

Allianz Gondoskodás Most szerződéshez köthető biztosítások

Szerződési Feltételek

A biztosító és a szerződő között létrejött biztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

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

Az életbiztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
1. A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála.	2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott és a biztosított halála bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek.
Esedékesség 3. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a halál bekövetkezésének napja.	

Budapest, 2023. december 15.

A baleseti halál esetére szóló baleset-biztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
1. A biztosított olyan balesete, melynek következtében a biztosított – a baleset időpontjától számított egy éven belül – meghal.	2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott és a biztosított halála bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek. A biztosítási összeg felül a biztosító a kedvezményezettnek a biztosítási összeg a) további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított halála közlekedési baleset következménye, b) további 100%-át fizeti ki, ha a biztosított halála orvosi igazoltan, égési sérülés közvetlen következménye. Ha a biztosított halála közlekedési baleset és égési sérülés együttes következménye, akkor a biztosító az a) és b) pontban szereplő szolgáltatás nyújtására egyaránt kötelezettséget vállal.
Esedékesség 3. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a halál bekövetkezésének napja.	

Budapest, 2023. december 15.

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló baleset-biztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. A biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkező olyan balesete, melynek következtében – a baleset időpontjától számított két éven belül – a biztosított 10%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenved.</p>	<p>2. A biztosító a biztosított baleseti eredetű, maradandó</p> <ol style="list-style-type: none"> teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 200%-át, 67%-99% közötti egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg kétszeresének a károsodás mértékével arányos részét, 11%-66% közötti egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összegnek a károsodás mértékével arányos részét fizeti ki a biztosítottnak. <p>A fent meghatározott biztosítási szolgáltatáson felül a biztosító a kedvezményezettnek a biztosítási összeg</p> <ol style="list-style-type: none"> további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset következménye, további 100%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása égési sérülés közvetlen következménye. <p>Ha a biztosított maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset és égési sérülés együttes következménye, akkor a biztosító az a) és b) pontban szereplő szolgáltatás nyújtására egyaránt kötelezettséget vállal.</p> <p>3. Egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban, egy biztosítottra vonatkozóan a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás térítése a 100%-os egészségkárosodás esetén járó szolgáltatási összeget nem haladhatja meg.</p> <p>A baleset-biztosítás alapján kifizetett összeg független a társadalombiztosítási szervek megállapításaitól és szolgáltatásaitól.</p> <p>A teljesítés ideje</p> <p>4. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást az egészségkárosodás mértékének 6. pont szerinti megállapításától számított 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak.</p>
<p>Esedékesség</p> <p>5. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a baleset bekövetkezésének napja.</p>	

A baleseti eredetű egészségkárosodás mértéke

6. Az egészségkárosodás mértékét a biztosított foglalkozására tekintet nélkül, a jelen szerződési feltételekben rögzítettek szerint kell megállapítani.

A maradandó egészségkárosodás mértékét az alább felsorolt szervek, illetve végtagok elvesztése esetén a szükséges iratok bemutatásától számított 15 napon belül meg kell állapítani. Az alább fel nem sorolt esetekben a maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa állapítja meg, ideértve az egyes szervek, illetve végtagok olyan funkciókiesését, amely nem jár azok elvesztésével.

Az egészségkárosodás mértékének megállapításánál nem a foglalkozással összefüggő munkaképesség-csökkenést, hanem a bármely munka végzésénél egyaránt figyelembe vehető általános funkciókiesést kell értékelni.

7. A testrészek egészségkárosodása (térítési százalékkal):

- mindkét szem látóképességének elvesztése, mindkét felkar – alkar vagy kéz – elvesztése, egyik kar vagy kéz, valamint comb vagy lábszár együttes elvesztése (felső végtag plusz alsó végtag csonkolása), mindkét comb elvesztése: 100%,
 - mindkét lábszár elvesztése: 90%,
 - egyik comb elvesztése, egyik felkar elvesztése: 80%,
 - egyik lábszár elvesztése, egyik alkar elvesztése, beszélnőképesség teljes elvesztése, mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése: 70%,
 - jobbkezes jobb kezének, balkezes bal kezének elvesztése (csuklón alul): 65%,
 - jobbkezes bal kezének, balkezes jobb kezének elvesztése (csuklón alul): 50%,
 - egyik lábfej elvesztése (boka alatt): 40%,
 - egyik szem látóképességének teljes elvesztése: 35%,
 - egyik fül hallóképességének teljes elvesztése: 25%.
- Égési sérülés:

Fok	Kiterjedés	Az egészségkárosodás mértéke	Fok	Kiterjedés	Az egészségkárosodás mértéke
I. fokú: (bőrt, nyálkahártyát épen hagyó égés)	1-20%	0%	III. fokú: (mélyre terjedő égés)	1-2%	0%
	21-30%	15%		3-5%	20%
	31-50%	30%		6-15%	40%
	51%-tól	50%		16-25%	60%
		26%-tól		100%	
II/1. fokú: (felületes mélységű égés)	1-15%	0%	IV. fokú: (roncsoló égés)	Az egészségkárosodás mértékének megállapítása a szervekre, végtagokra kiterjedő károsodás alapján, a jelen szerződési feltételekben a szervek, végtagok elvesztésére, bénulására, illetőleg funkciókiesésére megállapított egészségkárosodási mértékeknek megfelelően történik.	
	16-20%	15%			
	21-30%	30%			
	31-50%	60%			
51%-tól	100%				
II/2. fokú: (átmeneti mélységű égés)	1-5%	0%			
	6-10%	15%			
	11-20%	30%			
	21-30%	60%			
	31%-tól	100%			

Egy szerv részbeni csonkolásánál a térítés mértéke az egyes testrészek elvesztésére vonatkozó, e pontban szereplő térítési százalékok megfelelő hányada.

8. A biztosító a biztosított egy biztosítási eseményből eredő, többféle fokozatú és kiterjedésű égési sérülése esetén, a maradandó egészségkárosodás mértékét a különböző fokozatú égésekre külön-külön megállapított egészségkárosodási százalékok összeadásával állapítja meg.

Megszűnés

9. A 100%-os egészségkárosodás esetén járó szolgáltatási összeg kifizetése hónapjának utolsó napjával a biztosítási fedezet megszűnik.

Budapest, 2023. december 15.

A baleseti eredetű műtéti térítésre szóló baleset-biztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. A biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkező olyan balesete, melynek következtében – a baleset időpontjától számított két éven belül – a biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és szükséges a jelen szerződési feltételek szerinti műtétére kerül sor.</p> <p>Műtét: Jelen szerződési feltételek alapján műtétnek tekintendő az orvosszakmai szabályok betartásával, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy által elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.</p>	<p>2. A biztosító a szolgáltatás szempontjából kis, közepes, nagy, illetve kiemelt műtéteket különböztet meg. A műtétek – kis-, közepes, nagy-, illetve kiemelt műtétek szerinti – besorolását az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletét képező műtéti lista tartalmazza. A besorolás a társadalombiztosítási szervek besorolásától független. A műtéti listában nem szereplő beavatkozások besorolását a biztosító orvosa állapítja meg.</p> <p>A biztosító a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> a) kiemelt műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 200%-át, b) nagy műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 100%-át, c) közepes műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 50%-át, d) kis műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 20%-át, <p>fizeti ki a biztosítottnak.</p> <p>A biztosító szolgáltatása biztosítási időszakonként (azaz két egymást követő biztosítási évforduló közötti időtartam alatt) legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosa, két egymást követő biztosítási időszakban a biztosítási összeg ötszöröse lehet.</p> <p>3. Ha egy baleset miatt több műtéti beavatkozásra is szükség van, akkor a biztosító a legmagasabb besorolású műtét alapján teljesít szolgáltatást. Ha a szolgáltatást követően ugyanazon balesetből eredően a biztosított újabb, a műtéti lista alapján magasabb besorolású műtétet kell elvégezni, akkor a biztosító a korábbi és az újabb műtétre megállapított szolgáltatások különbözetét fizeti ki.</p> <p>4. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosítotton</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nem baleset miatt végzett plasztikai műtét, b) a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása esetén.
<p>Esedékesség</p> <p>5. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a műtét elvégzésének napja.</p>	
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok</p> <p>6. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a műtétről szóló orvosi dokumentáció, b) fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés. <p>A biztosított köteles a biztosítási eseményt a szolgáltatáshoz szükséges iratokkal együtt a biztosítónak haladéktalanul bejelenteni. Fekvőbeteg-gyógyintézetben elvégzett műtét esetén, az iratokat legkésőbb a gyógyintézetből való elbocsátást követő 30 napon belül kell benyújtani.</p>	
<p>Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól</p> <p>7. A baleseti eredetű műtéti térítésre szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezet és a baleseti eredetű műtéti térítésre szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezet – Euró fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:</p> <ul style="list-style-type: none"> – a biztosító részére szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumokat 30 napon belül kell benyújtani. 	

A baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló baleset-biztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban – saját jogán történő, baleset miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelésének megkezdése, a baleset bekövetkezését követő két éven belül, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.</p> <p>Fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelés: Jelen szerződési feltételek alapján fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésnek tekintendő az aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) történő gyógykezelés. Aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) olyan fekvőbeteg-gyógyintézeteki osztályok (részlegek, ágyak) értendők, amelyeken az orvosi szakterületenként szervezett osztályok, részlegek (pl. belgyógyászat, sebészet stb., de ide sorolandók az intenzív osztályok, részlegek is) állandó és folyamatos, aktív orvosi és ápolási ellátást igénylő betegeket látnak el.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összegű kórházi napi térítést nyújt a biztosított részére.</p> <p>3. A biztosítási fedezet önrésszel köthető. Az önrész az a szerződő által választott és a szerződésben napokban meghatározott időtartam, amelyre a biztosító nem nyújt szolgáltatást. A választható önrész időtartama 0. 3 vagy 7 nap.</p> <p>4. A kórházi napi térítést az 1. pont szerint megkezdődött fekvőbeteg-gyógyintézeteki tartózkodás kezdetének napjától a gyógyintézeteki tartózkodás befejezésének napjáig, a gyógyintézeteki tartózkodás önrésznapokkal csökkentett, naptári napokban számított időtartamára nyújtja a biztosító.</p> <p>A biztosító biztosítási eseményenként legfeljebb 90 napra nyújt kórházi napi térítést. A biztosító biztosítottanként egy biztosítási időszakban (azaz két egymást követő biztosítási évforduló közötti időtartam alatt) legfeljebb 180 napra, két egymást követő biztosítási időszakon belül pedig legfeljebb 200 napra nyújt szolgáltatást.</p> <p>A biztosító nem teljesít kórházi napi térítést azokra a napokra, amelyeken</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy b) a fekvőbeteg-gyógyintézetben tartózkodás – annak kezdő és befejező napját kivéve – 24 óránál rövidebb. <p>A biztosító – baleset esetén – terhességként maximálisan 14 napra nyújt szolgáltatást.</p> <p>5. A biztosító a kórházi napi térítés összegét úgy számítja ki, hogy a biztosítási esemény 4. pont szerinti napjainak számát megszorozza a biztosítási esemény bekövetkezésének napján érvényes biztosítási összeggel.</p> <p>6. Ha az 1. pont szerint megkezdődött gyógykezelés időtartama alatt olyan újabb baleset következik be, amely ugyancsak orvosilag indokolt és szükséges fekvőbeteg-gyógykezeléssel jár, akkor ez – a biztosító térítésének mértéke és az önrész szempontjából – új biztosítási eseménynek minősül. Az újabb baleset abban az esetben minősül új biztosítási eseménynek, ha az újabb baleset miatt a fekvőbeteg-gyógykezelés időtartama hosszabb a korábnál, és az újabb baleset nincs okozati összefüggésben az előző biztosítási eseménnyel megalapozó balesettel.</p>

