

Jelen Biztosítási Feltételek (a továbbiakban: Biztosítási Feltételek) az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és a Doktor24 Medicina Zrt. (a továbbiakban: Doktor24 vagy Szerződő) között létrejött Doktor24 Egészségbiztosítás Csoportos Szolgáltatásfinanszírozó Egészségbiztosítási Szerződésre (a továbbiakban: Csoportos Biztosítás vagy Doktor24 Egészségbiztosítás) érvényesek.

Jelen Általános Biztosítási Feltételekben, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyféltájékoztató elemei **vastag betűvel**, míg a Ptk.-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek **dőlt betűvel** szedettek.

1. Fogalmak

- 1.1. **Alapellátás:** a biztosított lakóhelyén, tartózkodási helyén, illetve annak közelében a biztosított választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatás (házi orvosi szolgáltatás).
- 1.2. **Ambuláns műtét:** a járóbeteg ellátás keretében végzett diagnosztikus és/vagy terápiás sebészeti jellegű tevékenység, amely után a beteg fekvőbeteg intézeti ellátást nem igényel, a beavatkozást követően szükséges és elegendő megfigyelés után otthonába bocsátható.
- 1.3. **Járóbeteg-szakellátás:** a biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egy-szeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, ide értve az ambuláns műtétet, a távkonzultációt, a terhesgondozást és a házi vizit szolgáltatást is.
- 1.4. **Az ellátásszervezővel/biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel/ biztosítóval nem kötött szerződést.
- 1.5. **Az ellátásszervezővel/biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel/biztosítóval szerződést kötött.
- 1.6. **Baleset:** az emberi szervezetet ért olyan egyszeri külső hatás, amely a sérült akarától függetlenül, hirtelen vagy aránylag rövid idő alatt következik be és sérülést, mérgezést vagy más testi egészségkárosodást okoz.
- 1.7. **Beavatkozás:** orvos által végzett megelőző, diagnosztikus vagy terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- 1.8. **Biztosító:** jogi személy, amely a Biztosítási Feltételekben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási eseményekre, a Különös Biztosítási Feltételekben leírtak szerint,

az ott meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

- 1.9. **Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- 1.10. **Biztosítási évforduló:** a biztosítás kockázatviselési kezdetének évenkénti fordulónapja.
- 1.11. **Biztosított:** a Szerződő természetes személy páciense, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön feltéve, hogy biztosítottként csatlakozik a Csoportos Biztosításhoz és elfogadja a Csoportos Biztosítás feltételeit, valamint hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen.
- 1.12. **Biztosított nyilatkozat:** a biztosított azon nyilatkozata, amellyel a Csoportos Biztosítási Szerződéshez biztosítottként csatlakozik és amelyben a biztosított hozzájárul ahhoz, hogy a Csoportos Biztosítási Szerződés hatálya rá kiterjedjen. A biztosított nyilatkozat megtételével jön létre a biztosított jogviszony.
- 1.13. **Biztosítási esemény:** a biztosító által a Különös Biztosítási Feltételekben biztosítási eseményként meghatározott esemény, amelynek bekövetkezése esetén a biztosító ezen feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.
- 1.14. **Betegség:** Az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza az életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét.
- 1.15. **Csoportos biztosítási szerződés:** A Ptk. 6:442.§ alapján a Szerződő és a Biztosító között létrejött biztosítási szerződés, amelyhez az egyes biztosítottak a Biztosított nyilatkozat megtételével csatlakozhatnak. A biztosítottak a Csoportos biztosítási szerződésbe szerződőként nem léphetnek be.
- 1.16. **Egészségügyi dokumentáció:**
A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentáció tartalmazza a biztosított személyazonosító adatait, és úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát és a beavatkozás/vizsgálat indokoltságát.
Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:
– a kórelőzményt, a kórtörténetet,
– az első vizsgálat eredményét,
– a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
– az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
– az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
– orvosi pecsét számát.

<p>1.17. Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység: az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen</p> <p>a) a munkára, illetőleg a szakmára vagy egyéb, jogszabály által előírt orvosi alkalmasság szükségessége miatt végzett vizsgálatoknak,</p> <p>b) a keresőképességnek,</p> <p>c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.</p> <p>1.18. Egészségügyi ellátás: a biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.</p> <p>1.19. Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a biztosított (beteg) vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a biztosított (beteg) vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.</p> <p>1.20. Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.</p> <p>1.21. Egynapos sebészet: Az egynapos sebészeti ellátás olyan, a kórházi fekvőbeteg ellátást kiváltó, a jogszabályban* meghatározott tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet az ilyen típusú ellátás elvégzésére hatósági engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató végez el a vonatkozó jogszabály és az orvosi szakvélemény szerint az ilyen típusú ellátásra alkalmas betegen.</p> <p>1.22. Ellátásszervező: olyan szervezet, amely egészségügyi szolgáltatások, betegút szervezésére van feljogosítva. Az ellátásszervező személyéről, elérhetőségéről, vagy annak módosulásáról a biztosító – módosulás esetén a változást megelőző 30. napig – honlapján ad tájékoztatást.</p> <p>1.23. Előzménybetegség: már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, amelyet a kockázatviselés kezdetét megelőzően szakorvos diagnosztizált, vagy amelynek a gyanúja a kockázatviselés kezdetét megelőzően dokumentáltan felmerült és amely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettellel egyértelműen összefügg.</p> <p>1.24. Éves szolgáltatási limit: a Doktor24 csoportos egészségbiztosítás egyes – a Különös Feltételekben meghatározott – szolgáltatásaira vonatko-</p>	<p>zón a teljesítendő szolgáltatási összegekre a Biztosító éves összeghatárt állapít meg, melynek mértékét a Szolgáltatási limitek melléklet tartalmazza, amely a Különös Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletét képezi. Az éves szolgáltatási limit a biztosítási év vonatkozásában kerül megállapításra.</p> <p>1.25. Fogyasztó: fogyasztónak minősül az a természetes személy, aki szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül jár el.</p> <p>1.26. Gondozás: folyamatos egészségügyi ellátás, melynek célja az egészséges állapot vagy a tünetmentesség fenntartása, a rehabilitáció támogatása.</p> <p>1.27. Házivizit: a páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén, Budapesten és 20 km-es körzetében – az ellátásszervezőnél telefonon bejelentett, intézményi ellátást nem igénylő, nem közvetlen életveszély elhárítását igénylő sürgősségi esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás, mely során az ellátásszervező a biztosítotthoz ügyeleti ellátást nyújtó orvost küld.</p> <p>1.28. Kedvezményezett: a szolgáltatások igénybevételeire jogosult személy, aki a Doktor24 csoportos egészségbiztosítás Általános és Különös Feltételei vonatkozásában azonos a biztosítottal.</p> <p>1.29. Kezelőorvos: a biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.</p> <p>1.30. Kontrollvizsgálat: Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a kezelésnek a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.</p> <p>1.31. Kórház: a szakmai felügyeletet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és megfelelő intézményi kóddal rendelkezik. Nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, nappali kórházak, pszichiátriai intézetek, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, alkohol- és kábítószer elvonó intézetek, hospice tevékenységet végző intézmények, ápolási intézmények, illetve krónikus fekvőbeteg ellátást nyújtó intézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó, illetve obesitológiai és lipidológiai osztályai.</p> <p>1.32. Költségtérítés: a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig.</p> <p>1.33. Műtét: az a sebészeti beavatkozás, amely lehet betegségi vagy baleseti okú, és amelyet az orvosszakmai szabályok megtartásával végeznek el a biztosítotton.</p> <p>1.34. Orvosi javaslat: háziorvosi, szakorvosi képesítéssel rendelkező egészségügyi szakember által kiállított, orvosi pecsétszámmal ellátott egészségügyi dokumentum, amely a beteg panaszai háttérben álló betegség feltárása, egészségének</p>
---	--

