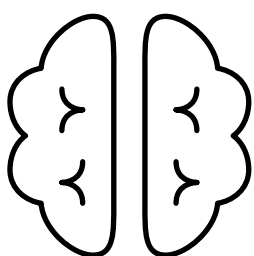


ALLIANZ OTTHONOM LAKÁSBIZTOSÍTÁSHOZ

Nagyértékű diagnosztikai ellátásra szóló Kiegészítő egészségbiztosítás

Ügyfél-tájékoztató és Szerződési Feltételek



Tartalom

Tudnivalók a kiegészítő nagyértékű diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosításhoz	3
Kiegészítő nagyértékű diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosítás Különös biztosítási feltételei	4
1. Szerződő, biztosított, kedvezményezett	4
2. Tudnivalók a biztosítási eseményekről és szolgáltatásokról	4
3. Területi és időbeli hatály	5
4. A kiegészítő biztosítás létrejötte	5
5. A kiegészítő biztosítás kockázatviselési kezdete	5
6. A kiegészítő biztosítás tartama	6
7. A kiegészítő biztosítás módosítása	6
8. A kiegészítő biztosítás díja	6
9. A biztosítási díj és szolgáltatási limit módosításának szabályai	6
10. Önrészesedés	6
11. A szerződő és a biztosított kötelezettségei	6
Közlési és változásbejelentési kötelezettség	6
12. A biztosítási esemény	6
13. A biztosítási szolgáltatás	7
14. Kockázatviselésből kizárt események, nem térülő károk (kizárások)	7
14.1. Általános szabályok	7
14.2. A kizárás különös esetei	8
15. A biztosítási esemény bejelentése	9
15.3. A biztosítási esemény igazolásához benyújtandó dokumentumok	10
16. A kiegészítő biztosítás szolgáltatására vonatkozó általános szabályok	10
A szolgáltatás teljesítésének módja, ideje	10
17. A várakozási idő	11
18. Az ellátásszervező által megszervezett ellátás biztosított által történő módosításának vagy lemondásának feltételei	11
19. Kármegelőzési, kárenyhítési kötelezettség	11
20. A biztosító mentesülése	11
21. A biztosítási díj visszatérítése	12
22. Elévülés	12
23. Esedékesség	12
24. Adatkezelés	12
25. A megszűnésre vonatkozó szabályok	13
26. Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól	13

Tudnivalók a Kiegészítő Nagyértékű diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosításhoz

Hatályos: 2024. március 1-től

Jelen Szerződési Feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket az Allianz Hungária Zrt. (továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött Allianz Otthonom lakásbiztosításhoz (továbbiakban: Alapbiztosítás) kötött Kiegészítő Nagyértékű diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosítási (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) fedezetre alkalmazni kell, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítást e Szerződési Feltételekre hivatkozva kötötték meg.

Amennyiben a jelen feltétel eltér az Allianz Otthonom lakásbiztosítás Általános biztosítási feltételeiben, vagy a Vagyonbiztosítási fedezetek különös biztosítási feltételeiben foglaltaktól, abban az esetben a jelen feltételben foglaltak az irányadók.

A jelen Kiegészítő Nagyértékű diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosítási feltételben, valamint az Allianz Otthonom lakásbiztosítás Általános és a különös biztosítási feltételeiben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban Ptk.), valamint a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény és a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései alkalmazandók

Kiegészítő Nagyértékű diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosítás

Különös biztosítási feltételei

1. Szerződő, biztosított, kedvezményezett

Szerződő

Jelen kiegészítő biztosítás szerződője megegyezik az Alapbiztosítás szerződőjével.

Biztosított

Biztosított a biztosítási szerződésben (ajánlat, kötvény) biztosítottként név szerint megnevezett természetes személy, amennyiben e személy megegyezik a szerződővel, és a lakcíme megegyezik a szerződésben rögzített kockázatvi-

selési hellyel, valamint a kockázatviselési helyen élő azon természetes személyek, akiknek a lakcímkártyáján az Alapbiztosításban megjelölt kockázatviselési hely lakóhelyként vagy tartózkodási helyként szerepel, feltéve, hogy a jelen feltételekben megjelölt, a biztosítottra vonatkozó feltételek (pl. belépési kor) teljesülnek. A szolgáltatás igénybevételére azon személyek jogosultak, akiknek a lakcímkártyáján szereplő cím megegyezik az Alapbiztosítás kockázatviselési helyével.

A jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatására a biztosított jogosult.

A biztosított belépési kora a kiegészítő biztosítás létrejöttékor **2-69 év** között lehet.

A biztosító a jelen kiegészítő biztosítás tekintetében a biztosítási fedezet létrejöttékor a biztosított belépési korát az alábbiak szerint állapítja meg:

A biztosítási fedezet létrejöttének időpontja	Belépési kor megállapításának módja
Az Alapbiztosítás hatályba lépésével egy időben	az Alapbiztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdetének időpontjában a biztosított tényleges életkora, betöltött életéveinek száma Pl. Alapbiztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdete: 2024.10.11., biztosított születésének időpontja: 2002.12.10. a biztosított belépési kora = 21 év.
Az Alapbiztosítás tartama alatt	a Kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdetének időpontjában a biztosított tényleges életkora, betöltött életéveinek száma Pl. a Kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdete: 2025.11.01. biztosított születésének időpontja: 2002.12.10. a biztosított belépési kora = 22 év.

Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, illetve a biztosítási fedezet létrejöttét nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője kezdeményezi, a szerződés, illetve a fedezet érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A gyámhatóság jóváhagyása szükséges a szerződés megkötéséhez, illetve a biztosítási fedezet létrejöttéhez, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú.

2. Tudnivalók a biztosítási eseményekről és szolgáltatásokról

Egészségbiztosítási szolgáltatás: A biztosítónak a biztosítottra létrejött egészségbiztosításra vonatkozó kocká-

zatviselése alapján a kockázatviselési időszakban, a biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító által nem biztosítási összeg formájában nyújtott szolgáltatás, mely az orvosi költségek, továbbá az egészségügyi szolgáltatások és egyéb szolgáltatások költségeinek megtérítésére terjednek ki a jelen Szerződési Feltételekben foglaltak szerint.