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>7. A biztosító az alábbi esetekben is teljesít szolgáltatást a biztosított – saját jogán történő, baleset miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése alapján a jelen feltételekben meghatározott mértékben, feltéve, ha a fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésre a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével kerül sor</p> <ul style="list-style-type: none"> a) terhesség, b) szülés, c) fogászati kezelés, d) fogászati protézisek készítése, e) állkapocs-ortopédiai, illetve állkapocs-sebészeti beavatkozás(ok). <p>8. A biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítása, b) krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegesen, ágyon) való ellátása, c) pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátása, d) alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő kezelése, e) terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúrás kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása, f) fizioterápiás, fizikoterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése esetén.
<p>Esedékesség</p> <p>9. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.</p>	

Budapest, 2023. december 15.

A baleseti eredetű csonttörésre, csontrepedésre szóló baleset-biztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. Biztosítási esemény a biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkező olyan balesete, melynek következtében a biztosított csonttörést, csontrepedést szenved. A jelen feltételek szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a biztosítottnak.</p> <p>3. A szerződő által választható biztosítási összeget a biztosító korlátozhatja.</p> <p>A választható legmagasabb biztosítási összeg: 50 000 Ft.</p> <p>4. A biztosító biztosítási időszakonként (azaz két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszakban) legfeljebb két alkalommal, két egymást követő biztosítási időszakban legfeljebb három alkalommal teljesít szolgáltatást.</p> <p>A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosító egy balesettel összefüggésben csak egyszer nyújt térítést.</p>
<p>Esedékesség</p> <p>5. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a baleset bekövetkezésének napja.</p>	
<p>Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól</p> <p>6. A baleseti eredetű csonttörésre, csontrepedésre szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:</p> <p>a) A biztosítási szolgáltatás és a szolgáltatás igénybe vételére vonatkozó korlátozás módosításra került.</p> <p>b) A fedezet nem szűnik meg a második biztosítási esemény bekövetkezését követően.</p>	

Budapest, 2023. december 15.

A kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
<p>1. A biztosítási esemény feltétele, hogy</p> <p>a) az alábbiak körébe tartozó biztosítási esemény – és a biztosítási eseményhez vezető baleset, vagy betegség is – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be, és</p> <p>b) bekövetkezésének időpontját követően a biztosított legalább egy hónapig – agyi érkatasztrófa esetén legalább két hónapig – életben van.</p> <p>Rosszindulatú daganat A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál, az alábbiak szerint rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak. A biztosítási esemény időpontja minden esetben a környezetbe terjedést igazoló szövettani eredmény keletkezésének időpontja. Amennyiben az első szövettani mintavétel (pl. biopszia) során a daganat esetében a környezetbe terjedés nem megítélhető, azaz a biztosítási esemény bekövetkezése nem állapítható meg teljes bizonyossággal, akkor szükség van a soron következő (pl. műtéti) szövettani eredményre vagy olyan dokumentumra, amely környezetbe terjedést igazolja.</p> <p>Rosszindulatú daganat a rosszindulatú sejtek befolyásolhatatlan növekedése és behatolása más szövetekbe.</p> <p>A biztosító például az alábbi rosszindulatú daganatok bekövetkezése esetén nyújt szolgáltatást meghatározott esetekben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - agydaganat - csontdaganat - emlődaganat - fej- nyaki daganatok - gégedaganat - gyomordaganat - hasnyálmirigydaganat - heredaganat - húgyhólyagdaganat - lágyrészdaganatok - leukémia (kivéve a krónikus lymphoid leukémiát) - limfóma - májdaganat - méhnyak daganat - melanoma malignum - mellékvesekéreg daganat - nyelőcső daganat - pajzsmirigy daganat - petefészek daganat - prosztatata daganat - szájüregi daganat - szemdaganatok - tüdődaganat - vastagbél daganat - végbél daganat - vesedaganat <p>Nem minősülnek biztosítási eseménynek a rákmegelőző állapotok, a környezetbe nem terjedő rosszindulatú daganatos megbetegedések (carcinoma in situ esetei), valamint a bőr rosszindulatú daganatai, kivéve a melanoma malignum eseteit.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:</p> <table border="1" data-bbox="810 465 1476 748"> <thead> <tr> <th>Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th> <th>Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 hónap</td> <td>5%-a</td> </tr> <tr> <td>2 hónap</td> <td>10%-a</td> </tr> <tr> <td>3 hónap</td> <td>50%-a</td> </tr> <tr> <td>4 hónap</td> <td>75%-a</td> </tr> <tr> <td>5 és ennél több hónap</td> <td>100%-a</td> </tr> </tbody> </table> <p>A biztosítási összeg emelése esetén ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást. Ezen túlmenően a biztosító az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottra addig az levont biztosítási díját visszatéríti a szerződőnek jóváírás formájában.</p> <p>A biztosító a biztosítási fedezet kapcsán egy biztosított vonatkozásában egyszer és legfeljebb egy – a feltételekben meghatározott – betegség vagy egyéb biztosítási esemény esetén nyújt szolgáltatást akkor is, ha több betegség vagy egyéb biztosítási esemény együttesen lép fel.</p> <p>A szolgáltatás teljesítése, a teljesítés ideje</p> <p>3. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást az alább meghatározott időpontok közül a későbbi időponttól számított 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak</p> <ul style="list-style-type: none"> - a biztosítási eseménynél meghatározott nap, ha a biztosított ezen a napon életben van, vagy - a szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges utolsó irat kézhezvételének napja. 	Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg	1 hónap	5%-a	2 hónap	10%-a	3 hónap	50%-a	4 hónap	75%-a	5 és ennél több hónap	100%-a
Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg												
1 hónap	5%-a												
2 hónap	10%-a												
3 hónap	50%-a												
4 hónap	75%-a												
5 és ennél több hónap	100%-a												

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>Szívinfarktus A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál szívinfarktust diagnosztizálnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szívinfarktus bekövetkezése (szívinfarktust igazoló EKG eltérés és/vagy a troponinemelkedés) a kezelőorvos által megállapított időpontja.</p> <p>Szívinfarktus a szív koszorúereinek elzáródása következtében kialakult helyi szívizomelhalás. A szívinfarktus diagnózisa akkor minősül biztosítási eseménynek, ha az alábbi tényezők közül legalább kettő együttesen fennáll:</p> <ul style="list-style-type: none"> - típusos mellkasi fájdalom, - friss és szívinfarktust bizonyító EKG-eltérés (szignifikáns ST eleváció összetartozó elvezetésekben), - a szívizomelhalást jelző specifikus enzimek (pl. troponin, CK-MB) felszaporodása a vérben. <p>Agyi érkatasztrófa A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnosztizálás időpontja.</p> <p>Agyi érkatasztrófa a diagnózis felállításától számított 60 nap után is észlelhető, maradandó idegrendszeri tüneteket okozó agyi értörténés, amelyhez a következő kórképek sorolhatók:</p> <ul style="list-style-type: none"> - az agyszövet elhalása érelzáródás következtében (trombózis), - koponyán belüli vérzés, a baleseti eredetű kivételével, - koponyán kívüli forrásból származó agyembólia, a baleseti eredetű kivételével. <p>Szervátültetés A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított szervátültetést hajtanak végre. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.</p> <p>Szervátültetésnek minősül a biztosítotton első alkalommal végzett szívátültetés, vagy egyidejű szív- és tüdőátültetés, vagy máj-transzplantáció, vagy veseátültetés, feltéve, hogy a szervet a biztosított kapja. Az itt felsoroltakon kívül más szerv vagy szövet átültetésére nem terjed ki a kockázatviselés.</p> <p>Krónikus veseelégtelenség A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál krónikus veseelégtelenség áll fenn, és a beteg a diagnózis megállapításától számított legalább két hónapig tartós dialíziskezeltetésre szorul. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az első dialíziskezeltetés időpontja.</p> <p>Krónikus veseelégtelenség a krónikus vesebetegségek, illetve urológiai betegségek miatti vesepusztulás következtében kialakult olyan súlyos, IV. stádiumú, terminalis veseműködési elégtelenség (a vér serumkreatinin-szintje tartósan 800-900 mikromol/l vagy ezen érték feletti), aminek következtében a beteg folyamatos vesefunkció-pótló kezelés (krónikus dialysis: peritonealis – hasüregi – dialysis, vagy haemodialysis, azaz művesekezeltetés) nélkül rövid időn belül meghalna.</p>	