<p>megőrzése vagy helyreállítása érdekében elvégzendő vizsgálatok, beavatkozások vagy kezelési terv leírását tartalmazza. Az orvosi javaslatához kötött szolgáltatások esetén a biztosító az adott szolgáltatással kapcsolatban benyújtott első orvosi javaslat alapján szolgáltat, és nem vesz figyelembe ugyanazon eseményre (orvosi vizitre, diagnosztikai vizsgálatra, sebészeti beavatkozásra) vonatkozóan, de későbbi időpontban kiállított, módosított dokumentumokat. Írásbeli orvosi javaslat hiányában az ellátásszervező orvosa is engedélyezheti a Járóbeteg szakellátás megszervezését, illetve jogában áll felülbírálni a biztosított által beküldött orvosi javaslatot.</p> <p>1.35. Önrész: Az önrész az az összeg, amelyet az önrészes biztosítási csomaggal rendelkező biztosított az időpontfoglalást közvetlenül megelőzően köteles megfizetni. A biztosító kizárólag az egészségügyi szolgáltatás költségének az önrészt meghaladó részét téríti meg.</p> <p>1.36. Sürgős szükségből eredő ellátás: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne, vagy amely az orvos-szakma szabályai szerint a beteg 24 órán belüli egészségügyi ellátását teszi szükségessé.</p> <p>1.37. Szűrővizsgálat: olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.</p> <p>1.38. Távkonzultáció: Nem személyes orvos-beteg találkozás útján megvalósuló járóbeteg-ellátás. A konzultáció létrejöhet telefonos vagy videokonzultáció formájában, a vonatkozó orvos-szakmai szabályok betartásával.</p> <p>1.39. Várakozási idő: a kockázatviselés kezdetének elhalasztása, vagy a biztosító kockázatvállalásának meghatározott ideig történő korlátozása.</p> <p>1.40. Vizsgálat: az a tevékenység, amelynek célja a biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének megállapítása.</p>	<p>Székhelye: 1134 Budapest, Váci út 37. Cégjegyzékszám: 01-10-140606 Adószám: 27277210-2-41</p> <p>2.3. Biztosított lehet az a természetes személy, aki az 1.11. pontban írt előírásoknak megfelel, és akinek életkora a Csoportos Biztosításhoz történő csatlakozás időpontjában legalább 6 hónap, legfeljebb 69 év. 18 év alatti biztosítottra kizárólag Kid csomag köthető. 18. életévét betöltött biztosítottra Kid csomag nem választható. A biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe szerződőként nem jogosult belépni. Egy Biztosított csak egy biztosítási csomag választásával csatlakozhat a Biztosítási szerződéshez.</p> <p>2.4. A minimális belépési életkor feltételnek történő megfelelését a biztosító a következőképpen számítja: csatlakozás dátuma (év.hónap.nap) mínusz születési dátum (év.hónap.nap). Egyéb esetekben: csatlakozás éve mínusz születési év.</p> <p>2.5. A biztosító szolgáltatására a Biztosított jogosult (kedvezményezett).</p> <p>3. A Biztosított csatlakozása a Csoportos Biztosítási Szerződéshez, a biztosított jogviszony tartama</p> <p>3.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyhez a Biztosítottak Biztosított nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez Biztosítottként csatlakozhat minden természetes személy, aki megfelel a 2.3. pontban írt követelményeknek. A biztosítottak a Csoportos Biztosítási Szerződéshez online Biztosított nyilatkozattal csatlakozhatnak.</p> <p>3.2. A 3.1. pont szerinti csatlakozáskor az online Biztosított nyilatkozat megtétele során a Biztosított tudomásul veszi, hogy Szerződő az őt terhelő tájékoztatási kötelezettségét elektronikus úton teljesíti, melynek értelmében a Doktor24 csoportos egészségbiztosítás Általános és Különös feltételei, a biztosítási termékismertető, továbbá az Adatkezelési tájékoztató és a biztosításközvetítői tájékoztató a csatlakozást megelőzően a csatlakozási felületen online megtekinthető és letölthető.</p> <p>3.3. A csatlakozási nyilatkozat</p> <p>3.3.1. A biztosított elfogadja a csoportos biztosítási szerződés feltételeit, hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen, a csoportos biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozik.</p> <p>3.3.2. A biztosított felhatalmazást ad arra, hogy (1) a Szerződő áthárítsa rá a csoportos biztosítás díjának az érintett biztosítottra vonatkozó részét, (2) egyben vállalja, hogy a rá áthárított biztosítási díjat a 9.3. szerint megfizeti a Biztosítónak.</p> <p>3.3.3. A Biztosítottra vonatkozó biztosítási tartam az adott Biztosítottra vonatkozó, a kockázatviselés első napjától a kockázatviselés utolsó napjáig tartó időtartam.</p> <p>3.4. A biztosítónak jogában áll, hogy adott Biztosított Biztosított nyilatkozatát indoklás nélkül elutasítsa, illetve tetszőleges időponttól kezdve további</p>
<p>2. A biztosítási szerződés alanyai</p> <p>2.1. A biztosító az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Székhelye: 1082 Budapest, Baross u. 1. (1380 Budapest, Pf. 1076.; telefon: (+36-1) 486-4343) Cégjegyzékszám: 01-10-041566 Cégbíróság neve: Fővárosi Törvényszék, mint Cégbíróság Ügyfélszolgálat: 1134 Budapest, Váci út 33.</p> <p>2.2. A Szerződő a Doktor24 Medicina Zrt., amely a biztosítóval a 2.3. pontban meghatározottaknak megfelelő természetes személyekre, mint biztosítottakra vonatkozóan a Csoportos Biztosítást megkötötte, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi.</p>	