Egészségügyi szolgáltatás: Az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenység.

Egészségügyi szolgáltató: A tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott

működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó vagy jogi személy.

Ellátásszervező: Az az egészségügyi szolgáltató, amely a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen Szerződési Feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja.

A biztosítóval szerződött ellátásszervező neve, címe, telefonszáma:

Teladoc Hungary Kft.

1083 Budapest, Szigony utca 26-32. III. em.

Tel.: +36 (1)510-0522

Az ellátásszervezés szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak: munkanapokon 8.00-20.00 óra között

Vizsgálat: Az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének megállapítása.

Szakorvos: Érvényes szakvizsgával és működési engedéllyel rendelkező orvos, ide nem értve a háziorvostan, üzemorvostan, katasztrófa-orvostan szakvizsgával rendelkező orvosokat.

Előzménybetegség: A kockázatviselési időszak kezdetét megelőzően bekövetkezett, már kórismézett (diagnosztizált) vagy fennálló tünet, vagy még nem kórismézett (nem diagnosztizált) bármely tünet, sérülés, betegség, elváltozás vagy maradandó károsodás, továbbá olyan betegség, állapot vagy elváltozás, mely annak természetéből adódóan általános orvosszakmai irányelvek alapján a kockázatviselés kezdetét megelőzően alakult ki, és amelyekkel okozati összefüggésben a kockázatviselés ideje alatt a biztosított igényelt vagy igénybe vett egészségügyi szolgáltatást.

A kockázatviselés kezdete előtt bizonyíthatóan fennálló előzménybetegségek vagy bekövetkezett baleset esetén, a biztosító jogosult a szolgáltatási igényt elutasítani.

Szolgáltatási limit: A kiegészítő biztosítás alapján – a biztosítottak lakcímkártyájának adatai szerint – azonos lakcímmel bejelentett biztosítottak által, a fedezetre vonatkozóan a jelen kiegészítő biztosításban foglaltak szerint az Alapbiztosításban meghatározott biztosítási időszak alatt összesen igénybe vehető szolgáltatás felső határa. A limit összege forintban kerül meghatározásra. A limit mértékét a biztosító határozza meg. Az azonos lakcímmel bejelentett biztosítottakra egy összesített limit vonatkozik, az egyes biztosítottakra vonatkozóan személyenkénti limit nem kerül meghatározásra. A kiegészítő biztosításra vonatkozó szolgáltatási limitet a biztosítási kötvény tartalmazza.

Az esetlegesen limit felett igénybe vett szolgáltatás költségét a biztosítottnak kell megfizetnie.

3. Területi és időbeli hatály

A kiegészítő biztosítás az Alapbiztosítás kockázatviselési ideje alatt Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményre, magyarországi székhelyű egészségügyi szolgáltatónál vagy Magyarországon praktizáló szakorvosnál igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki a kiegészítő biztosítás kockázatviselési kezdetét követően. Ha a szerződő a kiegészítő biztosítást később köti meg, a biztosító a szerződésmódosítás érvényességének a kötvényen szereplő időpontjától áll kockázatban.

Az ellátásszervező által szervezett **nem pénzbeli egészségbiztosítási szolgáltatások kizárólag Magyarország területén vehetők igénybe**, amennyiben a szerződés díjjal rendezett. **A biztosító nem nyújt szolgáltatást a nem az ellátásszervező által szervezett egészségbiztosítási szolgáltatásokra.**

4. A kiegészítő biztosítás létrejötte

Jelen kiegészítő biztosítás az Alapbiztosításhoz kapcsolódik, és erre tekintettel kizárólag az Alapbiztosítási szerződés hatálya alatt – az Alapbiztosítás megkötésével egyidejűleg vagy az Alapbiztosítás megkötését követően – köthető meg.

Amennyiben a kiegészítő biztosítás az Alapbiztosítás megkötését követően jön létre, akkor a kiegészítő biztosítás létrejöttének időpontja a megkötésére vonatkozó nyilatkozatnak a biztosítóhoz történő beérkezését követő nap, feltéve, hogy azt a biztosító a rendelkezésére álló kockázatelbírálási határidőn belül elfogadó nyilatkozat (kötvény) kiállításával elfogadta.

Egyebekben az Alapbiztosítás rendelkezései irányadók a kiegészítő biztosítás létrejöttére.

5. A kiegészítő biztosítás kockázatviselési kezdete

Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a kockázatviselés kezdete:

- egybeesik az Alapbiztosítás kockázatviselési kezdetével, amennyiben az Alapbiztosítási szerződéssel egy időben került megkötésre,
- a kiegészítő biztosítás megkötésére vonatkozó nyilatkozaton megjelölt időpont, ennek hiányában a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 00:00 óra, amennyiben jelen kiegészítő biztosítást már meglévő Alapbiztosítási szerződéshez utólag kötik meg, feltéve, hogy azt a biztosító a rendelkezésére álló kockázatelbírálási határidőn belül elfogadó nyilatkozat kiállításával elfogadta.

6. A kiegészítő biztosítás tartama

6.1. A kiegészítő biztosítás egy éves határozott tartamra jön létre.

6.2. A kiegészítő biztosítás **egy éves tartama a jelen pontban foglaltak** szerint évente további egy évvel **automatikusan meghosszabbodik**, ha bármelyik fél a biztosítási szerződés évfordulója (azaz a kiegészítő biztosítás tartamának lejártja) előtt legalább 30 nappal ezzel ellentétes igényét írásban nem közli a másik féllel. Ez a szerződő rendes felmondási jogát nem érinti.

6.3. **A kiegészítő biztosítás tartama mindaddig meghosszabbodik automatikusan, amíg a szerződés alapján biztosítási fedezetbe vont valamennyi biztosított betölti a 70. életévét, ezt követően a kiegészítő biztosítás megszűnik.**

6.4. A kiegészítő biztosítás tartama a fenti életkor betöltését követően – a kiegészítő biztosítás megszűnését követően – nem hosszabbítható meg.