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>Szívkoszorúér-műtét A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított nyitot szívkoszorúér-műtétet (bypass) hajtanak végre. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja. Szívkoszorúér-műtét a szívizom súlyos vérellátási zavarát okozó szívkoszorúér-szűkület áthidalását (megkerülését: bypass) szolgáló műtét a beteg testéből kivett érdarabnak (graft), vagy más érpótló anyagnak a szív érrendszerébe történő beültetésével, amivel a szív vérellátása tartósan kielégítővé válik.</p> <p>AIDS- (HIV-) betegség A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított AIDS- (HIV-)betegségben megbetegszik. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a HIV-betegség megállapításának időpontja.</p> <p>Az AIDS- (HIV-) betegség olyan betegség, amely a HIV-fertőzött (HIV-pozitív, BNO10:Z21) személynél a HIV-fertőzöttség talaján fellépő fertőző és parazitás betegséget és/vagy rosszindulatú daganatot és/vagy egyéb, a HIV-fertőzöttséggel összefüggő betegségi tüneteket eredményez (BNO10:B20-B23).</p> <p>Nem terjed ki a kockázatviselés az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező szerzett immunhiányos szindrómára (AIDS) és az ezzel összefüggő, az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező egészségi állapot-változásokra (AIDS related complex, ARC) (BNO10:B24); (BNO – Betegségek Nemzetközi Osztályozása).</p> <p>Teljes vakság A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított mindkét szemén visszafordíthatatlan, baleset, vagy betegség következtében kialakult teljes látásvesztés alakult ki, amelyet szakorvos állapított meg és amely sem segédeszközzel, sem műtéttel nem korrigálható. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakorvos által kiállított lelet kiadásának időpontja.</p> <p>Nagy végtag-amputáció A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított betegség vagy baleset miatt legalább az egyik végtagját elveszti a következők szerint: legalább az egyik felkarnak a teljes könyökizületet is magába foglaló amputációja, illetve legalább az egyik lábnak a teljes térdizületet is magába foglaló amputációja folytán. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az amputációs műtét időpontja. A végtag-amputáció a beteg vagy roncsolt végtag sebészeti eltávolítását jelenti. Az ezt követően bármilyen gyógyászati segédeszközzel – például művégtaggal – történő bármilyen rehabilitáció nem módosítja a végtag-amputáció biztosítási eseményként való minősítését.</p> <p>Sclerosis multiplex A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a korábban már diagnosztizált, a központi idegrendszer fehérállományának gócos pusztulásával járó, szakaszosan lezajló sclerosis multiplex a) betegséget ideggyógyász szakorvos megállapítja, és b) a betegség következtében kialakultak a különböző idegrendszeri központokat érintő (mozgáskordináció-, látásszervi-, érzékelési-, mentális-, vizelettartási és szexuális-) zavarok, amelyek legalább 6 hónapja fennállnak, valamint c) a b) pontban foglalt zavarokat alátámasztó objektív neurológiai vizsgálati eredmények (pl. gerincvelő folyadék vizsgálata, MRI vizsgálat, vizuális kiváltott válasz, hallási agytörzsi válasz) rendelkezésre állnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a c) pont szerinti vizsgálati eredmények kiadásának időpontja.</p>	

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>Nagy égési sérülés A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> - 26%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű II. fokú, illetve - 16%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű III. fokú, illetve - 6%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű, illetve végtag vagy szerv funkcióját maradandóan és 51%-os vagy ennél nagyobb százalékban károsító IV. fokú égési sérülést szenved. <p>A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a sérültet ellátó kórházi osztályon történő kezelés befejezése után, a sérülés fokát és százalékos kiterjedését is feltüntető zárójelentés kiadásának időpontja, illetve végtagi funkciót is károsító sérülésnél a biztosító bal-eseti orvosszakértője által megállapított 51 százalékos vagy ennél nagyobb mértékű maradandó kár megállapításának időpontja.</p> <p>Égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület vagy gőz), illetve elektromos áram által kiváltott élő szöveti sérülés (a napsugárzás okozta vagy bármilyen más sugárzás – például röntgen, radioaktivitás, lézer, mikrohullám – által okozott sérülés és egyéb hőhatás okozta károsodás is – például a hőséguta – kizárva).</p> <p>Alzheimer-kór A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított Alzheimer kórban történő megbetegedését – a memória és az intellektuális funkciók állandó és folyamatos leépülését – neurológus vagy pszichiáter szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva megállapítja és a panaszok kezdetét követő 6 hónap elteltével egy újabb (ún. felülvizsgálati) dokumentumban megerősíti a kezelőorvos a betegség fennállását.</p> <p>A jelen biztosítás nem terjed ki a demenciát okozó egyéb, nem szervi eredetű megbetegedésekre, neurózisokra, pszichiátriai betegségekre, agyi keringési zavarra és alkoholfogyasztással összefüggésben kialakult agyi károsodásokra.</p> <p>Parkinson-kór A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított Parkinson kórban történő megbetegedését – a motoros és nem motoros funkciók károsodását – neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva megállapítja. és a panaszok kezdetét követő 6 hónap elteltével egy újabb (ún. felülvizsgálati) dokumentumban megállapítja a kezelőorvos a betegség fennállását.</p> <p>Jelen Szerződési Feltételek vonatkozásában Parkinson-kórnak minősül a biztosított azon krónikus betegsége, amely az agyi, ún. extrapyramidális, dopamin ingerületátvivő anyaggal működő agyi területek pusztulásával jár.</p> <p>A jelen biztosítás nem terjed ki a drog vagy toxikus anyag okozta Parkinson- szindrómák eseteire, vagy más néven parkinsonismusra.</p> <p>Parkinson-szindrómáknak nevezzük, amennyiben a Parkinson-kór tünetei más degeneratív idegrendszeri betegségekben, például gyógyszerek mellékhatásaként, idegrendszeri gyulladást és többszörös sérülést követően, valamint az idegrendszeri érkárosodásokkal járó (vascularis) betegségekben alakulnak ki.</p>	

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>Hallás elvesztése A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított esetében a hallás elvesztését – mindkét oldali fül hallóképességének baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztését – fül-orr-gégész szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva az audiometria és a hallásküszöb-vizsgálat alapján megállapítja.</p> <p>Jelen Szerződési Feltételek vonatkozásában a hallás elvesztésének minősül, ha a biztosított hallásküszöb-értéke a beszédfrekvenciákon mindkét fülön 60 dB, vagy a felett van.</p> <p>A jelen biztosítás nem terjed ki az időskori hallásvesztés (presbycusis) eseteire.</p> <p>Beszédképesség elvesztése A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított esetében a beszédképesség elvesztését – azaz a beszéd teljes, állandó és visszafordíthatatlan elvesztését, melyet a gége betegsége vagy az agyi beszédközpont balesete vagy visszafordíthatatlan betegsége okozott – neurológus vagy fül-orr-gégész szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva megállapítja, továbbá igazolja a gégeműködés képtelenségét.</p> <p>A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a beszédképességnek a pszichiátriai okból, autizmus, illetve értelmi fogyatékoság következtében kialakult elvesztésére.</p> <p>Szívbillentyű műtét A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított szívbillentyűműtétet hajtanak végre. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.</p> <p>A szívbillentyűműtét jelen Szerződési Feltételek vonatkozásában nyitott mellkasi szívűműtétet jelent, melynek célja a kóros szívbillentyű(k) kicserélése, illetve korrekciója. A műtét orvosi szükségességét kardiológusnak, illetve szív-érsebésznek kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva.</p> <p>A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az intravénás droghasználat mellett kialakult szívbillentyű-károsodás miatt szükségessé váló műtétekre vagy a katéteres valvuloplasztikára, valvulotomiára.</p> <p>Végstádiumú tüdőbetegség (COPD) A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított végső stádiumú, idült obstruktív tüdőbetegségét (COPD) tüdőgyógyász szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva megállapítja.</p> <p>Végző stádiumú, idült légzési elégtelenséghez vezető idült, obstruktív tüdőbetegség (COPD) megállapításának feltételei a következők:</p> <ol style="list-style-type: none"> FEV1 < 60% ismételten: legalább 3 alkalommal, mérve, minden alkalommal, és; folyamatos oxigénterápia alkalmazása szükséges a fennálló oxigénhiány kezelésére, és; az ütőérvégáz-analízis szerint az oxigénnyomás 55 Hgmm-nél alacsonyabb, és nyugalmi légszomj áll fenn. <p>A biztosítási esemény időpontja, amikor a fenti a)-d) pont szerinti feltételek teljesülését a tüdőgyógyász szakorvos írásban megállapítja.</p>	

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>Heveny, súlyos májgyulladás A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított heveny májgyulladását szakorvos írásban, orvosi dokumentumba foglalva megállapítja.</p> <p>A heveny májgyulladás a máj hirtelen kialakuló súlyos megbetegedése, melyet elsősorban különböző vírusfertőzések, de más károsító hatások (pl. mérgezés, gyógyszerek), egyéb fertőző ágensek vagy autoimmun betegségek is okozhatnak. Jelen Szerződési Feltételek vonatkozásában heveny súlyos májgyulladásnak minősül a teljes májelhalás, mely hirtelen májelégtelenséghez vezet.</p> <p>A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat, a nem orvosszakmai protokollok alapján elrendelt gyógyszer szedése, vagy az alkoholizmus (idült alkoholfogyasztás) mellett kialakuló májkárosodásra.</p> <p>Aorta műtét A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított aorta műtétet hajtanak végre. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.</p> <p>Jelen feltételben az aorta műtét olyan nyitott mellkasi vagy hasi műtétet jelent, mely az aorta aneurysmája (kóros tágulata), szűkülete, elzáródása vagy disszekciója (azaz az aortafal belső rétegének hosszanti, tovafutó berepedése) miatt történt. Az aorta jelen Szerződési Feltételek szempontjából a mellkasi és a hasi aortát jelenti, mely nem foglalja magába annak ágait.</p> <p>A jelen biztosítás nem terjed ki az endoszkópos és intraarterialis technikákra (pl.: perkután endovascularis aneurysma műtét).</p> <p>Aplasztikus vérszegénység A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított csontvelői őssejtjeinek megbetegedése miatt kialakuló aplasztikus vérszegénységét a jelen pontban foglaltaknak megfelelően, az alábbi a) - c) pontokban írtakra tekintettel hematológus szakorvos írásban, orvosi dokumentumba foglalva megállapítja.</p> <p>Az aplasztikus vérszegénység (anaemia) egy idült csontvelőbetegség, mely súlyos vérképzési zavart jelent és mindhárom sejtvonalon – vörösvérsejtek, fehérvérsejtek, vérlemezkék – csökkent sejtermelést eredményez (ez az úgynevezett pancytopenia). Aplasztikus vérszegénységnek minősül jelen Szerződési Feltételek szempontjából, ha a csontvelő legalább 25%-át érinti a károsodás, feltéve, hogy az alábbi három tényezőtől legalább kettő fennáll: a) az abszolút neutrofil granulocyták szám kevesebb, mint 500/mm³ (vagy 0,5 G/l) b) a vérlemezkék száma kevesebb, mint 20 000/mm³ (vagy 20 G/l) c) a reticulocyták szám kevesebb, mint 20x10⁹/l</p> <p>A biztosító abban az esetben teljesít szolgáltatást, ha a biztosított folyamatosan, legalább 3 hónapon keresztül kezelést kap. Kezelés alatt a többszöri vérátömlesztést, vagy csontvelő-stimuláló gyógyszerek, vagy immunszuppresszív anyagok adását, illetve csontvelő-átültetést vagy őssejtbeültetést értünk.</p> <p>A biztosításból kizártak az aplasztikus vérszegénység átmeneti vagy reverzibilis formái, illetve a vérszegénység azon esetei, amelyek nem aplasztikus anaemia miatt jelentkeznek.</p> <p>A biztosításból kizártak az aplasztikus vérszegénység azon átmeneti, illetve reverzibilis formái, amelyeknél 3 hónapnál rövidebb ideig volt kezelésre szükség, illetve a vérszegénység azon esetei, amelyek nem aplasztikus anaemia miatt jelentkeznek.</p>	