<p>3.5. Ha a biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony bármely ok miatt megszűnt, a biztosított később csak abban az esetben csatlakozhat újra a Csoportos Biztosításhoz, ha a biztosítotti jogviszony megszűnése óta egy év már eltelt.</p> <p>3.6. A Szerződő a Csoportos Biztosítás biztosítottakat érintő rendelkezéseiről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a biztosítottakat tájékoztatni.</p> <p>3.7. Távértékesítés keretében a csoportos szerződéshez csatlakoztatott biztosítottakra vonatkozó rendelkezések Online tett Biztosítotti nyilatkozatát a Biztosított jogosult a csatlakozás napjától számított 30 napon belül indoklási kötelezettség nélkül, azonnali hatállyal visszavonni. A visszavonást írásban, a Biztosító alábbi postacímére kell megküldeni: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. 1380 Budapest Pf. 1076. A felmondás megtehető e-mailben a felmondást tartalmazó szkennelt vagy elektronikusan aláírt (hitelesített) nyilatkozatnak a biztosító központi ügyfélszolgálatának e-mail címére (ugyfelszolgalat@union.hu) történő megküldésével. A biztosítotti jogviszony azon a napon 24 óraker szűnik meg, amikor az írásbeli visszavonó nyilatkozat a Biztosítóhoz beérkezik. A határidőn túl tett azonnali hatályú visszavonást a Biztosító a Biztosítotti nyilatkozat (nem azonnali hatályú) visszavonásának tekinti, amely a biztosítási jogviszonyt a 4. pontban foglalt rendelkezések szerint szünteti meg. Amennyiben a biztosított a visszavonási jogát gyakorolta, a biztosító kizárólag a szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás arányos ellenértékét jogosult követelni.</p> <p>4. A Biztosítotti nyilatkozat visszavonása</p> <p>4.1. A Biztosított a Biztosítotti nyilatkozatot a rá vonatkozó biztosítási évfordulóra minden évben a kockázatviselés kezdete napjával megegyező naptári napon, legkésőbb az évfordulót megelőző 40. napig írásban visszavonhatja. A Biztosítotti nyilatkozat visszavonásáról szóló kérelmet a Biztosító címére (UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. 1380 Budapest Pf. 1076.) kell írásban eljuttatni. A Biztosítotti nyilatkozat visszavonása esetén az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony és így a biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napján (azaz minden évben a kockázatviselés kezdete napjával megegyező naptári nap) megszűnik.</p> <p>4.2. A Biztosítotti nyilatkozat visszavonható a 10.3.7. és 10.4.2. pontokban megjelölt esetekben is.</p> <p>4.3. Érdekmúlásra történő hivatkozással (pl.: biztosított személy külföldre költözik) a Biztosított indokolt írásbeli nyilatkozattal bármikor kezdeményezheti a rá vonatkozó biztosítotti jogviszony megszüntetését. Ebben az esetben az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony és így a Biztosító kockázatviselése annak a hónapnak az utolsó napján 24:00 óraker szűnik meg, amelyben a visszavonó nyilatkozat a Biztosítóhoz beérkezik.</p>	<p>kezik. Amennyiben a Biztosított érdekmúlásra hivatkozik, a biztosító kizárólag a szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás arányos ellenértékét jogosult követelni.</p> <p>5. A szerződéskötés különös szabályai</p> <p>5.1. A biztosítónak a Szerződőt kell tájékoztatnia. A Szerződő a jelen megállapodás biztosítottakat érintő rendelkezéseiről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a Biztosítottakat tájékoztatni.</p> <p>5.2. <i>Ha a Biztosított kiskorú, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.</i></p> <p>5.3. Amennyiben a biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.</p> <p>6. A biztosítási szerződés módosulásának szabályai</p> <p>6.1. Amennyiben a biztosítási szerződés létrejöttét követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybevehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, úgy a biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés vagy a jelen Biztosítási Feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen.</p> <p>6.2. Amennyiben a szerződő a módosító javaslatot a 6.1. pont szerinti tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul. A módosító javaslat szerződő általi elutasítása nem adhat alapot a szerződés biztosító általi felmondására.</p> <p>7. A biztosító kockázatviselése</p> <p>7.1. A biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselésének kezdete a biztosítási szerződéshez való csatlakozását követő hónap első napjának 0 órája, feltéve, hogy a Biztosított a biztosítás esedékes díját a biztosítónak megfizette.</p> <p>7.2. A biztosító egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselése – eltérő megállapodás hiányában – az alábbi esetekben megszűnik:</p> <p>a) a biztosított halála esetén a halál napjával, b) amennyiben a Biztosított Biztosítotti nyilatkozatát visszavonta, a 4.1. pontban meghatározottak szerint, c) a 3.7. pontban meghatározott esetben, d) amennyiben a biztosított betöltötte a 70. életévét, annak betöltését követően, az adott Biztosítottra vonatkozó első évfordulóval, e) Kid csomaggal rendelkező biztosított esetén a 18. életév betöltését követően az első, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási évfordulón, f) amennyiben a biztosított a rá áthárított biztosítási díjat az esedékességig nem fizette meg, a díjjal fedezett időszak végével,</p>
--	--

