha azok a biztosított személy szülőhazájában vagy lakóhelye szerinti országban merültek fel, nevezetesen a diagnosztikai vizsgálatokkal és/vagy megfigyelési/felügyeleti szolgáltatásokkal kapcsolatos költségek, amelyek célja a kezelt egészségügyi állapot jövőbeli kiújulásának valószínűségének megállapítása vagy az elvégzett kezelés (szakasz) hatékonyságának megállapítása. A visszatérítés a következő feltételekhez és korlátozásokhoz kötött:

1.2. A nyomon követési ellenőrzéseket és vizsgálatokat a biztosított személyt kezelő nemzetközi orvos(ok) ajánlásai alapján végzik el, amennyiben azok a folyamatos szűréshez és nyomon követéshez szükségesek, és

1.3. a nyomon követési és ellenőrző vizsgálatokat az előzetes engedélyezési eljárás során az Asszisztencia Szolgálat által jóváhagyott kórházak egyikében (a biztosított személy szülőhazájában vagy lakóhelye szerinti országban) végezték el.

2. A nyomon követést és ellenőrző vizsgálatokat vagy az Asszisztencia Szolgálat fizeti, vagy közvetlenül a biztosított személy, aki utána visszatérítést igényelhet.
3. A biztosító vagy az assistance társaság a biztosított személynek az eredeti számla és a fizetési bizonylat kézhezvételét követően téríti meg a költségeket, feltéve, hogy a számlákat a költségek felmerülésétől számított 180 napon belül igénylik vissza.
4. Ha a nyomon követés és ellenőrzés költségeit részben vagy egészben a nemzeti egészségügyi rendszer vagy más biztosítási kötvény finanszírozta, a biztosító csak azokat a költségeket téríti meg, amelyeket nem finanszíroztak, és amelyeket ezért közvetlenül a biztosítottnak kell fizetnie. A visszatérítési kérelemben egyértelműen meg kell különböztetni azokat a költségeket, amelyeket közvetlenül a biztosított fizetett, és azokat, amelyeket finanszíroztak.
5. A biztosított személy kérésére és a fenti feltételek teljesülése esetén az Ellátásszervező engedélyezheti és megszervezheti a követő megfigyelést és ellenőrző vizsgálatokat a biztosított személy hazáján vagy lakóhelyén kívül is. Ebben az esetben:

5.1. a nyomon követést és ellenőrző vizsgálatokat nemzetközi orvos(ok) végzi(k), nem feltétlenül ugyanaz(ok), aki(k) korábban a biztosított személyt kezelte(k);

5.2. az Asszisztencia Szolgálat közvetlenül fedezi ezeknek a konzultációknak és diagnosztikai vizsgálatoknak az orvosi költségeit;

5.3. A Segítségnyújtó Szolgálat a II. szakaszban leírt feltételek szerint megszervezi a szükséges utazási és szálláslehetőségeket a biztosított személy és kijelölt kísérője(i) számára.