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>Colitis ulcerosa súlyos, műtéti kezelést igénylő formája A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított biopsziával (szövettannal) igazolt colitis ulcerosa következtében teljes bélszakaszt eltávolító hasi műtétet hajtanak végre.</p> <p>A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt bél-műtét időpontja.</p> <p>A colitis ulcerosa (CU), vagy fekélyes vastagbélgyulladás, a vastagbél nyálkahártyáját érintő idült gyulladással megbetegedés, jellemzően góc képződés nélkül. A nyálkahártya fekélyes gyulladása a végbéltől kezdve különböző kiterjedésben jellemzően folytonosan érinti a vastagbelet. A betegség lefolyását relapszusok és remissziók váltakozása jellemzi. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, illetve a műtét során zárójelentés készül. A szükséges dokumentumok mellé csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.</p> <p>Jelen Szerződési Feltételek szempontjából kizártak a nem klasszifikált gyulladással járó bélbetegség (IBDU) és az indeterminált colitis kapcsán elvégzett műtétet követően jelzett igények. Az IBDU azon eseteket jelöli, ahol nem különíthető el egyértelműen a CU és a Crohn betegség, illetve a colitis egyéb okai nem igazolhatók. Az indeterminált colitis (IC) pedig szövettani diagnózis azon esetekre, amikor a vastagbélműtét során eltávolított szövettani minta a Crohn betegség és a colitis ulcerosa átfedő szövettani jeleit mutatja.</p> <p>Crohn-betegség súlyos, műtéti kezelést igénylő formája A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított biopsziával (szövettannal) igazolt Crohn betegség következtében legalább kettő, teljes bélszakaszt eltávolító hasi műtétet hajtanak végre.</p> <p>A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a második ilyen bélműtét végrehajtásának időpontja.</p> <p>A Crohn-betegség (CD) a tápcsatorna bármely szakaszát érintő krónikus, gyulladással járó betegség, mely a bélfal minden rétegét érinti. Elsősorban fiatal felnőtteknél figyelhető meg. Gyakran jelentkezik hasi fájdalommal, hasmenéssel, súlyosabb esetben szisztémás tünetekkel (pl. láz, vérszegénység okozta gyengeség vagy egyéb hiányállapotok tünetei), illetve különféle szövődmények (bélezáródás, konglomerátum vagy sipolyképződés) okozta tünetekkel. A betegség következtében felszívódási zavar léphet fel, vagy szükség lehet az érintett bélszakasz eltávolítását célzó műtétekre.</p> <p>A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, illetve a műtét során zárójelentés készül. A szükséges dokumentumok mellé csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.</p> <p>Jelen Szerződési Feltételek szempontjából kizártak a nem klasszifikált gyulladással járó bélbetegség (IBDU) és az indeterminált colitis kapcsán elvégzett műtétet követően jelzett igények. Az IBDU azon eseteket jelöli, ahol nem különíthető el egyértelműen a CU és a Crohn betegség, illetve a colitis egyéb okai nem igazolhatók. Az indeterminált colitis (IC) pedig szövettani diagnózis azon esetekre, amikor a vastagbélműtét során eltávolított szövettani minta a Crohn betegség és a colitis ulcerosa átfedő szövettani jeleit mutatja.</p> <p>Jelen Szerződési Feltételek szempontjából nem számít továbbá Crohn betegséggel kapcsolatos műtétnek, amelyek során nem történik bélszakasz eltávolítás, hanem például tályogfeltárás, sipoly kiirtás történik.</p> <p>Előzménynek tekintendő az ajánlattétel előtt már meglévő olyan betegség, vagy elváltozás, tünet vagy panasz, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésbe hozható.</p>	

Esedékesség

4. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.

A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok

5. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges.

Rosszindulatú daganat

- szövetszövetminta-vizsgálat alapján felállított orvosi diagnózis, a szövetszövet-tani vizsgálat leírásával
- amennyiben műtét is történt, zárójelentés, műtét leírás és műtét szövetszövet-tani eredmény

Szívinfarktus

- típusos mellkasi fájdalom leírása a vele járó kísérő tünetekkel orvosi dokumentációval igazoltan,
- friss és a szívinfarktusra utaló EKG-eltérést mutató lelet, (szignifikáns ST eleváció összetartozó elvezetésekben),
- a szívizomelhalást igazoló specifikus enzimeknek (pl. troponin, vagy CK-MB) a vérben való kóros felszaporodását bizonyító lelet, egyéb orvosi dokumentum

Agyi érkatasztrófa

- szakorvosi vélemény, amely igazolja az idegrendszeri károsodás 60 napon túli fennállását

Szervátültetés

- a szervátültetéssel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció az indikációt igazoló vizsgálati eredményekkel együtt

Krónikus veseelégtelenség

- a betegség IV. stádiumát és a 60 napon túl is folyamatosan szükséges dialíziskezelést igazoló szakintézeti orvosi szakvélemény

Szívkoszorúér-műtét

- a bypass műtét elvégzését igazoló orvosi dokumentáció, zárójelentés és műtét leírás

AIDS- (HIV-) betegség

- az orvosi diagnózis, melynek felállítása a fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbetegosztályán történt

Teljes vakság

- a szemész szakorvosi vélemény, lelet

Nagy végtag-amputáció

- a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció

Sclerosis multiplex

- a betegség következtében kialakult, a különböző idegrendszeri központokat érintő (mozgáskordináció-, látásszervi-, érzékelési-, mentális-, vizelettartási és szexuális-) zavarok legalább 6 hónapja történő fennállását alátámasztó objektív neurológiai vizsgálati eredményeket (pl. gerincvelő folyadék vizsgálata, MRI vizsgálat, vizuális kiváltott válasz, hallási agytörzsi válasz) tartalmazó orvosi iratok

Égési sérülés

- a biztosítottat ellátó fekvőbeteg-gyógyintézet által kiadott olyan zárójelentés, amely az égési sérülés százalékos kiterjedését, valamint a végtagnak vagy szervnek a véglegesen megállapított és százalékban is kifejezett funkciókárosodását is leírja

Alzheimer-kór

- a betegség kialakulását és lefolyását igazoló szakorvosi leletek, vizsgálati eredmények,
- zárójelentések másolatai, valamint a 6 hónap elteltével készült, az aktuális állapotot leíró ideggyógyász szakorvos által írt szakvélemény

Parkinson-kór

- a betegség kialakulását, lefolyását, aktuális állapotát részletesen leíró orvosi dokumentáció

Hallás elvesztése

- a halláselvesztéssel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum
- a biztosítási eseményt alátámasztó audiogrammok, audiológiai eredmények

Beszédképesség elvesztése

- a beszédképesség elvesztésétől a szolgáltatási igény benyújtásáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum

Szívbillentyű műtét

- a kardiológiai betegség teljes dokumentációja, a műtét szükségességét indokló kardiológiai szakvélemény és szívultrahang lelet
- a nyitott mellkasi műtét zárójelentése és műtét leírása

Végstádiumú tüdőbetegség

- a diagnózist megállapító, leletekkel alátámasztott tüdőgyógyász szakorvosi vélemény, orvosi dokumentáció
- légzésfunkciós eredmények a kért követési időszakban

Heveny, súlyos májgyulladás

- a szakorvos által igazolt diagnózis és az ezt alátámasztó orvosi dokumentációk, leletek, zárójelentés

A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok

Aorta műtét

- a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentációk
- műtéti zárójelentés és műtéti leírás

Aplasztikus vérszegénység

- haematológus szakorvos szakvéleménye, a betegséget igazoló csontvelő biopszia szövettani eredménye
- a betegség súlyosságát alátámasztó laboratóriumi eredmények
- a betegség kezelése során alkalmazott terápiákról szóló orvosi dokumentációk (kezelőlapok, zárójelentések)

Colitis ulcerosa súlyos, műtéti kezelést igénylő formája

- a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció

Crohn-betegség súlyos, műtéti kezelést igénylő formája

- az első és a második műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció

A biztosítási fedezet megszűnése

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

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

7. A kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a biztosítási események köre kiegészítésre került további betegségekkel.

Budapest, 2023. december 15.

A rokkantsági ellátás esetére szóló egészségbiztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
<p>1. Biztosítási esemény akkor következik be, ha a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> – a kockázatviselési időszakban történt balesetből vagy betegségből eredően – „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra való jogosultságot szerez – a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény, és e törvény felhatalmazásából megalkotott jogszabályok alapján. <p>A biztosítási esemény bekövetkezésének feltétele, hogy a rokkantsági ellátásra való jogosultságot, valamint az egészségi állapot mértékét a fenti jogszabályokban kijelölt szerv/szervek a baleset, vagy betegség bekövetkeztétől számított két éven belül megállapítja/megállapítják.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást</p> <table border="1" data-bbox="810 465 1474 748"> <thead> <tr> <th data-bbox="810 465 1141 573">Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th> <th data-bbox="1142 465 1474 573">Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="810 575 1141 613">1 hónap</td> <td data-bbox="1142 575 1474 613">5%-a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 616 1141 654">2 hónap</td> <td data-bbox="1142 616 1474 654">10%-a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 656 1141 694">3 hónap</td> <td data-bbox="1142 656 1474 694">50%-a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 696 1141 734">4 hónap</td> <td data-bbox="1142 696 1474 734">75%-a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 736 1141 748">5 és ennél több hónap</td> <td data-bbox="1142 736 1474 748">100%-a</td> </tr> </tbody> </table> <p>A biztosítási összeg emelése esetén, ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást. Ezen túlmenően a biztosító az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottra addig befizetett díjat visszatéríti a szerződőnek a rendszeres díjnak a szerződésen – túlfizetésként – történő jóváírása formájában.</p>	Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg	1 hónap	5%-a	2 hónap	10%-a	3 hónap	50%-a	4 hónap	75%-a	5 és ennél több hónap	100%-a
Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg												
1 hónap	5%-a												
2 hónap	10%-a												
3 hónap	50%-a												
4 hónap	75%-a												
5 és ennél több hónap	100%-a												
<p>Esedékesség</p> <p>3. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a rokkantságot az illetékes szerv megállapítja.</p>													
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok</p> <p>4. A biztosítási esemény igazolásához, valamint a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl – a biztosító rendelkezésére kell bocsátani az erre jogosult szerv/szervek által kiállított hivatalos iratokat, melyek igazolják a biztosított rokkantsági ellátásra való jogosultságát, továbbá az egészségi állapot mértékének meghatározását, valamint azokat az orvosi iratokat, amelyek tartalmazzák a rokkantsághoz vezető betegség kezdetének, illetve a baleset bekövetkezésének időpontját.</p>													
<p>A biztosítási fedezet megszűnése</p> <p>5. Az Általános Szerződési Feltételekben foglalt megszűnési okokon kívül a biztosítási fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor</p> <ol style="list-style-type: none"> a biztosítási esemény bekövetkezett, vagy a biztosított nyugdíjba vonult. 													
<p>Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól</p> <p>6. A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok köre kiegészítésre került.</p>													

Budapest, 2024. július 1.