<p>g) a csoportos biztosítási szerződés bármely okú megszűnése esetén az egyes biztosítottakra vonatkozó biztosítási időszak – a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete napjával megegyező naptári nap – utolsó napjával,</p> <p>h) a Különös Biztosítási Feltételekben szabályozott egyéb esetekben,</p> <p>i) a 10.3.7. és 10.4.2. pontokban meghatározott esetben.</p> <p>7.3. A Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a Csoportos biztosítási szerződés megszűnéséről.</p> <p>8. Várakozási idő</p> <p>8.1. A biztosító a szolgáltatás igénybevételére 15 nap várakozási időt köt ki a Biztosítottra vonatkozó, 7.1. pont szerinti kockázatviselési kezdettől.</p> <p>9. A biztosítási díj</p> <p>9.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melynek megfizetésére a Szerződő köteles. A Szerződő az általa megfizetendő havi biztosítási díjnak a Biztosítottra eső részét a Biztosított által a Biztosított nyilatkozatában adott felhatalmazás alapján áthárítja a Biztosítottra.</p> <p>9.2. A biztosítási díjat a biztosító egy biztosítási évre határozza meg. A biztosítási díj fizethető éves, féléves vagy negyedéves részletekben.</p> <p>9.3. Az első áthárított díjrészt a Biztosított a biztosításhoz történő csatlakozással egy időben, bankkártyás díjfizetéssel a https://expressz.union.hu/ oldalon köteles megfizetni. A Biztosított minden folytatólagos díjat az e-mail-en történő esedékességi értesítésben megjelölt fizetési határidőig bankkártyával a https://expressz.union.hu/ oldalon vagy átutalással a Biztosító ERSTE Banknál vezetett 11600006–00000000–14544390 számú bankszámlájára köteles megfizetni.</p> <p>9.4. A biztosítási jogviszony megszűnése esetén a biztosítási díj a Biztosító kockázatviselése megszűnése napjáig fizetendő.</p> <p>10. A biztosítási díj módosulása</p> <p>10.1. A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját a Szerződő és Biztosító között létrejött Csoportos Biztosítási Szerződés biztosítási évfordulójára a Szerződővel egyeztetve módosítsa, azaz a biztosítás díját a Biztosító a Szerződő és a Biztosító között létrejött biztosítási szerződés egy-egy biztosítási évére állapítja meg. A Csoportos Biztosítási Szerződés évfordulója minden év október 1. napja.</p> <p>10.2. A biztosítás díja módosulhat az alábbi okokból kifolyólag:</p> <p>a) A magánegészségügyi szolgáltatói díjak változása miatt.</p> <p>b) A kártapasztalat előre nem látható romlása miatt.</p> <p>10.3. A biztosítási díj változása a magánegészségügyi szolgáltatói díjak változása miatt.</p> <p>10.3.1. A biztosító által meghatározott árindex a magyar magánegészségügyi szolgáltatói árak éves átlagos növekedését hivatott tükrözni.</p> <p>10.3.2. A szolgáltatói árindex számításánál a biztosító előre meghatározott magánegészségügyi szolgál-</p>	<p>tatók adott naptári évre vonatkozó árait veszi figyelembe.</p> <p>10.3.3. A szolgáltatói árindex számításánál a biztosító előre meghatározott egészségügyi szolgáltatás típusok díjait előre meghatározott arányban veszi figyelembe.</p> <p>10.3.4. A biztosító minden év február 1. napján határozza meg a szolgáltatói árindexet az előző naptári évre vonatkozóan és teszi közzé honlapján.</p> <p>10.3.5. A biztosító a szolgáltatói árindex mértékével növelheti a biztosítási díjat.</p> <p>10.3.6. Amennyiben a biztosító a 10.3.5. pontban leírtak szerint megemeli a biztosítási díjat, ezzel egyidejűleg értékkövetés céljából megemeli a csomagok biztosítási szolgáltatásainak aktuális összegét.</p> <p>10.3.7. A biztosító a Biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló előtt legkésőbb 60 nappal írásban tájékoztatja a Biztosítottat a díjmódosulásról, és az esetleges szolgáltatási limit emelkedéséről. Amennyiben a Biztosított a módosult díjról, és limitről az évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a biztosító a módosult díjat, és limitet tekinti érvényesnek. Amennyiben a Biztosított a módosult díjat, és limitet a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal írásban elutasítja, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony a rá vonatkozó biztosítási évfordulón megszűnik.</p> <p>10.3.8. A biztosító jogosult az általa meghatározott, a díjemelést alapjául szolgáló szolgáltatói árindex helyett valamely hatóság, szakmai fórum vagy testület által hivatalosan publikált szolgáltatói árindexet alkalmazni.</p> <p>10.4. A biztosítási díj változása a kártapasztalat előre nem látható romlása miatt.</p> <p>10.4.1. A biztosító a biztosítási évfordulón módosíthatja a biztosítási díjat, amennyiben a kockázatközösség védelme érdekében ez szükséges, és a kártapasztalat előre nem látható romlása ezt indokolja.</p> <p>10.4.2. A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 60 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt és a Biztosítottat a díjmódosulásról. Amennyiben a Biztosított a módosult díjról az évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a biztosító a módosult díjat tekinti érvényesnek. Amennyiben a Biztosított a módosult díjat a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal írásban elutasítja, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony a rá vonatkozó biztosítási évfordulón megszűnik.</p> <p>11. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei</p> <p>11.1. Ha a Biztosított az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Biztosítottat a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a biztosított jogviszony az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.</p> <p>11.2. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a díjese- dékességet követő 30. napig áll fenn. Amennyiben a biztosított jogviszony az esedékesség napjára visszamenőleg szűnik meg, és az ezt követő 30</p>
---	--