7. A kiegészítő biztosítás módosítása

A kiegészítő biztosítás módosítására vonatkozó rendelkezéseket az Allianz Otthonom lakásbiztosítás Biztosítási Információk, I. Általános biztosítási feltételek, 5. pontja tartalmazza.

8. A kiegészítő biztosítás díja

8.1. A biztosítási díjat az Alapbiztosítás díjával együtt és az Alapbiztosítással azonos díjfizetési gyakoriság szerint forintban kell megfizetni.

8.2. Amennyiben a kiegészítő biztosítás az Alapbiztosítás megkötését követően jön létre, akkor a kiegészítő biztosítás első díja az Allianz Otthonom lakásbiztosítás Biztosítási Információk, I. Általános biztosítási feltételek, 7.3.2. pontjában foglaltak szerint kerül megállapításra.

9. A biztosítási díj és szolgáltatási limit módosításának szabályai

9.1. A biztosító által megemelt szolgáltatási limitről és biztosítási díjról az Alapbiztosításban meghatározott évforduló előtt 60 nappal tájékoztatjuk a szerződőt. A szolgáltatási limit és a biztosítási díj eltérő mértékben emelkedhet.

9.2. Ha a szerződő a biztosító által felajánlott díjjal nem kívánja fenntartani a kiegészítő biztosítást, akkor ezt jeleznie kell a biztosító felé az évforduló előtt 30 nappal. Ez esetben a kiegészítő biztosítás évfordulóval megszűnik.

9.3. Egyebekben az értékkövetésére vonatkozó szabályokat az Allianz Otthonom lakásbiztosítás Biztosítási Információk, I. Általános biztosítási feltételek 9. pontja tartalmazza.

10. Önrészesedés

A biztosító nem von le önrészesedést, ha a kiegészítő biztosítás, illetve az abban foglalt biztosítási fedezet alapján nyújt szolgáltatást.

11. A szerződő és a biztosított kötelezettségei

Közlési és változásbejelentési kötelezettség

11.1. Az üzleti kapcsolat fennállása alatt a szerződő és a biztosított köteles a tudomásszerzéstől számított 8 munkanapon belül értesíteni a biztosítót a szerződéskötés során megadott adatokban bekövetkezett változásról.

A tájékoztatást a következő adatok, továbbá az ajánlaton szereplő adatok változása esetén szükséges megtenni a biztosító részére. Természetes személy szerződő és/vagy biztosított esetén:

- családi és utóneve, valamint
- lakcíme.

A közlési és változás-bejelentési kötelezettségre vonatkozó további szabályokat az Allianz Otthonom Biztosítási Információk I. Általános biztosítási feltételek, 11. A. b) pontja tartalmazza.

11.2. A szerződőnek be kell jelentenie, ha a kockázatviselés helyén valamennyi biztosított betöltötte a 70. életévét. A bejelentést az életkor betöltését vagy a tudomásszerzést követő 8 munkanapon belül kell megtenni.

A szerződő és a biztosított a fentiekben túl köteles

- levelezési címének,
 - e-mail címének,
 - sms üzenet fogadására alkalmas telefonszámának
- a szerződés tartama alatt bekövetkezett változását a biztosítónak 8 munkanapon belül bejelenteni. A biztosító az általa ismert, fent felsorolt utolsó elérhetőségekre mindaddig joghatályosan küldhet nyilatkozatot, vagy értesítést, amíg a vonatkozó változásbejelentés nem érkezett be a biztosítóhoz.

11.3. Nem tekintendő a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

12. A biztosítási esemény

Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül bekövetkezett – balesetből

vagy valószínűsíthető betegségből eredő panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által írásban javasolt – a jelen szerződési feltételek szerinti – nagyértékű diagnosztikai célú vizsgálatának a (CT, MRI, PET-CT, Cardio-CT) szükségessége, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselési időszakában kell bekövetkeznie.

Jelen Szerződési Feltételek alapján **nagyértékű diagnosztikai ellátásnak minősül** az orvosszakmai szabályok betartásával, a jelen kiegészítő biztosításban meghatározott diagnosztikai vizsgálat, melyet orvosi szakképesítéssel rendelkező személy, vagy javaslatára más erre jogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy végez.

A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.

13. A biztosítási szolgáltatás

13.1. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett vagy előzetesen jóváhagyott – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett alábbi szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottaknak.

Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok:

- a) CT
- b) MRI
- c) PET-CT
- d) Cardio-CT

A kontrasztanyag vizsgálatok elvégzéséhez szükséges vesefunkciós labor vizsgálat költségére, továbbá CT-angiográfia, MR-angiográfia vizsgálatra kiterjed a biztosító kockázatviselése.

A kiegészítő biztosítás szolgáltatása **az ellátásszervező által szervezett vagy általa előzetesen jóváhagyott** egészségügyi ellátás.

13.2. A biztosító a nagyértékű diagnosztikai ellátásra szóló szolgáltatást a kiegészítő biztosítás tartama alatt, **egy biztosítási évben a kockázatviselési helyre bejelentett biztosítottakra vonatkozóan összesen, legfeljebb a biztosítási kötvényen az adott biztosítási időszakra vonatkozóan megjelölt összeghatárig** nyújtja.

A szolgáltatást a fenti limit összegéig a biztosított lakcímkártyájának adatai alapján a kockázatviselési helyre bejelentett egy vagy több biztosított veheti igénybe.

13.3. A limit összeg felhasználása során az ellátásszervezőhöz beérkező igények a szolgáltatási igény bejelenté-

sének és a bejelentéshez szükséges összes dokumentumnak az ellátásszervezőhöz történő beérkezése időpontja szerint, időrendi sorrendben kerülnek figyelembevételre. Az ellátásszervező a beérkező szolgáltatási igényeket az időrendi sorrend alapján vizsgálja és tájékoztatja a biztosítottat arról, hogy az igények milyen sorrendben kerülnek figyelembevételre, valamint van-e már folyamatban igény az adott szerződés alapján, és várhatóan a még rendelkezésre álló limit elegendő-e a szolgáltatásra vagy az igényelt ellátást előre láthatólag a limit kimerülése miatt nem fedezi a biztosítás.