A műtéti térítésre szóló egészségbiztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás																																		
<p>1. A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a jelen szerződési feltételek szerinti – műtéte azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.</p> <p>Műtét: Jelen szerződési feltételek alapján műtétnak tekintendő az orvosszakmai szabályok betartásával, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy által elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.</p>	<p>2. A biztosító a szolgáltatás szempontjából kis, közepes, nagy, illetve kiemelt műtéteket különböztet meg. A műtétek – kis-, közepes, nagy-, illetve kiemelt műtétek szerinti – besorolását az Általános Szerződési Feltételek 1. számú mellékletét képező műtéti lista tartalmazza. A besorolás a társadalombiztosítási szervek besorolásától független. A műtéti listában nem szereplő beavatkozások besorolását a biztosító orvosa állapítja meg.</p> <p>A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:</p> <table border="1" data-bbox="810 636 1469 947"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th> <th colspan="4">Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka</th> </tr> <tr> <th>Kiemelt műtét</th> <th>Nagy műtét</th> <th>Közepes műtét</th> <th>Kis műtét</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 hónap</td> <td>10%</td> <td>5%</td> <td>2,5%</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>2 hónap</td> <td>20%</td> <td>10%</td> <td>5%</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>3 hónap</td> <td>100%</td> <td>50%</td> <td>25%</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>4 hónap</td> <td>150%</td> <td>75%</td> <td>37,5%</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>5 és ennél több hónap</td> <td>200%</td> <td>100%</td> <td>50%</td> <td>20%</td> </tr> </tbody> </table> <p>A biztosítási összeg emelése esetén, ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást.</p> <p>A biztosító szolgáltatása biztosítási időszakonként (azaz két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszakban) legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosa, két egymást követő biztosítási időszakban a biztosítási összeg ötszöröse lehet.</p> <p>3. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosítotton</p> <ol style="list-style-type: none"> nem betegség, vagy nem baleset miatt végzett plasztikai műtét, betegség miatt végzett, bármilyen kis- és közepes műtétnek minősülő fogászati, szájsebészeti beavatkozás, diagnosztikus célból végzett bármilyen beavatkozás, beleértve a kimetszéseket, az endoscopos, vagy punkciós mintavételeket, a katheteres vizsgálatokat is, nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítás, a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnak” minősülő beavatkozás végrehajtása esetén. 	Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka				Kiemelt műtét	Nagy műtét	Közepes műtét	Kis műtét	1 hónap	10%	5%	2,5%	1%	2 hónap	20%	10%	5%	2%	3 hónap	100%	50%	25%	10%	4 hónap	150%	75%	37,5%	15%	5 és ennél több hónap	200%	100%	50%	20%
Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka																																		
	Kiemelt műtét	Nagy műtét	Közepes műtét	Kis műtét																															
1 hónap	10%	5%	2,5%	1%																															
2 hónap	20%	10%	5%	2%																															
3 hónap	100%	50%	25%	10%																															
4 hónap	150%	75%	37,5%	15%																															
5 és ennél több hónap	200%	100%	50%	20%																															
<p>Esedékesség</p> <p>4. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a műtét elvégzésének napja.</p>																																			
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok</p> <p>5. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges</p> <ol style="list-style-type: none"> a műtétről szóló orvosi dokumentáció, fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés. <p>A biztosított köteles a biztosítási eseményt a szolgáltatáshoz szükséges iratokkal együtt a biztosítónak haladéktalanul bejelenteni. Fekvőbeteg-gyógyintézetben elvégzett műtét esetén, az iratokat legkésőbb a gyógyintézetből való elbocsátást követő 30 napon belül kell benyújtani.</p>																																			

Budapest, 2023. december 15.

A kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítási fedezet

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
<p>1. A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelésének megkezdése, a baleset vagy betegség bekövetkezését követő egy éven belül, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.</p> <p>Fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelés: Jelen szerződési feltételek alapján fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésnek tekintendő az aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) történő gyógykezelés. Aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) olyan fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályok (részlegek, ágyak) értendők, amelyeken az orvosi szakterületenként szervezett osztályok, részlegek (pl. belgyógyászat, sebészet stb., de ide sorolandók az intenzív osztályok, részlegek is) állandó és folyamatos, aktív orvosi és ápolási ellátást igénylő betegeket látnak el.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:</p> <table border="1" data-bbox="810 459 1473 757"> <thead> <tr> <th>Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th> <th>Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 hónap</td> <td>5%-a</td> </tr> <tr> <td>2 hónap</td> <td>10%-a</td> </tr> <tr> <td>3 hónap</td> <td>50%-a</td> </tr> <tr> <td>4 hónap</td> <td>75%-a</td> </tr> <tr> <td>5 és ennél több hónap</td> <td>100%-a</td> </tr> </tbody> </table> <p>A biztosítási összeg emelése esetén, ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást.</p> <p>3. A biztosítási fedezet önrésszel köthető. Az önrész az a szerződő által választott és a szerződésben napokban meghatározott időtartam, amelyre a biztosító nem nyújt szolgáltatást. A választható önrész időtartama 0. 3 vagy 7 nap.</p> <p>4. A kórházi napi térítést az 1. pont szerint megkezdődött fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodás kezdetének napjától a gyógyintézeti tartózkodás befejezésének napjáig, a gyógyintézeti tartózkodás önrésznapokkal csökkentett, naptári napokban számított időtartamára nyújtja a biztosító.</p> <p>A biztosító biztosítási eseményenként legfeljebb 90 napra nyújt kórházi napi térítést. A biztosító egy biztosítási időszakban legfeljebb 180 napra, két egymást követő biztosítási időszakon belül pedig legfeljebb 200 napra nyújt szolgáltatást.</p> <p>A biztosító nem teljesít kórházi napi térítést azokra a napokra, amelyeken</p> <ol style="list-style-type: none"> a biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy a fekvőbeteg-gyógyintézetben tartózkodás – annak kezdő és befejező napját kivéve – 24 óránál rövidebb. <p>A biztosító – betegség vagy baleset esetén – terhelességenként maximálisan 14 napra nyújt szolgáltatást.</p> <p>5. A biztosító a kórházi napi térítés összegét úgy számítja ki, hogy a biztosítási esemény 4. pont szerinti napjainak számát megszorozza a biztosítási esemény bekövetkezésének napján érvényes biztosítási összeggel.</p> <p>6. Ha az 1. pont szerint megkezdődött gyógykezelés időtartama alatt olyan újabb betegség vagy baleset következik be, amely ugyancsak orvosilag indokolt és szükséges fekvőbeteg-gyógykezeléssel jár, akkor ez – a biztosító térítésének mértéke és az önrész szempontjából – új biztosítási eseménynek minősül. Ennek feltétele, hogy az újabb betegség vagy baleset miatt a fekvőbeteg-gyógykezelés időtartama hosszabb a korábbinál, kivéve, ha az újabb betegség vagy baleset okozati összefüggésben áll az előző biztosítási eseménnyel megalapozó betegséggel vagy balesettel.</p>	Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg	1 hónap	5%-a	2 hónap	10%-a	3 hónap	50%-a	4 hónap	75%-a	5 és ennél több hónap	100%-a
Biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg												
1 hónap	5%-a												
2 hónap	10%-a												
3 hónap	50%-a												
4 hónap	75%-a												
5 és ennél több hónap	100%-a												

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>7. A biztosító az alábbi esetekben is teljesít szolgáltatást a biztosított – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése alapján, feltéve, ha a fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésre a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével kerül sor</p> <ul style="list-style-type: none"> a) terhesség, b) szülés, c) fogászati kezelés, d) fogászati protézisek készítése, e) állkapocs-ortopédiai, illetve állkapocs-sebészeti beavatkozás(ok). <p>8. A biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítása, b) krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegén, ágyon) való ellátása, c) pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátása, d) alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodása, e) terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúrás kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása, f) fizioterápiás, fizikoterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése esetén.
<p>Esedékesség</p> <p>9. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.</p>	

Budapest, 2023. december 15.

Az orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet

Általános információk

1. Az **Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás** az orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet részét képezi.

A **közlési és változásbejelentési kötelezettség** tekintetében az Általános Szerződési Feltételekben foglalt, a biztosítóra vonatkozó szabályok az ellátásszervezőre is érvényesek. A közölt adatokat az ellátásszervező is jogosult ellenőrizni.

Fogalmak

2. **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.

Tel: 06-1-461-1555

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.

Szűrővizsgálat: Olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kór-megelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.

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.

Krónikus betegség: Azon, általában lassan kifejlődő, hosszan tartó, orvos által minősített kórállapot, melyet a szakma szabályai szerint alkalmazott gyógyszeres vagy egyéb terápiával maradéktalanul meggyógyítani nem lehet, legfeljebb az akut periódusok előfordulása mellett tartós tünet- és panaszmentességet lehet elérni, de a betegségre jellemző egyes jelek a tünetmentes periódusban is detektálhatók pl. fizikális, labor, képalkotó eljárással.

Kontrollvizsgálat: A kontrollvizsgálat fogalma alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a kezelésnek a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.