<p>napban még történt szolgáltatási igénybejelentés, amelyet a biztosító teljesített, ezen teljesített szolgáltatások költségének a megfizetését a biztosító utólag a Biztosítottól kérheti.</p> <p>11.3. Ha az esedékes díjnak csak egy része került megfizetésre, és a biztosító a 11.1. pontban foglaltak szerint a Biztosítottat eredménytelenül hívta fel a díjkülönbözet megfizetésére, a biztosítotti jogviszony a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.</p> <p>11.4. A biztosítási díj fizetésének szüneteltetésére nincs lehetőség.</p> <p>12. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei</p> <p>12.1. A Szerződő és a Biztosított joga és kötelezettsége</p> <p>12.1.1. Szerződő köteles a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint</p> <p>12.1.2. Szerződő köteles a Csoportos biztosítási szerződés díjának megfizetésére, melynek adott Biztosítottra jutó arányos részét áthárítja a Biztosítottra.</p> <p>12.1.3. A Biztosított a rá vonatkozó biztosítási évfordulón jogosult módosítani a választott szolgáltatási csomagokon oly módon, hogy a biztosító által meghatározott szolgáltatási csomagok közül egy másik szolgáltatási csomagot választ. A módosítási igényt biztosítási évforduló előtt 30 nappal írásban kell jeleznie a biztosító felé. Az új szolgáltatási csomagban lévő új biztosítási kockázatok vonatkozásában a Biztosító az előzménybetegségeket az új csomag kezdetét megelőző időszakra vizsgálja. Azokra a szolgáltatásokra, amelyek korábban is a régebbi csomag részei voltak, az előzményvizsgálat a régi csomag kockázatviselésének kezdetét megelőző időszakra terjed ki.</p> <p>12.1.4. Amennyiben egy biztosított biztosítotti jogviszonya megszűnik, ugyanabba a biztosítási szerződésbe visszaléptetni csak az adott Biztosítottra vonatkozó következő biztosítási évfordulótól lehet. Az új biztosítotti jogviszonyára vonatkozó várakozási idő ez esetben érvénybe lép.</p> <p>12.2. A biztosító joga és kötelezettsége</p> <p>12.2.1. A biztosító kockázatbírálási és kárrendezési szerveivel szemben a biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel.</p> <p>12.2.2. A biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizheti, az egészségi állapot tekintetében saját orvosa által vizsgálatot kezdeményezhet. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII tv. (továbbiakban: biztosítási törvény vagy Bit.) foglaltak szerint biztosítási titokként kezelni.</p> <p>13. Biztosítási esemény</p> <p>13.1. Biztosítási esemény a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben rögzített biztosítási esemény bekövetkezése.</p> <p>13.2. Halmazott biztosítási esemény: egy szerződésen belül, egy biztosítási eseményből eredően, több biztosított személlyel kapcsolatban következik be a Különös Feltételekben rögzített biztosítási ese-</p>	<p>mények valamelyike. A halmazott biztosítási esemény bekövetkeztekor legfeljebb a halmazott biztosítási összeg kerül kifizetésre, melynek nagysága a szerződésben kerül meghatározásra, de legfeljebb 100 000 000 Ft lehet egy biztosítási szerződés vonatkozásában.</p> <p>14. A biztosító mentesülése</p> <p>14.1. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be.</p> <p>14.2. A biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással:</p> <p>a) a biztosított;</p> <p>b) a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.</p> <p>14.3. A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni. Súlyosan gondatlannak minősülhet különösen:</p> <p>a) ha a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetileg a biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltságával okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt</p> <p>b) a biztosítási esemény kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében következett be kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták</p> <p>c) amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezéséért felelős személy engedélyhez kötött tevékenységet ennek hiányában folytatott és ezzel összefüggésben okozta a kárt.</p> <p>14.4. Fenti szabályokat a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.</p> <p>15. Kizárt kockázatok</p> <p>15.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményben vagy más háborús cselekményben valamely fél mellett történő aktív részvétellel vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. Jelen Biztosítási Feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határviplongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, polgárháború, idegen ország határozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény. (A kommandó támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.</p> <p>15.2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be.</p>
---	---

<p>15.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény a biztosított alkoholos állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következett be.</p> <p>15.4. Nem szolgáltat a biztosító az olyan esetekben, amikor a biztosítási esemény az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba) miatt következik be.</p> <p>15.5. A biztosító nem téríti az olyan kezeléseket, amelyek egészségügyi ellátás, orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszennvedett ártalom miatt válnak szükségessé.</p> <p>15.6. <i>Nem biztosítási esemény az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény, kivéve a Különös Biztosítási Feltételben felsorolt szakorvosi vizsgálatokat.</i></p> <p>15.7. <i>Nem biztosítási esemény az ellátás iránti igény, ha az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét vagy pecsétszámát.</i></p> <p>15.8. <i>Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amelynek az igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül, azaz nem az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően történt.</i></p> <p>15.9. Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett baleset/meglévő betegség vagy állapot következtében válik szükségessé (Előzménybetegség), kivéve a járóbeteg szakellátást és a diagnosztikai vizsgálatokat;</p> <p>15.10. Nem biztosítási esemény az olyan ellátási igény, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül válik szükségessé, vagy amellyel kapcsolatban a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül orvoshoz fordult.</p> <p>15.11. Nem szolgáltat a biztosító a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó igény esetén, amennyiben a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakorvos állítja ki. A háziorvos/nem a feltételezett diagnózisnak megfelelő szakterület szakorvosa által kiállított javaslatot/beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat.</p> <p>15.12. A biztosító nem viseli a kockázatot az alábbiakra:</p> <ol style="list-style-type: none"> sürgős szükségéből eredő ellátásra, az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységekre, különösen a sportorvosi alkalmassági engedély, a szárazföldi, vízi-, légi jármű vezetéséhez szükséges jogosítványhoz vagy jogszabály által előírt orvosi alkalmassági engedélyhez szükséges vizsgálatokra, látteletekre, katasztrófa miatti ellátásra, járványügyi érdekből végzett ellátásokra, ideértve tesztek, diagnosztikai vizsgálatokat, panasz nélküli szűrővizsgálatokat, az illetékes hatóság által járványnak minősített betegségek ellátására, tüdőgyógyászati gondozásra, addiktológiai gondozásra, pszichológiai konzultációkra, dietetikai konzultációkra, 	<ol style="list-style-type: none"> foglalkozás-egészségügyi szakellátásra, háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátásra, akupunktúrás kezelésre, alternatív gyógyászati eljárásokra, orvosi javaslatra sem, kivéve, ha a biztosított olyan alapcsomaggal rendelkezik, amely a Szolgáltatási limitek dokumentumban leírtak szerint kiterjed nem konvencionális tevékenységek térítésére, semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra, illetve semmilyen fogászati kezelésre, az alábbi lézeres kezelésekre, beavatkozásokra: körömgomba, látásjavító, intimplézer, geriátriai kezelésre, gondozásra, szemlencse beültetésre, dialízis kezelésre, az alsó végtagi visszérbetegség bármilyen – injekciós, lézeres, stb. – kezelésére, az alábbi kórokozók által okozott betegség diagnosztizálásának felállítását követően szükségessé váló gondozásra, kezelésre: <ul style="list-style-type: none"> – Treponema pallidum (syphilis) – Neisseria gonorrhoeae – Chlamydia trachomatis – Ureaplasma urealyticum – Mycoplasma hominis/genitalium – Herpes simplex vírus 1,2 – Trichomonas vaginalis – Haemophilus ducreyi (ulcus molle, lágyfekély) – Calymmatobacterium granulomatis (Granuloma inguinale, donovanosis) a reprodukciós képesség – termékenység, fogamzóképeség – kapcsán végzett vizsgálatokra, beavatkozásokra, genetikai vizsgálatokra, étel-intolerancia vizsgálatokra (ide értve az IgG típusú ételintolerancia tesztek; FOOD tesztet; DAO-tesztet; a cöliákia vizsgálatot; laktóz, fruktóz, szorbit vizsgálatokat) továbbá a laktulóz vizsgálatra, pszichiátriai kezelésre, gondozásra, kivéve a diagnózis felállítást megelőző első konzultációt, gyógypedagógiai kezelésre, fizio- és mozgásterápiás kezelésre (kivéve, ha a biztosított rendelkezik Move kiegészítő biztosítási csomaggal), injekció-terápiás sorozatra (ideértve az ízületekbe porcregenerációs céllal beadott injekciókat vagy injekciósorozatokat is, kivéve az első, kizárólag helyi fájdalom csillapítás céljából, illetve a nem konvencionális tevékenységek keretében beadott injekciót), intenzív betegellátásra, onkológiai kezelésre, állapotfenntartó infúziós és kúraszerű kezelésekre, ide értve a PRP (sajátvér) kezelést és a GUNA terápiát is, Hepatitis C betegek gondozására, aneszteziológiai ellátásra, kivéve az ambuláns vagy egynapos sebészeti ellátás vonatkozásában szükségessé váló aneszteziológiai ellátást,
--	---