A limit szempontjából is az igénybejelentéshez szükséges összes dokumentum beérkezésének időpontja az irányadó.

14. Kockázatviselésből kizárt események, nem térülő károk (kizárások)

Az alábbi esetekben a biztosító nem nyújt szolgáltatást, tekintettel arra, hogy nem következik be biztosítási esemény.

14.1. Általános szabályok

Nem minősül biztosítási eseménynek, ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást, ha a biztosított balesete vagy betegsége

- a) **háborús, polgárháborús vagy harci eseményben, megszállás során, külső ellenség cselekménye során, ellenségeskedés során vagy – hadüzenettel vagy anélkül – végrehajtott hadműveletben, felkelésben, lázadásban, forrongásban, zavargásban vagy népfelkeléshez, népi megmozduláshoz vezető zavargásban, katonai felkelésben, forradalomban való részvétellel összefüggésben,**
- b) **katonai vagy egyéb hatalomátvitelben, katonai közigazgatás, szükségállapot során vagy bármely olyan eseményben, amely a katonai közigazgatás vagy szükségállapot kihirdetéséhez vagy fenntartásához vezet,**
- c) a biztosított **terrorcselekményben való tevőleges részvétele** miatt,
- d) közvetlenül vagy közvetve bármely **terrorcselekmény következményeként**, vagy azzal kapcsolatosan,
- e) **atommag szerkezeti módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása** miatt (ha azt nem terápiás célból vette igénybe),
- f) **atom, biológiai vagy vegyi fegyverek, vagy radioaktív, biológiai vagy vegyi anyagok használatára** közvetlenül vagy közvetetten visszavezethető okból, – vállalati telephelyek és más ingatlanok (pl. atomerőmű, újrafeldolgozó üzem, állandó vagy ideiglenes hulladéklerakók, kutató reaktorok, raktárak vagy gyárak), vagy ezek részei, telkek, mozgatható eszközök (pl. szállító vagy tároló konténerek) elleni támadás vagy az ezekbe történő szándékos behatolás miatt, mely radioaktivitás,

illetve atom, biológiai vagy vegyi eredetű hadianyagok vagy alkotórészek kibocsátásához vezet–
következett be, vagy a fentiekkel közvetett vagy közvetlen összefüggésben következett be.

Az a) és a b) pont alapján **a biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a közvetlenül vagy közvetve bármely felsorolt esemény által okozott, illetve eseményből eredő, vagy azzal kapcsolatosan bekövetkező bármely természetű káreseményre** tekintet nélkül az ahhoz hozzájáruló, egyidejűleg vagy egymást követően bekövetkező okra, vagy eseményre.

A biztosító nem nyújt szolgáltatást az a) és b) pontban felsorolt események megfékezése, megelőzése, elfojtása, csökkentése érdekében kifejtett, vagy azokkal bármilyen kapcsolatban álló tevékenység által közvetlenül vagy közvetve okozott, vagy abból eredő, illetve ahhoz kapcsolódó bármilyen természetű káreseményre. A c) és a d) pontban szereplő terrorizmus alapján **a biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a közvetlenül vagy közvetve bármilyen terrorcselekmény által okozott, illetve terrorcselekményből eredő, vagy azzal kapcsolatosan bekövetkező bármely természetű káreseményre** tekintet nélkül az ahhoz hozzájáruló, egyidejűleg vagy egymást követően bekövetkező okra, vagy eseményre.

Jelen Szerződési Feltételek szempontjából **terrorcselekmény** bármely erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális és immateriális javakra, az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politika, vallási, ideológiai, illetve etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

A biztosító nem vállal kockázatot semmilyen káreseményre, amelyet közvetlenül vagy közvetve **a terrorcselekmény megfékezése, megelőzése, elfojtása, csökkentése érdekében kifejtett, vagy a terrorcselekménnyel bármilyen kapcsolatban álló tevékenység okozott, vagy abból ered, illetve ahhoz kapcsolódóan következett be.**

A biztosító abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha az f) pontban szereplő támadás vagy behatolás az információs technológia eszközeinek használatával következett be.

A biztosító ebben az esetben a biztosított egészségbiztosítási fedezetére vonatkozó szolgáltatást nem teljesíti.

14.2. A kizárás különös esetei

14.2.1. **A kiegészítő biztosítás esetén a biztosító nem teljesít szolgáltatást, ha a biztosítási esemény, illetve ahhoz**

vezető balesetből vagy valószínűsíthető betegségből eredő panaszok **a biztosított**

- a) **orvosi javallat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése** miatt,
- b) a testén saját maga vagy hozzájárulásával mások, de **nem orvosi szakképzettséggel rendelkező személyek által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodása** következtében (kivéve, ha erre valamely biztosítási esemény miatt kerül sor), vagy
- c) **érvényes jogosítvány, illetve a gépjárműre vonatkozó érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése** miatt,
- d) **szankciós érintettség esetén, a jelen szerződési feltételek "A szolgáltatás teljesítésének módja, ideje" című pontja szerint, illetve**
- e) **hivatásos, vagy amatőr sportolónak gyakorolt sporttevékenység** (mérkőzés, verseny, edzés) során elszenvedett balesete, valamint **szervezett tömegsporttevékenység** közben történt balesetével (sportbaleset) összefüggésben,
- f) **extrém sportnak minősített sporttevékenységgel** összefüggésben **következett be.**

Hivatásos sportoló az, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá megbízási szerződés alapján jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik hivatásos sportolói engedéllyel.

Amatőr sportolónak minősül mindenki, aki nem jövedelemszerzés céljából bármely magyarországi vagy külföldi sportklub, sportszövetség, sportegyesület vagy más sport-szervezet által kiállított, a versenyrendszerben, illetve a versenyeken részvételre jogosító, versenyengedélyt is magában foglaló versenyigazolvánnyal rendelkezik.