A biztosított nyilatkozatában nem közölt, a kockázatelbírálás során a biztosító által tudomásul nem vett, de **a kockázatviselés kezdete előtt bizonyíthatóan fennálló előzménybetegségek esetén, a biztosító jogosult a szolgáltatási igényt elutasítani.**

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>3. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül bekövetkezett – balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően a jelen szerződési feltételek szerint indokolt orvosi ellátásra van szüksége.</p> <p>Jelen szerződési feltételek alapján orvosi ellátásnak minősül az orvosszakmai szabályok betartásával, a jelen szerződési feltételekben meghatározott</p> <p>a) egészségügyi szakterületeken történő, orvosi szakképesítéssel rendelkező személy által elvégzett járóbeteg szakellátás, valamint</p> <p>b) diagnosztikai vizsgálat, melyet orvosi szakképesítéssel rendelkező személy, vagy javaslatára más erre feljogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy végez.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p> <p>Az Orvosi Call Center szolgáltatás tekintetében biztosítási esemény, ha a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban a jelen szerződési feltételekben foglalt témakörökben kérdése merül fel, amelynek alapján tájékoztatást kér.</p> <p>Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is) vagy bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata.</p>	<p>4. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett vagy általa előzetesen jóváhagyott – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak.</p> <p>I. Járóbeteg szakellátás az alábbi szakterületeken:</p> <p>a) Belgyógyászat b) Bőrgyógyászat c) Csecsemő- és gyermekgyógyászat (kiskorú biztosított esetén) d) Diabetológia e) Endokrinológia f) Érbélesztet g) Fül-orr-gégészet h) Gastroenterológia (ezen belül rectoscopya, colonoscopya, gastroscopya is)</p> <p>i) A biztosító nem teljesít szolgáltatást endoszkópos vizsgálatok esetén az altatás költségeire, továbbá a virtuális endoscopya és capsula endoscopya költségeire.</p> <p>j) Kardiológia (ezen belül nyugalmi EKG, terheléses EKG, holter EKG, szív ultrahang)</p> <p>k) Neurológia l) Nőgyógyászat A nőgyógyászati ellátás magába foglalja – a panasz miatt szükséges nőgyógyászati vizsgálat során végzett cytológiai vizsgálatot is, évente egy alkalommal, továbbá – a nőgyógyászati (nem a várandósság alatt végzett) ultrahang vizsgálatot, továbbá – a biztosított várandóssága esetén elvégzendő orvosi vizsgálatokat is, az alábbi feltételekkel: a várandósság alatt végzett hagyományos, hatályos szakmai protokoll szerint szükséges ultrahang vizsgálatok a jelen szerződési feltételek szerinti járóbeteg ellátásnak minősülnek, nem képalkotó diagnosztikai vizsgálatnak tekintendők. Várandósság alatt, terhességvizsgálás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat nem vehető igénybe.</p> <p>m) Ortopédia n) Sebészet o) Traumatológia p) Szemészet q) Tüdőgyógyászat r) Urológia A biztosító nem teljesít szolgáltatást urológiai ellátás keretében belül az andrológiai vizsgálat vagy ellátás esetén.</p> <p>s) a felsorolt szakterületeken továbbá: A járóbeteg ellátás kiterjed fájdalomcsillapító injekció egyszeri alkalommal történő, nem kúraszerű, kezelésnek nem minősülő beadására, amennyiben az orvosszakmai szempontból indokolt. A járóbeteg ellátás kiterjed továbbá a felsorolt szakellátásokon elvégzett ambuláns műtétek elvégzésére is. Ambuláns műtét: olyan sebészeti, illetve egyéb szakterületi kezelések, beavatkozások, amelyek helyi érzéstelenítés alkalmazásával elvégezhetők, és a beavatkozást követően a beteg még egyéjszakai fekvőbeteg intézeti ellátást sem igényel, a szükséges és elegendő megfigyelés után otthonába bocsátható, és a hatályos jogszabályok szerint az ellátás járóbeteg ellátás keretében történik.</p> <p>A biztosító a járóbeteg ellátásra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt legfeljebb az alábbi összeghatárig nyújtja:</p> <p>a) a biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetét követő első 6 hónapban legfeljebb: 50 000 Ft, b) a biztosítási fedezet létrejöttét követő első biztosítási időszakban összesen és a további biztosítási időszakokban legfeljebb: 100 000 Ft</p>

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>II. Labor diagnosztika az alábbiak szerint:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Teljes vérkép b) Vérsüllyedés c) Teljes vizelet d) Májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt)) e) Vérzsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid) f) Vércukor, vércukor terhelés (0-60-90-120 perces), kivéve inzulin g) Húgysav h) Vesefunkció (KN, Creatinin) i) Se vas, transferrin, TVK j) Ionok (Na, K, Ca) k) HbA1c l) Pajzsmirigy funkció (TSH, T3, T4, anti-TPO, anti-TG) m) CRP, APTI, INR, Magnézium, ferritin, vércsoport+ellenanyag. <p>A biztosító nem teljesít szolgáltatást a felsorolt laboratóriumi vizsgálatokon kívüli bármilyen más laboratóriumi vizsgálatra.</p> <p>Várandósság alatt, terhesgondozás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat a jelen szerződési feltételek szerint nem vehető igénybe.</p> <p>III. Standard képalkotó diagnosztika:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Röntgen b) Ultrahang c) Mammográfia (ideértve 3D tomoszintézissel történő diagnosztika) d) Terheléses EKG, holter EKG, ABPM (24 órás vérnyomásmérés) <p>A biztosító a Labor- és standard képalkotó diagnosztikai ellátásra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt, egy biztosítási időszakban összesen legfeljebb az alábbi összeghatárig nyújtja: 50 000 Ft.</p> <p>IV. Fejlett diagnosztika:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) CT b) MRI c) Pet CT d) Cardio CT e) endoscopos vizsgálatok (kivéve a virtuális és capsula endoscopia). <p>Amennyiben a diagnosztikai ellátás részét képezi az ahhoz kapcsolódó bódítás, akkor annak költségeire kiterjed a biztosító kockázatviselése.</p> <p>Nem nyújt térítést a biztosító a diagnosztikai szolgáltatások igénybevételéhez kapcsolódó altatás és az ahhoz kapcsolódó további ellátások költségeire.</p> <p>A biztosító nem teljesít szolgáltatást endoszkópos vizsgálatok esetén az altatás költségeire, továbbá a virtuális endoscopia és capsula endoscopia költségeire. Amennyiben az endoszkópos vizsgálatok esetén a biztosított költségére sor kerül altatásra, akkor az altatással kapcsolatos, és a szerződési feltételek szerint téríthető vizsgálatokra a biztosító szolgáltatást teljesít, a szerződési feltételekben foglalt korlátozások figyelembevételével.</p> <p>A biztosító a fejlett diagnosztikai ellátásra szóló szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt, egy biztosítási időszakban legfeljebb az alábbi összeghatárig nyújtja: 150 000 Ft.</p>

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>V. Szűrővizsgálat</p> <p>A biztosító szolgáltatása kiterjed a jelen pontban szereplő, – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett, a biztosított által választható – alábbi szűrővizsgálatokra.</p> <p>a) nőgyógyászat (citológiai vizsgálat, hüvelyi ultrahang vizsgálat) vagy</p> <p>b) urológia vagy</p> <p>c) labor (vérkép, vizelet, vércukor, vérsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid), májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt)), vese funkció (KN, Creatinin) vagy</p> <p>d) hasi ultrahang.</p> <p>A fent szereplő szűrővizsgálatok közül a jelen szerződési feltételek alapján két egymást követő biztosítási időszak alatt, (azaz az- 1. és 2. biztosítási időszak alatt együttesen, a 3. és 4. biztosítási időszak alatt együttesen stb.)– a biztosított választása szerint – összesen legfeljebb egy vizsgálat, legfeljebb 50 000 Ft értékben vehető igénybe.</p> <p>A szűrővizsgálat igénybevételére a fedezet tartamának kezdetét (a fedezet létrejöttét) követő 6 hónapban nincs lehetőség.</p> <p>A fenti szolgáltatások abban az esetben vehetők igénybe, ha a biztosítási fedezet díjjal rendezett.</p> <p>Kizárások</p> <p>5. Nem biztosítási esemény ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az alábbi esetekben sem</p> <p>a) a kockázatviselési időszak kezdetét megelőzően bekövetkezett balesettel vagy betegséggel kapcsolatos ellátás</p> <p>b) meddőséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés,</p> <p>c) sürgősségi ellátás vagy vizsgálat,</p> <p>d) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás,</p> <p>e) több alkalomra kiterjedő injekciós kezelés, infúziós kúra,</p> <p>f) szépséget célzó vizsgálat vagy beavatkozás,</p> <p>g) szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, látélet céljából történő vizsgálat vagy ellátás,</p> <p>h) védőoltásokkal kapcsolatos ellátások,</p> <p>i) nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások,</p> <p>j) terhességvizsgálás keretében végzett 4D, 5D ultrahang (babamozi), magzati szív ultrahang,</p> <p>k) szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétek,</p> <p>l) fogászati diagnosztika,</p> <p>m) a biztosítottnak a betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is) vagy bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata,</p> <p>n) a jelen Szerződési Feltételekben fel nem sorolt szűrővizsgálatok,</p> <p>o) szűrővizsgálatként történő ellátás esetén a nem szűrővizsgálati céllal, panaszok alapján igénybe vett ellátás,</p> <p>p) szűrővizsgálatként történő ellátás esetén az orvos által javasolt ellátás és kezelés,</p> <p>q) fogászati szűrővizsgálat, állapotfelmérés, panoráma röntgen</p> <p>r) járóbeteg szakellátás, labor diagnosztika, standard képalkotó diagnosztika és fejlett diagnosztika esetén szűrővizsgálati céllal, nem panaszok alapján igénybe vett ellátás,</p> <p>s) ha a biztosított által igénybe venni kívánt és a szakorvos által javasolt ellátás olyan egészségügyi szolgáltatáshoz kapcsolódik, amely nem biztosítási esemény vagy a szerződési feltételek alapján kizárás körébe tartozik, – ideértve a diagnosztikai vizsgálatokat is.</p>