<p>ee) a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatos ellátásra, ide értve a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket,</p> <p>ff) a terhességgel, szüléssel és a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve amennyiben a szülés várható ideje későbbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap. Amennyiben a szülés várható ideje későbbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap, a biztosító a Járóbeteg-szakellátás keretén belül 2 darab nőgyógyászati vizsgálatot (hagyományos ultrahanggal – azaz nem 3D, 4D, 5D, babamozi, magzati szív ultrahang, genetikai ultrahang) fedez egészséges terhesgondozás indikációval amelyre 6 hónapos várakozási időt alkalmaz.</p> <p>gg) fogamzásgátlással, meddőséggel, művi megtermékenyítéssel összefüggő ellátási igényekre,</p> <p>hh) művi terhesség megszakítással kapcsolatos ellátási igényekre, kivéve, ha a terhesség az anya életét veszélyezteti vagy a magzat egészségi állapota ezt indokolttá teszi,</p> <p>ii) esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés kapcsán felmerülő ellátási igényekre, kivéve a valamely betegség vagy baleset következtében szükségessé váló rekonstrukciós beavatkozásokat és az ezekhez kapcsolódó vizsgálatokat,</p> <p>jj) a biztosított diagnosztizált HIV-fertőzésével vagy ezzel okozati összefüggésben felmerülő ellátási igényekre,</p> <p>kk) orrsövény műtétekre,</p> <p>ll) a Magyarországon elfogadott és általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátásokra,</p> <p>mm) széklet genomikai tesztre,</p> <p>nn) daganatok immunterápiájának megtervezését, végrehajtását célzó ellátási igényekre,</p> <p>pp) a jelen pontban felsorolt kizárt eseményekhez kapcsolódó ellátások sem minősülnek biztosítási eseménynek.</p>	<p>szervezi az ellátásszervező. Az ellátásszervező ezen kívül más egészségügyi szolgáltatóhoz is szervezheti a szolgáltatást, amennyiben a Doktor24 Medicina Zrt. az adott szolgáltatást nem tudja nyújtani, vagy ezen klinikák földrajzilag távol esnek a Biztosított tartózkodási helyétől. A Biztosított online időpontfoglalása esetén elsősorban a Doktor24 vállalatcsoport klinikáira foglalható időpont, kivéve, ha ezen klinikák az igényelt szolgáltatást nem tudják nyújtani, vagy azok földrajzilag távol esnek a Biztosított tartózkodási helyétől.</p> <p>16.2. Azon biztosítási szolgáltatások vonatkozásában, amelyek az egészségügyi ellátás megszervezését és finanszírozását foglalják magukba, az alábbiak szerint kell eljárni:</p> <p>16.2.1. A biztosított telefonon, e-mailben vagy online bejelenti az ellátásszervezőnek az ellátásra vonatkozó igényét, megjelölve az ellátás indokát, a felmerült egészségi panaszt.</p> <p>16.2.2. Az ellátásszervező online időpontfoglaló felülete napi 24 órában elérhető. Az ellátásszervező az ellátási igények telefonos fogadására munkanapokon 8-20 óra között áll rendelkezésre.</p> <p>16.2.3. A telefonbeszélgetések, e-mailek, online megkeresések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.</p> <p>16.2.4. A szolgáltatási igény elbírálásához az ellátásszervező kérhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> – orvosi javaslatot – a panasszal, előzménybetegséggel összefüggő korábbi egészségügyi dokumentumokat. <p>16.2.5. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a biztosított a szolgáltatási igény elbírálásához, a szolgáltatási kötelezettség beálltának és összegszerűségének megállapításához szükséges adatokat és dokumentumokat maradéktalanul a biztosító/ellátásszervező rendelkezésére bocsátotta. Amennyiben az ellátásszervező jogosnak ítéli a biztosított ellátási igényét, a bejelentést és a bejelentéshez szükséges összes orvosi javaslat, korábbi egészségügyi dokumentum ellátásszervezőhöz való beérkezését követő 5 munkanapon – Egnapos sebészeti ellátás szervezése esetén 30 napon belül – megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és a szakorvos között. Az ellátás helyszínéről és időpontjáról telefonon vagy e-mail-ben tájékoztatja a biztosítottat. Az ellátásszervező rendelkezésére álló határidő az időpontok lefoglalására és a biztosított erre vonatkozó tájékoztatására vonatkozik, nem az ellátás lebonyolítására.</p>
<p>15.13. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a nem Magyarországon végzett vizsgálatokra, ellátásokra, Egnapos és ambuláns műtétekre.</p>	
<p>15.14. <i>A Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kárkifizetésével a Biztosító sértené az Egyesült Nemzetek Szövetségének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést, vagy rendeletet vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).</i></p>	<p>16.2.6. Amennyiben a szakorvos további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által vagy online megszervezett időpontban és helyszínen veheti igénybe a biztosított, amennyiben az ellátást az ellátásszervező is indokoltnak ítéli és a biztosított még nem használta el az adott ellátás típusra vonatkozó éves szolgáltatási limitjét.</p>
<p>16. Biztosítási szolgáltatás igénybevétele</p> <p>16.1. A Doktor24 csoportos egészségbiztosítás elsődleges szolgáltatója a Doktor24 Medicina Zrt, vagyis az ellátást valamennyi biztosítási szolgáltatás esetében a Doktor24 vállalatcsoport klinikáira</p>	<p>16.2.7. Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit (egyes meghatározott csomagok esetén a fennálló önrész fizetési kötelezettség figyelembevételével) a rendelkezésre álló éves limit erejéig megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak. A biz-</p>