Szervezett tömegsport-tevékenységnek minősül minden olyan rendezvény, melynek keretében a résztvevők sporttevékenységet végeznek, a rendezvényt nem a szerződő fél szervezi és előzetes nevezéshez vagy bármilyen egyéb előzetes regisztrációhoz kötött.

Extrém sportnak minősül:

- minden olyan hivatásos vagy amatőr sporttevékenység, melynek gyakorlásához speciális körülmények, illetve speciális sportfelszerelés szükséges, valamint
- minden olyan sporttevékenység, mely során a biztosított a spottevékenységre kijelölt pályáról letér,
- minden olyan amatőr és hivatásos sporttevékenység is, amely versenyeredmény elérését célozza (ideértve a szabadidősport verseny körülmények közötti úzását is), továbbá a versenyre felkészítő edzés.

Jelen biztosítás extrém sport definíciója eltér a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által meghatározott definíciótól.

Extrém sportnak minősülnek különösen, de nem kizárólagosan a következő sportok: akadályfutás (ideértve „spartan race”-t), amerikai futball, autóvezetés közúton kívül (ideértve különösen a terep rally-t), barlangászat, barlangi búvárkodás, bungee jumping, búvárkodás 5 méter mélységet meghaladóan, canyoning, downhill kerékpározás, falmászás, gördeszkázás gördeszka-parkban, harcművészetek, hegymászás, hegyikerékpározás (mountain bike), hőlégballonos repülés, hydrospeed, jetskizés, kerékpározás közúton kívül, küzdősportok, magashegyi túrázás, hosszútávfutás (21 kilométer felett), motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve különösen az ejtőernyőt és a vízisít), rafting (vadvízi evezés), rögbi, sárkányrepülőzés, siklóernyőzés, sziklamászás, sziklaugrás, szörfözés (ideértve a windsurf és a kitesurf is), tengeri kajakozás, tengeri kenúzás, motor nélküli vagy segédmotoros vitorlázó repülőgéppel történő repülés, motorkerékpározás közúton kívül, műrepülés, quadozás, versenytáncok, via ferrata, vitorlázás, vízi ejtőernyőzés (parasailing), vízisíelés, wakeboardozás.

Hegymászásnak minősülnek a következők:

- hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a biztosított a kijelölt turistaútról letér (magasságtól függetlenül),
- hegyvidéken történő túrázás, ha az útviszonyok speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.),
- 3000 méter magasság felett végzett túrázás,
- a via ferrata típusú, az osztrák besorolás alapján „C”-nél nagyobb nehézségi fokozatú útvonalon végzett túrázás.

Amennyiben a hegymászás útvonalának bármely szakaszára teljesül a fenti feltételek valamelyike, úgy az adott útvonal egyéb szakaszain történő túrázás is hegymászásnak minősül.

14.2.2. A kiegészítő biztosítás vonatkozásában nem terjed ki a biztosító fedezetvállalása a baleset előtt bármely okból már károsodott, sérült, csonkolt, illetőleg funkciójában korlátozott testrészekre, szervekre, amennyiben az, az orvosi dokumentáció alapján bizonyíthatóan összefüggésben áll az aktuális igénnyel.

14.2.3. Nem biztosítási esemény ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az alábbi ellátásokra és azokhoz kapcsolódó vagy azok kapcsán kért diagnosztikai vizsgálatokra az alábbi esetekben sem

- a) a kockázatviselési időszak kezdetét megelőzően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel kapcsolatos ellátás,**
- b) meddőséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés,**
- c) sürgősségi ellátás vagy vizsgálat,**
- d) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás,**
- e) szépészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás,**
- f) szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkal-**

- massági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, láttelel céljából történő vizsgálat vagy ellátás,**
- g) nem orvosi javallat alapján végzett terheesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások,**
- h) fogászati és szájsebészeti problémák miatt szükséges diagnosztika,**
- i) virtuális endoszkópia, kapszula endoszkópia és egyéb endoszkópiás vizsgálatok,**
- j) enterográfiás vizsgálatok,**
- k) katéteres érfestés (coronarográfia).**

14.2.4. A biztosító nem nyújt térítést a diagnosztikai szolgáltatások igénybevételéhez kapcsolódó altatás vagy bódítás, és az ahhoz kapcsolódó további ellátások költségeire.

15. A biztosítási esemény bejelentése

15.1. A biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon, és az ellátásszervező kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével, ill. adatok megadásával jelenti be.

A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az ellátásszervezőnél jelentse be a szolgáltatás iránti igényt és az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítsa magát, az ellátásszervező részére a jelen feltételekben meghatározott iratokat átadja.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- az Alapbiztosítási szerződés szerződésszáma,
- a szolgáltatási igényt bejelentő biztosított lakcímkártyáján szereplő adatok,
- a szolgáltatási igényt bejelentő biztosított neve,
- a biztosított édesanyjának neve,
- a biztosított születési ideje.

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során az ellátásszervező minden esetben azonosítja a biztosítottat, a lakcím és a szerződésszám alapján. A szolgáltatásra való jogosultságot az ellátásszervező a lakcímkártya alapján ellenőrzi, melynek másolatát a biztosított köteles az ellátásszervező részére megküldeni.

Az ellátásszervező által megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele során az egészségügyi szolgáltató azonosítja a biztosítottat a személyes adatai alapján. Ha a biztosított személye nem azonosítható, akkor az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét az ellátás alkalmával a biztosított fizeti.

15.2. Az ellátásszervező jogosult a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát ellenőrizni, a biztosított egészségi állapotát, az

orvosi eljárás szükségességét felülvizsgálni. A felülvizsgálat eredményeképpen az ellátásszervező megtagadhatja az egészségügyi szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

A biztosító jogosult ellenőrizni a biztosítási esemény bekövetkezése kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát, valamint felülvizsgálni a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét. Egyedi esetekben a biztosító független orvos-szakértőt is felkérhet véleményadásra.

15.3. A biztosítási esemény igazolásához benyújtandó dokumentumok

A biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges dokumentumokat a biztosító részére be kell nyújtani vagy be kell mutatni.