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>Közös szabályok, a teljesítés módja, ideje</p> <p>6. A szolgáltatások kizárólag az ellátásszervező által Magyarország területére szervezett ellátásokra vehetők igénybe.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál meghatározott időpontban nyújtja a szolgáltatást.</p> <p>7. Az ellátásszervező – az ellátás megszervezését megelőzően – értesíti a biztosítottat, ha az igényelt ellátás, illetve az ellátás költségének figyelembevételével a szolgáltatások értéke meghaladná a jelen szerződési feltételek szerinti valamely limitet.</p> <p>A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokat a biztosított saját költségére veheti igénybe. A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokra a biztosító nem szervez ellátást.</p> <p>A jelen szerződési feltételekben szereplő szolgáltatásokra vonatkozó limitek emelkedhetnek, ha a biztosítási fedezet díja emelkedik.</p> <p>8. A biztosított a jelen biztosítási fedezet alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.</p> <p>Az ellátásszervező a vele szerződött egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg a biztosított ellátását. Amennyiben az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató, akkor az ellátásszervező más, vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatónál biztosít lehetőséget az ellátás igénybevételére.</p> <p>Szűrővizsgálatok tekintetében:</p> <p>9. Az ellátásszervező a biztosítottnak a szűrővizsgálat elvégzésére vonatkozó igénye bejelentését követő 30 napon belül szervezi meg a szűrővizsgálatot, továbbá értesíti a biztosítottat a szűrővizsgálat időpontjáról és helyszínéről. Az ellátásszervező a biztosított által meghatározott módon (e-mailben vagy telefonon) értesíti a biztosítottat.</p> <p>A szűrővizsgálat elvégzésének időpontjára a 30 napos határidő nem vonatkozik.</p> <p>A szűrővizsgálat igénybevételének helyét az ellátásszervező határozza meg, figyelembe véve a biztosított által megadott földrajzi elhelyezkedést.</p> <p>Az utólagos térítés feltételei</p> <p>10. Az utólagos térítési igény benyújtására kizárólag abban az esetben van lehetőség, ha az ellátást annak igénybevétele előtt az ellátásszervező jóváhagyta. Az utólagos térítési igény postai úton, online felületen vagy e-mailben nyújtható be az ellátásszervező részére. Az e-mailben küldött igényt az ellátásszervező operation@teladoc.hu címére kell eljuttatni.</p> <p>11. Az utólagos térítés keretében az egészségügyi szolgáltató által kiállított számla alapján a biztosított fizeti ki a szolgáltatás költségét a szolgáltatónak. Az ellátásszervező – a biztosított által hozzá benyújtott számla alapján – a jelen szerződési feltételek szerint indokolt költséget – a biztosító nevében eljárva – megtéríti a biztosított részére, a kifizetéshez szükséges dokumentumok beérkezését követő 30 napon belül.</p> <p>Az ellátásszervező csak magyarországi bankszámlaszámra vagy magyarországi postacímre teljesít kifizetést a biztosított részére.</p>

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>12. Ha az utólagos térítésre a biztosított által szervezett vizsgálat esetén kerül sor, akkor az ellátásszervező megállapítja az ellátás indokolt költségét, azaz azt a költséget, amelyért az ellátást meg tudta volna szervezni. Amennyiben a biztosított által benyújtott számla szerinti költség magasabb, az ellátásszervező az indokolt költséget meghaladó különbözetet nem téríti meg a biztosított részére.</p> <p>A szolgáltatás utólagos térítéssel vehető igénybe</p> <ol style="list-style-type: none"> ha a biztosított az ellátásszervezővel szerződéses kapcsolatban nem álló szolgáltatónál veszi igénybe az ellátást, vagy ha a fedezetre az adott biztosítási időszakban igénybe vett szolgáltatások értéke eléri az éves limit 90%-át, akkor a további szolgáltatások a fennmaradó limit értékéig. <p>13. Az utólagos térítési igény benyújtásával együtt az alábbi dokumentumok beküldése szükséges:</p> <ol style="list-style-type: none"> az igénybe vett egészségügyi szolgáltatásról kiállított, a biztosított nevére szóló eredeti vagy online felületen feltöltött számla, a szolgáltatás igénybevétele során keletkezett egészségügyi dokumentáció, valamint az igénybe vett vizsgálatra vonatkozó orvosi javaslat (kivéve szűrővizsgálatok) <p>Az utólagos térítésre vonatkozó igényt és a fenti dokumentumokat az ellátás igénybe vételét követő 30 napon belül kell beküldeni az ellátásszervező részére.</p> <p>Az Orvosi Call Center szolgáltatás</p> <p>14. A biztosító az orvosi Call Center szolgáltatás keretében arral vállal kötelezettséget, hogy a jelen feltételek alapján az ellátásszervező révén 24 órás orvosi Call Center szolgáltatást nyújt a biztosítottaknak.</p> <p>Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatásra a jelen szerződési feltételek érvényesek.</p> <p>Az orvosi call center szolgáltatás éjjel-nappali orvosi tanácsadást jelent, mely a 06-1-461-1555 telefonszámon érhető el.</p> <p>Az Orvosi Call Center szolgáltatás a www.allianz.hu weboldalról is elérhető, ahol a szolgáltatásra jogosultak írásban is feltehetik kérdéseiket.</p> <p>A szolgáltató a választ a kérdésfeltevést követően 24 órán belül a szolgáltatásra jogosult által megadott e-mail címre küldi meg.</p> <p>15. Az Orvosi Call Center hívható az év minden napján, a nap 24 órájában, ahol szakképzett, gyakorló orvosok tájékoztatást adnak az alábbi kérdésekben:</p> <ol style="list-style-type: none"> életmóddal, egészségmegőrzéssel, orvosi dokumentáció értelmezésével kapcsolatos kérdések; tájékoztatás gyógyszerek összetételét, mellékhatásait, alkalmazhatóságát, helyettesíthetőségét, árát illetően; tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről; tájékoztatás ügyeleti gyógyszertárakról; tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről. <p>16. Az Orvosi Call Center szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, a személyes orvosi vizsgálatot nem helyettesítik.</p> <p>17. A biztosító az Orvosi Call Center szolgáltatást a biztosítási fedezet tartama alatt limit nélkül nyújtja.</p>

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>Kizárások</p> <p>18. Nem biztosítási esemény ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az alábbi esetekben sem</p> <p>a) a biztosított panaszai alapján diagnózis felállítása,</p> <p>b) az orvosi ellátás megszervezése.</p>
<p>Esedékesség</p> <p>19. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja – az Orvosi Call Center szolgáltatás tekintetében is – az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon bejelenti.</p> <p>Amennyiben az ellátásszervezőnél bejelentett biztosítási esemény alapján megszervezett ellátás (vizsgálat) során további ellátás megszervezése válik szükségessé, akkor az új biztosítási eseménynek minősül. Az új biztosítási esemény esedékessége az a nap, amikor az újabb ellátás szükségessége felmerül.</p> <p>A limiteknek történő megfelelés szempontjából az ellátásszervező az ellátás tényleges időpontját veszi figyelembe. Amennyiben a bejelentéshez képest új biztosítási időszakban kerül sor az ellátásra, akkor az ellátás költsége az új biztosítási időszakban megállapított limitben kerül figyelembe vételre.</p>	
<p>A szolgáltatás iránti igény bejelentése</p> <p>20. A biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon vagy online, illetve az ellátásszervező kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével, ill. adatok megadásával írásban jelenti be. Online időpontfoglalás esetén a biztosított az ellátásszervező rendszerébe történő bejelentkezéssel, az ellátásszervező feltételei szerint foglalhat időpontot az egyes egészségügyi szolgáltatóknál az általa igényelt ellátásra.</p> <p>A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az ellátásszervezőnél jelentse be a szolgáltatás iránti igényt és az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítsa magát.</p> <p>Az azonosításhoz szükséges adatok:</p> <ul style="list-style-type: none"> – az Allianz Gondoskodás Most szerződés szerződésszáma, – a biztosított neve, – a biztosított édesanyjának neve, – a biztosított születési ideje. <p>A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során az ellátásszervező minden esetben azonosítja a biztosítottat.</p> <p>Az ellátásszervező által megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele során az egészségügyi szolgáltató azonosítja a biztosítottat. Ha a biztosított személye nem azonosítható, akkor az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét az ellátás alkalmával a biztosított fizeti.</p> <p>21. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – orvosi beutaló az ellátásokra (kivéve nőgyógyászat, orr-fül-gégészet, sebészet, urológia, szemészet, továbbá szűrővizsgálat), a 4. pont IV. alpontjában foglalt szolgáltatások esetén szakorvosi (sebész, belgyógyász, ideggyógyász, onkológus) beutaló, – 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. <p>Az ellátásszervező jogosult a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát ellenőrizni, a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot felülvizsgálni. A felülvizsgálat eredményeképpen az ellátásszervező megtagadhatja a 4. pont I-IV. pontjaiban felsorolt szolgáltatások megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosi-lag nem szükséges, így nem indokolt.</p> <p>Az Orvosi Call Center szolgáltatásra vonatkozó igény bejelentése</p> <p>22. Az Orvosi Call Center szolgáltatást a biztosított az ellátásszervező nem emelt díjas telefonszáma felhívásával vehető igénybe.</p> <p>23. A szolgáltatás igénybe vételéhez a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát.</p> <p>Az azonosításhoz szükséges adatok:</p> <ul style="list-style-type: none"> – a szerződés szerződésszáma, – a biztosított neve, – a biztosított édesanyjának neve, – a biztosított születési ideje. <p>A szolgáltatás igénybevétele során a szolgáltató minden esetben azonosítja az ügyfelet.</p> <p>24. A szolgáltató a bejövő telefonhívásokat rögzíti annak érdekében, hogy – a biztosítási szerződés alapján – a biztosítási szolgáltatást teljesítse, valamint a biztosító részére tájékoztatást nyújtson az általa elvégzett tevékenységről.</p> <p>Az ellátásszervező jogosult ellenőrizni a biztosított jogosultságát.</p>	

Adatkezelés

25. A biztosító a szolgáltatás teljesítése érdekében ellátásszervezőt vesz igénybe, aki jogosult további alvállalkozókat is bevonni. Az ellátásszervező és alvállalkozói az egészségi adatok kezelése során önálló adatkezelőként járnak el.

26. A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul vette, hogy a jelen biztosítási fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezeli és – meghatározott gyakorisággal – az ellátásszervező részére a szolgáltatással, valamint annak megszervezésével összefüggésben továbbítja.

Amennyiben bármelyik biztosított nem veszi tudomásul a biztosító adatkezelésre vonatkozó rendelkezéseit, a biztosító az ajánlatot visszautasíthatja.

Az adatok köre:

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

27. A szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul veszi, hogy

- a) az ellátásszervező a vele szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek, számára továbbítja a biztosított alábbi adatait:
 - neve,
 - születési ideje,
 - címe,
 - mobiltelefonszáma, továbbá
 - személyes és különleges (azaz egészségi) adatai,
- b) a biztosító a biztosított által feltett kérdéseket e-mailen továbbítja az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat az ellátásszervező a biztosított által megadott e-mail címre vagy postai címre küldi el,
- c) a biztosító a szolgáltatáshoz szükséges egészségügyi adatok kezelése során önálló adatkezelőként a Teladoc Hungary Kft.-t, mint ellátásszervezőt bizza meg.