<p>tosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, a biztosított ellátására vonatkozó Egészségügyi dokumentáció, melyet a szolgáltató küld meg az ellátásszervező részére.</p> <p>16.2.8. Amennyiben a biztosított adott ellátásra vonatkozó éves limitjéből rendelkezésre álló összeg nem fedezi az igényelt ellátás költségét, vagy az adott biztosítási évben a biztosított az ellátásra vonatkozó, forintban meghatározott limit 90%-át már felhasználta, a biztosító csak oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.</p> <p>16.2.9. Amennyiben a biztosított olyan szolgáltatónál kívánja az ellátást igénybe venni, amely nem szerződött az ellátásszervezővel vagy az igényelt szolgáltatás nem érhető el a biztosító szerződött partnereinél, a biztosító csak utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a szolgáltatás díját a biztosítottnak, feltéve, hogy az ellátásra az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően került sor, és kizárólag olyan mértékig, amennyibe az adott ellátás az ellátásszervező által ajánlott szerződött szolgáltatónál került volna. Ennek az összegnek a mértékéről a szolgáltatás igénylésekor az ellátásszervezőtől tájékozódhat a biztosított.</p> <p>Az ellátásszervező által nyújtott tájékoztatás előzetes tájékoztatás, nem minősül a biztosító általi kötelezettségvállalásnak. A biztosító fenntartja a jogot, hogy az ellátást követően beküldött egészségügyi dokumentáció birtokában elutasítsa az igényt, ha az nem felel meg az Általános vagy Különös Feltételekben leírtaknak.</p> <p>16.2.10. A biztosító utólagos, számla ellenében történő teljesítéséhez az alábbi dokumentumok benyújtása szükséges:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) az ellátást végző egészségügyi szolgáltató által a biztosított nevére kiállított eredeti számla vagy annak szkennelt vagy lefotózott változata, b) egészségpénztár nevére kiállított számlát nem áll módunkban téríteni, c) az ellátásról szóló dokumentumok másolata, d) minden olyan irat, lelet, orvosi dokumentum, amely a jogosultság megítéléséhez szükséges és amely megfelel a jelen Biztosítási Feltételek 1. pontjában leírtaknak, e) a biztosított magyarországi pénzügyi intézménynél vezetett forint bankszámlaszáma, ahova a térítést kéri. <p>16.2.11. A dokumentumokat a biztosító ellátásszervező partnere címére kell megküldeni az ellátást követő legfeljebb egy éven belül. Az utólagos térítésre az 16.1.10. pontban leírtak figyelembe vételével legkésőbb a 16.1.11. pontban meghatározott dokumentumok hiánytalan beérkezését követő 15 napon belül kerül sor.</p> <p>16.2.12. A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani, legkésőbb két munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően, az ellátásszervezőnél.</p> <p>16.2.13. Amennyiben a biztosított két munkanapon belül mondja le vagy módosítja az időpontot, vagy nem</p>	<p>jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban illetve nem az ellátásszervezőnél mondja le vagy módosítja az időpontot, a biztosító nem téríti vissza a már megfizetett önrészt, valamint csökkenti a biztosított rendelkezésére álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitét a tervezett ellátás költségével, limitmentes kockázatok esetén pedig a biztosított ugyanezen beavatkozás megszervezésére legkorábban 3 hónap elteltével válik ismét jogosulttá, kivéve, ha bizonyítja, hogy rajta kívül álló okból kifolyólag nem volt lehetősége az ellátást lemondani.</p> <p>16.3. Az ellátás indokoltságát a biztosító orvos-szakértője jogosult felülbírálni.</p> <p>16.4. A biztosító szolgáltatása kiterjed az olyan ellátások finanszírozására, amelyekre vonatkozó igény bejelentése a tartam vége előtt megtörtént, bár az ellátás igénybevételére már a tartam vége után került sor.</p> <p>16.5. Egyéb biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a szolgáltatás igénybevételének folyamatát a Különös és a Kiegészítő Biztosítási Feltételek tartalmazzák.</p> <p>17. Fedezetfeltöltés <i>Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.</i></p> <p>18. A Doktor24 egészségbiztosítás nem reaktiválható, nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, kölcsönrel nem terhelhető.</p> <p>19. A Csoportos biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a Biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges.</p> <p>20. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól, ill. a Ptk. rendelkezéseitől <i>A Doktor24 egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel. (17. pont)</i> – <i>A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított két év elteltével évül el. (23. pont)</i> – <i>Amennyiben a biztosított kiskorú, a szerződés érvényességéhez a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges (5.2. pont)</i> – <i>A Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárfizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár kifizetésével a Biztosító sértené az Egyesült Nemzetek Szövetségének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést, vagy rendeletet vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt). (15.14. pont)</i>
---	---

- Szolgáltatásfinanszírozó kockázatok esetén a tényleges egészségügyi ellátást az 1.22. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni. A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja. (27. pont)

21. A személyes adatok kezelésére és a titokvédelemre vonatkozó tudnivalók

A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat az Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a www.union.hu/adatvedelem weboldalon is elérhető. **A biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosultak megismerni mindazon személyek vagy szervezetek, akikkel szemben a Biztosítónak a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége a Bit. rendelkezései szerint nem áll fenn. Ezen szervezetek listáját az Adatkezelési tájékoztató 1. sz. Függeléke tartalmazza.** A Biztosító az adatkezelések során adatfeldolgozókat, illetve kiszervezett tevékenységet végző szolgáltatókat vesz igénybe erre irányuló szolgáltatási szerződések keretében. Az adatfeldolgozók és a viszontbiztosítók listája, valamint a legfrissebb Adatkezelési tájékoztató az union.hu/adatvedelem weboldalon érhető el. Az Adatkezelési tájékoztató tartalma és az adatfeldolgozó partnerek, viszontbiztosítók listája a jogszabályi változások és a Biztosító által kötött vagy a jövőben kötendő partneri szerződésektől függően változhat.