A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:

- szakorvosi beutaló az ellátásra,
- az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
- ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőtében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása,
- a biztosított nevére kiállított számla,
- a biztosítottnak a lakóhelyét vagy tartózkodási helyét igazoló irat (lakcímet igazoló hatósági igazolványa).

Az ellátásszervező az ellátás szervezését a fenti dokumentum rendelkezésre bocsátását követően kezdi meg.

A biztosítási esemény igazolásához, valamint a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító az alábbi iratok benyújtását, illetve bemutatását kérheti:

A) Személyazonosító iratok

- a szolgáltatás igénybevételére jogosult természetes személy személyazonosságát igazoló iratok, okiratok, adatok, így a természetes személy személyazonosító igazolvány vagy útlevél, vagy kártya formátumú vezetői engedély és lakcímet igazoló hatósági igazolvány.

B) Hatósági, hivatali okiratok

- a közlekedési balesettel kapcsolatos hatósági iratok (jogosítvány, forgalmi engedély),
- ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőtében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása, valamint, ha nem a törvényes képviselő jár el a kiskorú nevében az 1.3 pont szerinti gyámhatósági jóváhagyás,

- ha az igénybevételre jogosult személy gondnokság alatt áll, akkor a képviselőtében eljáró gondnok személyazonosságát igazoló gyámhivatali határozat, valamint az 1.3. pont szerinti gyámhatósági jóváhagyás.

C) Orvosi dokumentumok

- a háziorvosi törzskarton és a kezelőkartonok másolata, a szakorvosi és kórházi kezelés dokumentumainak másolata,
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő és jogelődjei által kiállított igazolások, valamint általa kezelt adatok,
- kórházi tartózkodást igazoló iratok, a zárójelentések és ambuláns kezelőlapok másolata,
- a műtét(ek) részletes leírását tartalmazó műtéti leírás(ok) másolata,
- az ittassági vizsgálat eredményének hivatalos igazolása,
- kábító, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatásának vizsgálatáról készített hivatalos orvosi irat vagy hatósági határozat,
- orvosi diagnosztikai eljárások dokumentumai (pl. röntgen, MRI, CT),
- az orvosi kezeléssel kapcsolatos valamennyi irat másolata.

A szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához benyújtott dokumentumokat a biztosító a biztosított ezirányú kifejezett kérelme hiányában nem köteles visszaküldeni.

Az A-C) pontban felsoroltakon kívül a biztosított a bizonyítás általános szabályai szerint más módon is jogosult a biztosítási esemény igazolására.

A biztosító jogosult az adatkezelésre vonatkozó szabályoknak megfelelően megőrizni az orvosi vizsgálatok leleteit, valamint a biztosítással összefüggő iratokat.

16. A kiegészítő biztosítás szolgáltatására vonatkozó általános szabályok

A szolgáltatás teljesítésének módja, ideje

16.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási szolgáltatást teljesíti.

A biztosító a szolgáltatásra jogosult rendelkezése alapján teljesíti a szolgáltatást.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítottat nem terheli állapotmegőrzési kötelezettség.

A biztosító **nem nyújt semmilyen szolgáltatást, illetve nem teljesít semmilyen kifizetést** a jelen kiegészítő biztosítás alapján, ha az ilyen szolgáltatás vagy az ilyen kifizetése nyújtása sértené az Egyesült Nemzetek bármely határozatát vagy az Európai Unió, az Egyesült Királyság vagy az Egyesült Államok kereskedelmi vagy gazdasági szank-

ciókra (pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedésekre) vonatkozó törvényét vagy szabályozását.

16.2. A biztosító az alábbiakban meghatározottak szerint és időpontban nyújtja a szolgáltatást:

Az ellátásszervező a biztosítottnak a vizsgálat elvégzésére vonatkozó igénye bejelentését követő 10 munkanapon belül szervezi meg a vizsgálatot, amennyiben az ellátásszervezéshez szükséges minden dokumentum a rendelkezésére áll, továbbá értesíti a biztosítottat a vizsgálat időpontjáról és helyszínéről. Az ellátásszervező a biztosított által meghatározott módon (e-mailben vagy telefonon) értesíti a biztosítottat.

A vizsgálat elvégzésének időpontjára a 10 munkanapos határidő nem vonatkozik.

16.3. A biztosító a kiegészítő biztosítás szolgáltatását korlátozhatja, limit megállapításával.

A kiegészítő biztosítás a fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetétől az azt követő első évfordulóig, a továbbiakban egy biztosítási évben **igénybe vehető szolgáltatásra vonatkozó limitet** a biztosítási kötvény tartalmazza.

Az ellátásszervező – az ellátás megszervezését megelőzően – értesíti a biztosítottat, ha az igényelt ellátás, illetve az ellátás költségének figyelembevételével a szolgáltatások értéke meghaladná a kiegészítő biztosításra vonatkozó limitet.

A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokat a biztosított saját költségére veheti igénybe. **A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokra a biztosító, illetve a szolgáltatás teljesítése során eljáró ellátásszervező nem szervez ellátást.**

16.4. A biztosított a kiegészítő biztosítás alapján **pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.**

16.5. Az ellátásszervező a vele szerződött egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg a biztosított ellátását.

17. A várakozási idő

17.1. A biztosító a kiegészítő biztosításra **60 nap várakozási időt alkalmaz.** A várakozási idő kezdete a kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdete.

17.2. A biztosító továbbá az alábbi szolgáltatáskorlátozást alkalmazza:

Amennyiben a biztosított a kockázatviselés kezdetét követően jelentkezik be a kockázatviselési helyre, akkor a biztosító a kockázatviselési helyre történő bejelentkezéstől számított 60 nap elteltét követően nyújt szolgáltatást az adott biztosított részére. Minden más esetben a biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 60 nap elteltét követően nyújtja a szolgáltatást.

A várakozási idő, valamint a szolgáltatás korlátozás időtartama alatt az ellátásszervező nem szervez ellátást a biztosított részére.