A biztosítottak az ajánlaton jogosultak megadni az e-mail címüket, a biztosítottak az e-mail cím megadásával továbbá tudomásul veszik, hogy azt a biztosító a szerződéssel kapcsolatos elektronikus kommunikációra használja.

28. A szerződő és a biztosított kérésére az ellátásszervező tájékoztatást ad azon egészségügyi szolgáltatók személyéről, akik a szolgáltatásban közreműködtek.

29. A szolgáltatás teljesítése érdekében a biztosító a biztosított által feltett kérdéseket továbbítja az ellátásszervező részére, és a kérdésekre adott válaszokat az ellátásszervező a biztosított által megadott e-mail címre vagy postai címre küldi meg.

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.

A személyes adatok kezeléséről szóló tájékoztató az Általános Szerződési Feltételek és Ügyfél-tájékoztató című dokumentumtól elkülönült, Adatkezelési és ügyféltájékoztató, valamint szerződési feltételek kiegészítése című dokumentumban szerepel.

Az Orvosi Call Center szolgáltatás tekintetében:

30. A biztosított az ajánlat, illetve a fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul veszi, hogy

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

Egyéb szabályok

31. Tekintettel arra, hogy a biztosítási fedezet a fenti szolgáltatásokat foglalja magába, az Általános Szerződési Feltételek biztosítási összegre vonatkozó rendelkezései a fedezetre nem érvényesek, azaz

- a) **nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,**
- b) **a szolgáltatást, illetve az erre vonatkozó limiteket** a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- c) a biztosítási fedezet esetében **nincs mód a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek értékkövetéssel történő emelésére.**

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

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

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

34. Az orvosi ellátásra szóló biztosítási egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a) a biztosító a szolgáltatást **nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,**
- b) **a biztosítási időszakban igénybe vehető szolgáltatások értéke korlátozott,**
- c) a kizárások köre módosításra kerültek, így **a biztosító nem teljesít szolgáltatást abban az esetben sem,** ha a biztosított által igénybe venni kívánt és a szakorvos által javasolt ellátás olyan egészségügyi szolgáltatáshoz kapcsolódik, amely nem biztosítási esemény vagy a szerződési feltételek alapján kizárás körébe tartozik, – ideértve a diagnosztikai vizsgálatokat is,
- d) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
- e) ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti:
- f) **várandósság alatt, terhesgondozás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat a jelen szerződési feltételek szerint nem vehető igénybe.**

Budapest, 2024. július 1.

A Második orvosi szakvéleményre szóló egészségbiztosítási fedezet

Fogalmak

1. Második orvosi szakvélemény: A biztosítottnak a biztosítási fedezet kockázatviselési kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező a jelen feltételekben meghatározott súlyos betegségére vonatkozó orvosi tárgyú kérdése alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves orvos-szakértő által készített orvosi távszakvélemény.

A biztosító egészségügyi szolgáltató partnere: Az az egészségügyi szolgáltató, amely a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti második orvosi szakvélemény szolgáltatásokat nyújtja (a továbbiakban: egészségügyi szolgáltató).

A biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató neve, címe, telefonszáma:

Teladoc Hungary Kft.

1083 Budapest, Szigony utca 26-32.

Tel: +36-(1)-461-1555

A második orvosi szakvélemény szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak: munkanapokon 8.00-20.00 óra között

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>2. A biztosítási esemény a biztosított olyan – a biztosítási fedezet kockázatviselési időszakában előzmény nélkül bekövetkezett – súlyos betegsége, melyre vonatkozóan a biztosított a jelen szerződési feltételek szerint, orvosszakmai szempontból indokolt második orvosi szakvélemény szolgáltatást igényel.</p> <p>A jelen feltételekben ismertetett második orvosi szakvélemény szolgáltatást az egészségügyi szolgáltató az alábbi súlyos betegségek esetén nyújtja:</p> <ul style="list-style-type: none"> – az életet fenyegető daganatos megbetegedés (rosszindulatú daganat); – szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet; – szervátültetések; – neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát; – az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció (sclerosis multiplex); – a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák; – olyan megbetegedések, melyek kezelés nélkül közvetlen életveszéllyel járnak; – olyan műtéti beavatkozások, melyek életet veszélyeztető szövődésménnyel fenyegetnek. <p>A felsoroltakon kívüli súlyos betegségek esetén az egészségügyi szolgáltató második orvosi szakvélemény szolgáltatást nem nyújt.</p> <p>A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.</p>	<p>3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosított számára az egészségügyi szolgáltatója útján második orvosi szakvélemény szolgáltatást nyújt.</p> <p>4. A második orvosi szakvélemény szolgáltatás keretében az egészségügyi szolgáltató elismert orvos-szakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával kiválasztja a szakorvos(oka)t a második orvosi vélemény elkészítése céljából. Az egészségügyi szolgáltató a biztosított kérésére rendelkezésre bocsátja a szakértők és kórházak elérhetőségét.</p> <p>5. Az egészségügyi szolgáltató a távszakvéleményt a biztosított által számára rendelkezésre bocsátott információk és orvosi dokumentáció alapján készíti el. A szolgáltatásnak nem része az orvosi vizsgálat vagy személyes orvos-beteg találkozás.</p> <p>Az egészségügyi szolgáltató minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a biztosítottal és kezelőorvosával.</p> <p>A teljesítés módja, ideje</p> <p>6. Az egészségügyi szolgáltató a biztosított kórelőzményéről és a kérdéseiről – amennyiben szükséges – angol nyelvű összefoglalót készít, melyet továbbít az általa kiválasztott szakértő(k)nek. Az egészségügyi szolgáltató a szakértő(k) véleményét tartalmazó orvosi jelentést a kórelőzményre vonatkozó valamennyi releváns információ rendelkezésre bocsátását követő 3 héten belül – a biztosított választása szerint e-mailben vagy postai úton – magyar nyelven megküldi a biztosítottnak, továbbá megküldi az orvosi szakvélemény angol nyelvű eredeti szövegét is, amennyiben az nem magyar nyelven készült. Eltérés esetén az angol nyelvű orvosi szakvéleményben foglaltak az irányadók.</p> <p>7. A biztosított a második orvosi szakvélemény szolgáltatás alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.</p> <p>Kizárások</p> <p>8. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít második orvosi szakvélemény szolgáltatást, ha a biztosított olyan betegséggel vagy a betegség következményével kapcsolatban igényel szolgáltatást, melyet a tárgyi biztosítási fedezet kockázatviselési időszaka kezdetének időpontjában már diagnosztizáltak.</p>

Esedékesség

9. A második orvosi szakvélemény szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a súlyos betegség diagnosztizálásra kerül.

A szolgáltatás iránti igény bejelentése

10. A második orvosi szakvélemény szolgáltatást a **biztosított az egészségügyi szolgáltató telefonszáma felhívásával igényelheti.**

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

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

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

Az azonosításhoz szükséges adatok:

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

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

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

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

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

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

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

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

Adatkezelés

16. A biztosító a második orvosi szakvélemény szolgáltatás teljesítése érdekében külső szolgáltatót – Teladoc Hungary Kft. – vesz igénybe, aki jogosult további alvállalkozókat is bevonni. Az egészségügyi szolgáltató és a szolgáltatók az egészségi adatok kezelése során önálló adatkezelőként járnak el. A biztosított az ajánlat, illetve a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító és a biztosító szerződött partnere, a Teladoc Hungary Kft. az egészségügyi adatait nyilvántartsa, kezelje, a második orvosi szakvélemény szolgáltatással kapcsolatban és a kárrendezés során felhasználja, a szolgáltatás igénybevétele során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze a hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően.

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

A második orvosi szakvélemény szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a biztosítási fedezet létrejötte iránti nyilatkozat aláírásával tudomásul vette, hogy a jelen biztosítási fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezeli és – meghatározott gyakorisággal – az egészségügyi szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja. Az adatok köre:

- szerződésszám,
- biztosítási fedezet tartamának kezdete,
- díj beérkezésének időpontja,
- szerződő és biztosított neve,
- biztosított neme,
- biztosított édesanyja neve,
- biztosított születési helye és ideje,
- biztosított partner kódja, címe,
- biztosított e-mail címe, mobiltelefonszáma.

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

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

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

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

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

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

Egyéb szabályok

21. Tekintettel arra, hogy a biztosítási fedezet a fenti szolgáltatásokat foglalja magába, az Általános Szerződési Feltételek biztosítási összegre vonatkozó rendelkezései a fedezetre nem érvényesek, azaz

- a) **nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,**
- b) a szolgáltatást a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- c) a szerződőnek nincs módja a szolgáltatás mértékének a szerződés tartama alatt történő megváltoztatására,
- d) a biztosítási fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás értékkelvetéssel történő emelésére.

22. A második orvosi szakvélemény szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, a személyes orvosi vizsgálatot nem helyettesítik.

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

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

24. A biztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

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

Budapest, 2024. július 1.

A Rákdiagnosztikára és orvosi betegvezetésre szóló biztosítási egészségbiztosítási fedezet

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

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

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

A biztosított belépési kora

13. A biztosított belépési kora a biztosítási fedezet létrejöttékor 18-70 év lehet.

Esedékesség

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

A szolgáltatás iránti igény bejelentése

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

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

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

Az azonosításhoz szükséges adatok:

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

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

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

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

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

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

A biztosítási fedezet megváltoztatása

19. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a szerződőnek a biztosítási fedezet tartama alatt nincs lehetősége a fedezet szolgáltatásának megváltoztatására.

20. A szerződés tartama alatt a fedezet biztosítottjára egyidejűleg több, a jelen szerződési feltételek szerinti biztosítási fedezet nem vonatkozhat.

A biztosítási fedezet díjának visszatérítése

21. A szolgáltató nem teljesítése esetén a biztosító a szolgáltatásra más partnert keres. Abban az esetben, ha a szolgáltatás nyújtása akadályba ütközik, és emiatt arra nem kerülhet sor, a biztosító a fedezet díját visszatéríti a szerződőnek.

A biztosítási fedezet megszűnése

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

Adatkezelés

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

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

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

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

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

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

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

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

Egyéb szabályok

26. Tekintettel arra, hogy a biztosítási fedezet a fenti szolgáltatásokat foglalja magába, az Általános Szerződési Feltételek biztosítási összegre vonatkozó rendelkezései a fedezetre nem érvényesek, azaz

- a) **nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,**
- b) a szolgáltatást a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- c) a szerződőnek nincs módja a szolgáltatás mértékének a szerződés tartama alatt történő megváltoztatására,
- d) a biztosítási fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás értékkelvetéssel történő emelésére.

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

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

29. A biztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

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

Budapest, 2023. december 15.