22. Jognyilatkozatok

- 22.1. A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a Biztosítottnak az általa megadott, és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.
- 22.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat postai vagy elektronikus úton, írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett.

23. Elévülés

Szolgáltatási igény a biztosítási esemény bekövetkeztétől, egyéb igények esetén annak esedékességétől számított két év elteltével elévül.

24. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve

- 24.1. A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.
- 24.2. A kapcsolattartás módja:
A szerződő/biztosított az alábbi lehetőségek valamelyikét veheti igénybe a biztosítóval való kommunikációja során:

- telefonon
- személyesen (Ügyfélszolgálat)
- írásban (postai vagy elektronikus úton).

25. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok

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

26. Vitás kérdések rendezése

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

A biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviseleti szervek a biztosító, az általa alkalmazott vagy megbízott ügynök vagy – adott termék kapcsán – általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítói tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölhesse.

- 26.2. A panasz bejelentésének módjai

1. Szóbeli panasz bejelentése:

a) személyesen:

A panaszok szóbeli, személyesen történő bejelentésére:

- Társaságunk Központi Ügyfélszolgálati Irodáján, annak nyitvatartási idejében biztosítunk lehetőséget. A Központi Ügyfélszolgálati Iroda címe: 1134 Budapest Váci út 33. (Dózsa György út – Váci út sarok),
- vagy a fővároson kívül a területi értékesítési irodáink irodavezetőinél. A területi értékesítési irodáink elérhetősége megtalálható honlapunkon, a www.union.hu oldalon.

b) telefonon:

Panaszát bejelentheti Társaságunk telefonos ügyfélszolgálatán keresztül is hívásfogadási időben a (+36-1) 486-4343-as telefonszámon.

2. Írásbeli panasz:

- a) személyesen vagy meghatalmazott által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján;
- b) postai úton (1380 Budapest, Pf. 1076);
- c) telefaxon ((+36-1) 486-4390);
- d) elektronikus levélben az ugyfelszolgalat@union.hu e-mail címen.

A Magyar Nemzeti Bank által panaszbejelentésre használt formanyomtatvány elérhető társaságunk honlapján, valamint a Magyar Nemzeti Bank honlapján az alábbi linken:
<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz>

<p>26.3. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi az ügyfélnek.</p> <p>26.4. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a szerződőhöz érkezik be, a szerződő a biztosítottakat a biztosítóhoz irányítja.</p> <p>26.5. A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina körút 55.; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)</p> <p>26.6. Amennyiben a fogyasztó Biztosítóhoz benyújtott panasz</p> <ul style="list-style-type: none"> – elutasításra került, vagy – nem a biztosítási törvényben előírtak szerint került kivizsgálásra, vagy – annak kapcsán a Biztosító válaszából a biztosítási törvényben előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez, vagy – kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelenül telt el, úgy <p>a) A Pénzügyi Békéltető Testülethez (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén fordulhat.</p> <p>A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában az ügy érdemében</p> <ul style="list-style-type: none"> – kötelezést tartalmazó határozatot hoz, ha a kérelem megalapozott, és a Biztosító a Pénzügyi Békéltető Testület döntését magára nézve kötelezőként elismerte, vagy – ajánlást tesz, ha a kérelem megalapozott, azonban a Biztosító úgy nyilatkozott, hogy a döntést kötelezőként nem ismeri el, illetve a döntés elismeréséről egyáltalán nem nyilatkozott. <p>A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában akkor is kötelezést tartalmazó határozatot hozhat, ha a Biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de a kérelem megalapozott és a fogyasztó érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg az egymillió forintot.</p> <p>A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetősége: levelezési címe: 1525 Budapest Pf.: 172., telefon: +36-80-203-776, ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6. e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu;</p> <p>b) a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ (fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén, levelezési címe: 1534 Budapest, Pf.:777, telefon: +36-80-203-776, ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6. e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu),</p> <p>c) a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.</p> <p>26.7. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panasz-ügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.</p>	<p>27. Egyebek <i>Szolgáltatásfinanszírozó kockázatok esetén a tényleges egészségügyi ellátást az 1. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni.</i> <i>A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja.</i></p> <p>28. Egyéb rendelkezések</p> <p>28.1. A biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján (www.union.hu) teszi közzé.</p> <p>28.2. Az MNB fogyasztóvédelmi honlapja, a Pénzügyi Navigátor elérhető az alábbi linken: www.mnb.hu/fogyasztovedelem.</p> <p>29. A biztosító ellátásszervező partnere az UNION-Érted Ellátásszervező Kft., melynek elérhetőségei a Biztosító honlapján (www.union.hu) találhatóak meg. Az ellátásszervező személyének vagy elérhetőségének módosulásáról a biztosító legkésőbb a változást megelőző 30. napig honlapján közzétett hirdetményben ad tájékoztatást.</p> <p>30. A Biztosító és a Szerződő közös megegyezéssel írásbeli megállapodásban jogosultak a Biztosítási Feltételeket módosítani. A Szerződő a Biztosítási Feltételek módosításáról köteles a Biztosítottakat értesíteni úgy, hogy számukra honlapjának Biztosítási oldalán letölthető elektronikus formában elérhetővé teszi a Biztosítási Feltételeket a módosítás hatálybalépése előtt. Kedvezőtlen módosítás esetében legalább 30 nappal, kedvező vagy nem kedvezőtlen módosítás esetében a hatálybalépés előtt kell értesíteni a Biztosítottakat.</p> <p style="text-align: right;">UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.</p> <p>* Jelen Biztosítási Feltételek hatályba lépésekor a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről és a 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről.</p>
--	---