18. Az ellátásszervező által megszervezett ellátás biztosított által történő módosításának vagy lemondásának feltételei

18.1. A már egyeztetett időpontot a vizsgálat időpontja előtt legkésőbb 2 munkanappal van lehetősége a biztosítottnak módosítani vagy lemondani.

18.2. Amennyiben a biztosított

- a) az ellátást ennél később mondja le, vagy
- b) nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban,

abban az esetben úgy tekinthető, mintha a biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna, így, ha az igénybe nem vett ellátást a szolgáltató kiszámlázza az ellátásszervező részére, akkor annak költsége a vonatkozó éves szolgáltatási keretösszegeből (limitből) levonásra kerülhet.

18.3. A biztosított az igénybe nem vett ellátásra ismételt szervezést igényelhet.

19. Kármegelőzési, kárenyhítési kötelezettség

A szerződő, illetve a biztosított köteles a kárt, azaz a biztosítási eseményt az adott helyzetben általában elvárható módon megelőzni és enyhíteni.

20. A biztosító mentesülése

Az alábbi esetekben a biztosítási esemény bekövetkezik, azonban a biztosító mentesül a teljesítési kötelezettsége alól, ezért nem nyújt szolgáltatást.

A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény a biztosított olyan sérülésével, betegségével, illetőleg balesetével függ össze, amelyet

- a) a biztosított szándékosan vagy súlyosan gondatlanul önmagának okozott, ideértve a tudatzavarban való elkövetést is,**
- b) a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó jogellenesen és szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.**

A fenti rendelkezéseket a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól akkor is, ha a biztosítási esemény a biztosított olyan sérülésével, betegségével, illetőleg balesetével függ össze, amely a biztosított

- a) ittas állapotával vagy kábító-, illetve egyéb bódulatot**

keltő szerek hatása alatti állapotával okozati összefüggésben,
b) elme- vagy tudatzavarával, illetve a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben
c) szankciós érintettségével összefüggésben következett be.

Nem tekinthető a biztosító mentesülését eredményező oknak, hogyha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési jogával élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

21. A biztosítási díj visszatérítése

Ha a kiegészítő biztosítás megszűnik, a biztosító visszatéríti a szerződőnek azt a biztosítási díjat, amelyet a szerződő a kiegészítő biztosítás megszűnése utáni időszak kockázatviselésére előre befizetett. A visszatérítésre a szerződés díjában történő jóváírás, átutalás vagy postára történő feladás formájában kerül sor, a kiegészítő biztosítás megszűnését követő 60 napon belül.

22. Elévülés

A kiegészítő biztosításból eredő igények az esedékességtől számított 5 év elteltével elévülnek.
Az elévülést nem szakítja meg a követelés teljesítésére irányuló írásbeli felszólítás.

23. Esedékesség

A kiegészítő biztosítás szolgáltatása iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon bejelenti.

Egyéb igények esedékességének időpontja az igény alapjául szolgáló körülmény bekövetkezésének napja.

24. Adatkezelés

24.1. A biztosító a szolgáltatás teljesítése érdekében ellátásszerveőt vesz igénybe, aki jogosult további alvállalkozókat is bevonni. Az ellátásszervező és közreműködői az ellátásszervezés és az ennek alapján megszervezett ellátás során a biztosító adatfeldolgozójaként járnak el és a személyes adatokat a biztosító utasításai szerint kezelik. Az egészségügyi ellátást ténylegesen nyújtó egészségügyi szolgáltató az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomására jutott és azzal összefüggésben keletkező adatokat önálló adatkezelőként kezeli, a saját adatkezelési tájékoztatója szerint. A biztosító a Teladoc Hungary Kft.-t bízza meg az ellátásszervezői feladatok ellátására.

24.2. Ha szolgáltatásra jogosult biztosított telefonon kívánja bejelenteni a szolgáltatás iránti igényt, akkor ennek feltétele, hogy a bejelentés során az ehhez szükséges egészségügyi adatainak kezeléséhez kifejezetten hozzájárul.

Amennyiben a biztosított a szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során nem járul hozzá az egészségügyi adatai kezeléséhez, a biztosító a jelen feltételek szerint biztosítási szolgáltatást nem tud nyújtani az adott biztosított részére, így az ellátásszervező az igényelt ellátást nem szervezi meg a biztosított részére.

A biztosított jogosult a hozzájárulásának visszavonására, amely azonban nem érinti a visszavonást megelőző adatkezelés jogszerűségét.

A biztosított a hozzájárulása visszavonásához való jogát a biztosító székhelyén, a biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez címzett levélben (Levelezési cím: 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52., Stratégiai és általános igazgatás divízió, Compliance osztály vagy a www.allianz.hu/adatvedelem felületen), az azonosítását követően gyakorolhatja. Az azonosításhoz a biztosító az alábbi adatokat használja: név, szerződésszám és/vagy kárszám, születési idő és hely, anyja neve.

24.3. A biztosító a szolgáltatás nyújtása érdekében a szerződő biztosítottra vonatkozó alábbi adatokat továbbítja az adatfeldolgozóként eljáró ellátásszervező részére:

- az Alapbiztosítási szerződés szerződésszáma,
- a kiegészítő biztosítás tartamának kezdete,
- díjrendezettség időpontja,
- szerződő és biztosított neve,
- biztosított édesanyja neve,
- biztosított születési ideje,
- biztosított partner kódja,
- biztosított címe (kockázatviselési hely),
- biztosított e-mail címe,
- biztosított mobiltelefonszáma.

A biztosító a szolgáltatás nyújtásával összefüggésben az alábbi adatokat kezeli a fentiekén kívül:

- egészségügyi szolgáltatás igénylés során keletkező adatok: igénybejelentés időpontja, igénybejelentés módja, igénybejelentés tartalma (telefonos bejelentés esetén hangfelvétel), igénybejelentés során rendelkezésre bocsátott dokumentumok adattartalma (egészségügyi adatok),
- ellátásszervezés során keletkező adatok: időpontfoglalás, időpont-visszaigazolás, ellátás típusa, indokai, esetleges lemondás, meg nem jelenés kapcsán keletkező adatok,
- a nyújtott szolgáltatások pénzügyi elszámolása során keletkezett adatok: fedezet összege, nyújtott ellátás díja, mindenkor aktuálisan rendelkezésre álló fedezeti összeg.

24.4. A biztosító a személyes adatokat a szerződés teljesítésével és a szolgáltatás nyújtásával összefüggésben kezeli, melynek során jogosult harmadik személy közreműködését igénybe venni és a kiszervezett tevékenységet végző részére a feladat ellátásához szükséges adatokat továbbítani. Az ellátásszervező, mint kiszervezett tevékenységet végző a szerződő és a biztosítási szolgáltatást igénybe vevő biztosítottak adatainak mindenkor aktuális adatbázisát folyamatosan tárolja, biztosított igénybejelentése során ezen adatbázissal veti össze a biztosított által megadott adatokat annak érdekében, hogy azonosítsa a biztosított személyét és ellátásra való jogosultságát.

24.5. A szerződő és a biztosított kérésére az ellátásszervező tájékoztatást ad azon egészségügyi szolgáltatók személyéről, akik az adott biztosított számára a biztosítási szolgáltatásban közreműködtek.

24.6. Biztosított tudomásul veszi, hogy ha az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő átadását megtagadja, az igénybe vett szolgáltatás díját saját maga köteles kifizetni.

24.7. A személyes adatok kezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatás a biztosító Adatkezelési és ügyféltájékoztató, valamint szerződési feltételek kiegészítése című dokumentumában található, amely megtalálható a www.allianz.hu/adatvedelem oldalon.

25. A megszűnésre vonatkozó szabályok

25.1. A kiegészítő biztosítás megszűnése

- Az Alapbiztosítás megszűnésével egyidejűleg a kiegészítő biztosítás is megszűnik.
- A kiegészítő biztosítás megszűnik abban az esetben is, ha a szerződés alapján biztosítási fedezetbe vont valamennyi biztosított betölti a 70. életévét. A megszűnés hatálya: A biztosítottak 70. életéve betöltésének a szerződő vagy a biztosított általi bejelentése esetén az utolsó biztosított 70. életévének betöltése napja.
- A kiegészítő biztosítás megszűnik abban az esetben is, ha a szerződés alapján biztosítási fedezetbe vont valamennyi biztosított meghal. A megszűnés hatálya: A biztosítottak halálának bejelentése esetén az utolsó biztosított halálának napja.
- Az egy éves határozott tartam lejáratával, amennyiben a felek bármelyike a jelen Szerződési Feltételek szerint jelzi, hogy a tartamot nem kívánja meghosszabbítani.
- A jelen kiegészítő biztosítást – az Alapbiztosítás fennmaradása mellett – a szerződő írásban az Alapbiztosítás évfordulójára 30 napos felmondási idővel felmondhatja. A megszűnés hatálya: az Alapbiztosítás évfordulója.
- A kiegészítő biztosítás érdekmúlással és lehetetlenüléssel történő megszűnésére vonatkozó további rendelkezéseket az Allianz Otthonom lakásbiztosítás Biztosítási Információk, I. Általános biztosítási feltételek, 6. A pontja tartalmazza.

25.2. A kockázatviselés megszűnése az egyes biztosítottakra vonatkozóan:

- A kiegészítő biztosítás az adott biztosított személye vonatkozásában megszűnik a 70. életév betöltésének napjával.
- A kiegészítő biztosítás az adott biztosított személye vonatkozásában megszűnik a biztosított halálával. A megszűnés hatálya a biztosított halálának napja.
- A kiegészítő biztosítás megszűnik a biztosítási szerződésben (ajánlat, kötvény) biztosítottként név szerint megnevezett természetes személy tekintetében, ha e személy lakcímkártyáján szereplő cím módosul és az nem egyezik meg az Alapbiztosítás kockázatviselési helyével.

26. Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

a) A jelen Szerződési Feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől:

- jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatására a biztosított jogosult, így a kedvezményezett kijelölésre ill. annak folyamatos hatályban tartására nincs lehetőség;
- az Alapbiztosítási szerződéssel egyidejűleg kötött kiegészítő biztosítás létrejötté és hatálybalépése az ajánlattételt követő nap 00.00 óra.;
- az Alapbiztosítási szerződéssel egyidejűleg kötött kiegészítő biztosítás esetében a kockázatviselés kezdete az ajánlattételt követő nap 00.00 óra ;
- az Alapbiztosítás tartama alatt kötött kiegészítő biztosítás létrejötté és hatálybalépése az azt követő napon 00.00 óra, amikor a kiegészítő biztosítás létrejötté iránti nyilatkozat a biztosítóhoz beérkezett;
- az Alapbiztosítás tartama alatt kötött kiegészítő biztosítás esetében a kockázatviselés kezdete a kiegészítő biztosítás megkötésére vonatkozó nyilatkozaton megjelölt időpont, ennek hiányában a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 00.00 óra.
- a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
- a biztosítási éven belül igénybe vehető szolgáltatások összértéke korlátozott (éves limit), és az a kiegészítő biztosításban fedezetbe vont biztosítottakra együttesen meghatározott,
- a kiegészítő biztosítás határozott egy éves időtartamra jön létre, amely határozott időtartam lejáratával megszűnik, amennyiben a felek bármelyike a jelen Szerződési Feltételek szerint jelzi, hogy a tartamot nem kívánja meghosszabbítani.

b) A jelen Szerződési Feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a biztosító korábbi szerződési gyakorlatától:

- a biztosító az Alapbiztosításhoz kapcsolódóan korábban nem értékesített nagyértékű diagnosztika biztosítást, az kizárólag egészség- és életbiztosítási termékhez volt igényelhető,
- a szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az ellátásszervezőnél előzetesen jelentse be a szolgáltatás iránti igényt,
- biztosító várakozási időt és szolgáltatáskorlátozást alkalmaz,
- az elévülési időt nem szakítja meg a követelés teljesítése irányuló írásbeli felszólítás,
- ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti.