

Prémium Egészség egészségbiztosítás Különös Biztosítási Feltételek

Jelen Különös Biztosítási Feltételek a Prémium Egészség egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételekkel együtt (a továbbiakban: NN Biztosítási Feltételek) az NN Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) és a PRÉMIUM Önkéntes Egészség és Önszegélyező Pénztár (a továbbiakban: Egészségpénztár, illetve Szerződő), együttesen Felek között megkötött és 2023. április 1. napjától hatályos csoportos egészségbiztosítási szerződés alapján létrejött Prémium Egészség szolgáltatásfinansírozó egészségbiztosítás (a továbbiakban Csoportos biztosítás) 2023. április 1. napján vagy azt követően a csoportos biztosításhoz Biztosítottként csatlakozó, a Csoportos biztosítás szolgáltatásának igénybevételére jogosult tagjaira, valamint a Pénztártagok által csatlakoztatott, 18. életévét betöltött, szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó(i)ra vonatkozóan hatályosak, illetve azokra a Pénztártagokra, és a Pénztártagok által csatlakoztatott, 18. életévét betöltött, szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó(i)ra, akik 2023. március 31. napján az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és a PRÉMIUM Önkéntes Egészség és Önszegélyező Pénztár között hatályban volt Prémium Egészség szolgáltatásfinansírozó egészségbiztosítás keretében Biztosított nyilatkozatuk és díjrendezett státuszuk révén ezen csoportos biztosítás szolgáltatására jogosultak voltak, feltéve, hogy a csoportos biztosítási szerződést jelen NN Biztosítási Feltételekre való hivatkozással kötötték.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító Prémium Egészség egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az irányadók (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltételek), az Egészségpénztár Alapszabálya és a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezési, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (továbbiakban: 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. Biztosítási események és a Biztosító szolgáltatása

1.1. Járóbeteg-szakellátás

1.1.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak

- 1.1.1.1. a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, a biztosítási jogviszony első 36 hónapjában a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül-bekövetkező balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt egészségügyi ellátása, mely ellátás személyes Járóbeteg-szakellátás vagy távkonzultáció keretén belül valósul meg, valamint az ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása;
- 1.1.1.2. a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő új panasz, tünet miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt egészségügyi ellátása is, mely ellátás személyes Járóbeteg-szakellátás vagy távkonzultáció keretén belül valósul meg, valamint az ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása;
- 1.1.1.3. a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, a biztosítási jogviszony első 36 hónapjában a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező balesete vagy betegsége, valamint a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő új panasz, tünet miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt egészségügyi ellátása, mely házivizit keretén belül valósul meg, valamint az ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása, amennyiben a Biztosított igénye sürgős, de nem életveszélyes és Budapesten, illetve annak 10 km-es körzetében szükséges;
- 1.1.1.4. a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, a biztosítási jogviszony első 36 hónapjában a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt ambuláns műtété, valamint

- 1.1.1.5. egészséges terhesgondozás keretében, a kockázatviselés kezdetét követő 6. hónap eltelte után Járóbeteg-szakellátás keretén belül a Biztosított 4 darab nőgyógyászati vizsgálata (hagyományos UH-gal –azaz nem 3D,4D,5D, genetikai UH).
- 1.1.2. A Biztosított vizsgálati igényét az Általános Biztosítási Feltételek 17. pontja szerint jelentheti be az Ellátásszervezőnek telefonon vagy az Ellátásszervező ügyfélportalján keresztül online.
- 1.1.3. A Biztosító szolgáltatása, hogy Ellátásszervező partnere révén az Általános Biztosítási Feltételek 17. pontja szerint megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a Biztosítottra vonatkozó, jelen Különös Biztosítási Feltételek 5. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit és Éves szolgáltatási szublimit erejéig.
- A Járóbeteg-szakellátás igénybevétele minden esetben Önrész megfizetéséhez kötött. Az Önrész megfizetésére vonatkozó szabályokat az Általános Biztosítási Feltételek 17.4. pontja tartalmazza.
- 1.1.4. Az Önrész mértéke házivizit keretében megvalósuló Járóbeteg-szakellátás esetén a házivizit költségének 30%-a, de minimum bruttó 10 000 Ft, minden egyéb Járóbeteg-szakellátási igény esetén egységesen bruttó 5 000 Ft.
- 1.1.5. A Biztosító az ortopédiai, nőgyógyászati, valamint bőrgyógyászati igényeket kizárólag utólagos, számla ellenében történő térítésre fogadja be.
- 1.1.6. A biztosítási esemény időpontja az igénybe vett Járóbeteg szakellátás napja.
- 1.1.7. A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony 37. hónapjától a biztosítási esemény vonatkozásában nem követeli meg az előzménynélküliséget.
- 1.2. Diagnosztikai vizsgálatok
- 1.2.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak
- 1.2.1.1. a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, a biztosítási jogviszony első 36 hónapjában a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő panaszok miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb Diagnosztikai vizsgálata, kivéve: CT, MRI, PET-CT, Cardio CT és endoszkópos vizsgálatok;
- 1.2.1.2. a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, a biztosítási jogviszony első 36 hónapjában a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül—kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő panaszok miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt működési engedéllyel rendelkező háziorvos által elrendelt:
- hasi és kismedencei ultrahang vizsgálata,
 - röntgen vizsgálata,
 - kisrutin laborvizsgálata és
 - nagyrutin laborvizsgálata.

Jelen biztosítási esemény vonatkozásában a Biztosító az alábbi vizsgálatokat érti kis-, és nagyrutin laborvizsgálat alatt:

Kisrutin laborvizsgálat	Nagyrutin laborvizsgálat
- Vérkép, vércukor, vvt süllyedés - Na, K, karbamid - Kreatinin, eGFR, húgysav - Tejsav dehidrogenáz (LDH) - Összkoleszterin, triglicerid - Totál bilirubin - GOT (ASAT), GPT (ALAT), Gamma-GT, alkalikus foszfatáz (ALP) - Általános vizeletvizsgálat üledékkel	- Vérkép, vércukor, vvt süllyedés - Na, K, Cl, Ca, Mg, P, karbamid - Kreatinin, eGFR, húgysav - Összfehérje, albumin, CRP - Fe, transferrin - Összkoleszterin, LDL-koleszterin, HDL-koleszterin, triglicerid - Totál bilirubin, konjugált (direkt) bilirubin - GOT (ASAT), GPT (ALAT), Gamma-GT, alkalikus foszfatáz (ALP) - Amiláz, laktát-dehidrogenáz (LDH), kreatinin-kináz (CK) - TSH (szuperszenzitív) - Általános vizeletvizsgálat üledékkel

- 1.2.1.3. illetőleg a Biztosított Előzménybetegségével (ideértve a krónikus betegségeket is), illetve a kockázatviselés kezdetét megelőzően bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő új panasz, tünet miatt panaszok miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb Diagnosztikai vizsgálata, kivéve: CT, MRI, PET-CT, Cardio CT és endoszkópos vizsgálatok.
- 1.2.2. A Biztosított vizsgálati igényét az Általános Biztosítási Feltételek 17. pontja szerint jelentheti be az Ellátásszervezőnek telefonon vagy az Ellátásszervező ügyfélportalján keresztül online.
- 1.2.3. A Biztosító szolgáltatása, hogy Ellátásszervező partnere révén az Általános Biztosítási Feltételek 17. pontja szerint megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a Biztosítottra vonatkozó, jelen Különös Biztosítási Feltételek 5. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit és Éves szolgáltatási szublimit erejéig.
- 1.2.4. A biztosítási esemény időpontja az igénybe vett Diagnosztikai vizsgálat napja.
- 1.2.5. Azon laboratóriumi vizsgálatokat, amelyeket háziorvos rendelt el, de a jelen fejezet 1.2.1.2. pontjában szereplő táblázatban nem kerültek felsorolásra, a Biztosító nem téríthető ellátásnak tekinti, ezért ezek esetében szolgáltatást nem teljesít.
A jelen táblázatban fel nem sorolt vizsgálat szakorvosi javaslatra vehetők igénybe. Az ellátás indokoltságát a Biztosító orvosszakértője jogosult felülbírálni orvosszakmai szempontok alapján.
A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony 37. hónapjától a biztosítási esemény vonatkozásában nem követeli meg, hogy a biztosítási eseményt kiváltó panasz újonnan jelentkező tünet vagy panasz legyen.
- 1.2.6. A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony 37. hónapjától a biztosítási esemény vonatkozásában nem követeli meg az előzménynélküliséget.
- 1.3. Hazai második orvosi vélemény
- 1.3.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége kapcsán felmerülő hazai második orvosi vélemény szolgáltatás iránti igénye.
- 1.3.2. A Hazai második orvosi vélemény szolgáltatást a biztosított kizárólag az alábbi súlyos betegségek kapcsán veheti igénybe:

- a) **rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);**
- b) **szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;**
- c) **szervátültetések;**
- d) **neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;**
- e) **az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;**
- f) **a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;**
- g) **életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.**

- 1.3.3. **A Biztosított Hazai második orvosi szakvéleményre vonatkozó igényét az Általános Biztosítási Feltételek 17. pontja szerint jelentheti be az Ellátásszervezőnek telefonon vagy az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online.**
- 1.3.4. **A Biztosító szolgáltatása, hogy Ellátásszervező partnere révén a jelen Különös Biztosítási Feltételek 2.2. pontja szerint megszervezi az igényelt második orvosi szakvéleményt és finanszírozza annak költségét.**
- 1.3.5. **A szolgáltatás a második orvosi vélemény elkészítésének költségén túl nem tartalmazza az esetlegesen később szükségessé váló vizsgálatok, illetve eljárások költségét.**
- 1.3.6. **A szolgáltatást a Biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, korlátlanul veheti igénybe.**
- 1.3.7. **A biztosítási esemény időpontja a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges kérelem, valamint a Biztosított kezelőorvosa(i) által készített leletek és a már felállított diagnózist alátámasztó egészségügyi dokumentumok Ellátásszervezőhöz történő benyújtásának időpontja.**

1.4. Orvosi call center szolgáltatás

- 1.4.1. **A Biztosító a jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján a Biztosított számára Ellátásszervező egészségügyi szolgáltató partnere által a hét minden napján, a nap 24 órájában elérhető telefonos egészségügyi információs szolgáltatást nyújt.**
- 1.4.2. **A szolgáltatás célja, hogy a Biztosított egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdéseire a témában jártas szakembertől, orvosi kérdés esetében orvostól kapjon választ. A telefonos egészségügyi információs központ az alábbi kérdések kapcsán ad tájékoztatást:**
 - a) **egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,**
 - b) **tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,**
 - c) **tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeleterkről,**
 - d) **tájékoztatás ügyeleti gyógyszerterákról,**
 - e) **tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.**
- 1.4.3. **A szolgáltatást a Biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, korlátlanul veheti igénybe.**
- 1.4.4. **Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a Biztosított vizsgálatát.**
- 1.4.5. **A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a Biztosító, sem az Ellátásszervező, sem az Egészségügyi Szolgáltató nem vállal felelősséget.**
- 1.4.6. **Az Egészségügyi Szolgáltató receptfelírást, kórházba, Járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.**

2. A szolgáltatás igénybevételének folyamata

- 2.1. **Járóbeteg szakellátás és Diagnosztikai vizsgálatok esetében az Általános Biztosítási Feltételek 17. pontja és a jelen Különös Biztosítási Feltételekben foglaltak az irányadók.**
- 2.2. **Hazai második orvosi vélemény szolgáltatás igénybevétele**
 - 2.2.1. **Az Ellátásszervező az igény bejelentését követően továbbítja a Biztosított Hazai második orvosi véleményre vonatkozó igényének megrendelését és az ahhoz csatolt, diagnózist alátámasztó Egészségügyi dokumentációt, valamint a Szolgáltató által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket.**

- 2.2.2. A Hazai második orvosi véleményt a Szolgáltató az igénybevétel napját vagy a vélemény készítéséhez szükséges utolsó beérkező dokumentum időpontját követően 15 munkanapon belül juttatja el a Biztosított számára elektronikus levélben a Biztosított Ellátásszervezőnél regisztrált e-mail címére.

3. A kockázatviselés korlátozása

- 3.1. A Biztosító mentesül az Általános Biztosítási Feltételekben megfogalmazott kizárások és mentesülések esetén a szolgáltatás teljesítése alól.

4. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- 4.1. A szolgáltatás igénylésekor a Biztosítottnak az alábbi, a biztosítási eseményt igazoló dokumentumokat kell az Általános Biztosítási Feltételek 17.1.1. pontjában leírt módon eljuttatnia az Ellátásszervezőnek:

- diagnosztikai vizsgálatra szóló, az igénybejelentés időpontjában az Általános Biztosítási Feltételek 1.pontja szerint érvényes Orvosi javaslat/beutaló;
- releváns szakorvosi ellátásról szóló dokumentáció, amely igazolja, hogy a biztosított az egészségügyi állapotával kapcsolatos szakorvosi ellátást vett igénybe,
- hivatásos sportoló esetében a sportági szakszövetség által kiállított, hivatásos sportolói engedélye,
- versenyző sportoló esetében a Biztosított írásbeli nyilatkozata sportszövetségi tagságról,
- vonatkozó egyéb orvosi dokumentumok (pl.: kórházi zárójelentések, ambuláns lapok stb.).

- 4.2. A Biztosító az Ellátásszervező partner révén köteles az elbíráláshoz szükséges utolsó dokumentum benyújtásától számított 5 munkanapon belül a szükséges ellátásra vonatkozó időpontot ajánlani vagy az időpont választására az Ellátásszervező ügyfélportalján keresztül online lehetőséget adni vagy a szolgáltatási igény elutasításáról a Biztosítottat értesíteni. Az ellátás/vizsgálat tényleges időpontja és helyszíne a Biztosított időbeosztásától, valamint az egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitásoktól függ. Az ellátás/vizsgálat tényleges időpontja és helyszíne a Biztosított időbeosztásától, valamint az egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitásoktól függ. A vizsgálat helyszínéről és időpontjáról telefonon vagy e-mailben, illetve Ügyfélportalján keresztül tájékoztatja a Biztosítottat.

- 4.3. A Biztosító az Ellátásszervező partner révén köteles az elbíráláshoz szükséges utolsó dokumentum benyújtásától számított 5 munkanapon belül a szükséges ellátásra vonatkozó időpontot ajánlani vagy az időpont választására az Ellátásszervező ügyfélportalján keresztül online lehetőséget adni vagy a szolgáltatási igény elutasításáról a Biztosítottat értesíteni. Az ellátás/vizsgálat tényleges időpontja és helyszíne a Biztosított időbeosztásától, valamint az egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitásoktól függ. Az ellátás/vizsgálat tényleges időpontja és helyszíne a Biztosított időbeosztásától, valamint az egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitásoktól függ. A vizsgálat helyszínéről és időpontjáról e-mailben, illetve Ügyfélportalján keresztül tájékoztatja a Biztosítottat.

- 4.4. A Biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások szervezését és az egészségügyi szolgáltatás költségeinek térítését a Biztosító abban az esetben teljesíti, ha

- a) a Biztosított által igénybe veendő egészségügyi szolgáltatás a Biztosított egészségének helyreállításához vagy megőrzéséhez, betegségből való meggyógyulásához, egészségkárosodás bekövetkezésének elkerüléséhez szükséges, orvosszakmai szempontból indokolt és megalapozott, és az igényelt ellátást a Biztosító és az Ellátásszervező a jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján is megalapozottnak minősítette;
- b) az egészségügyi szolgáltatás megfelel a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.1-2. pontjaiban meghatározott biztosítási események valamelyikének;
- c) a Biztosított rendelkezik a hatályos magyar jogszabályok és orvosi protokollok szerinti esetekben, az azokban meghatározott módon és indikáció alapján a javaslat megtételére jogosult fél által javasolt ellátásra vonatkozó, a Prémium Egészség egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételek 1.pontja szerint érvényes Orvosi javaslat/beutaló (kivéve ez alól a Járóbeteg szakellátás 1.40. pontban

meghatározott beutaló vagy orvosi javaslat nélkül igénybevehető szakterületeit), mely tartalmazza az orvos pecsétjét vagy pecsétszámát;

d) az egészségügyi szolgáltatást a Biztosított az Ellátásszervező előzetes tájékoztatásával, tudtával és/vagy szervezésében vegye igénybe;

e) a Biztosítottra vonatkozó tárgyhavi díjrész megfizetésre került (kivéve ez alól az Orvosi call center szolgáltatás, mely díjmaradás esetén is igénybevehető);

f) az igényelt ellátás/vizsgálat költséget az Egészségügyi szolgáltató által a Biztosított nevére kiállított számla igazolja;

g) az Éves szolgáltatási limit, illetve az Éves szolgáltatási szublimit erre részben vagy egészben fedezetet nyújt.

5. Biztosítási csomagok és Éves szolgáltatási limitek, Éves szolgáltatási szublimitek

Biztosítási esemény	Standard biztosítási csomag	Deluxe biztosítási csomag
Járóbeteg szakellátás (szakorvosi konzultáció, táv Konzultáció, ambuláns műtét és házivizit)	Éves szolgáltatási limit: 250 000 Ft ezen belül bőrgyógyászati ellátásra vonatkozó Éves szolgáltatási szublimit*: 100.000 Ft; ambuláns műtétekre vonatkozó Éves szolgáltatási szublimit: 100 000 Ft	Éves szolgáltatási limit: korlátlan ezen belül bőrgyógyászati ellátásra vonatkozó Éves szolgáltatási szublimit*: 100.000 Ft; ambuláns műtétekre vonatkozó Éves szolgáltatási szublimit: 100 000 Ft
Diagnosztikai vizsgálatok (pl.: laborvizsgálatok, rtg, UH, szövettan, biopszia stb.)	Éves szolgáltatási limit: 100 000 Ft	Éves szolgáltatási limit: 100 000 Ft
Hazai második orvosi vélemény	korlátlan	korlátlan
7/24 orvosi call center	korlátlan	korlátlan

* Bőrgyógyászati ellátásnak minősül minden, bőrgyógyászati indikációjú ambuláns beavatkozás, azokat is beleértve, melyeket sebészeti szakellátás keretében végeznek el.

6. Szolgáltatási feltételek módosítása

6.1. A szolgáltatási feltételek egy biztosítási évre érvényesek. A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a jelen Csoportos biztosítás

- szolgáltatásait,
- biztosítási eseményeit
- és a szolgáltatás feltételeit,
- az önrész mértékét,
- a biztosítási csomagokat és szolgáltatási limiteket
- szolgáltatás igénybevételeének folyamatát és igény elfogadás feltételeit
- és a megváltozott szolgáltatási feltételek miatt az Általános Biztosítási Feltételek 1. pontja szerinti fogalmakat, a 7. pontja szerinti várakozási időt, a 16. pontja szerinti kizárásokat, a 17. pontja szerinti biztosítási szolgáltatások igénybevétele, évente, a következő biztosítási évre vonatkozóan egyoldalúan módosítsa abban az esetben, ha ez a kockázatközösség védelmében szükséges, továbbá hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechika és az orvostudomány fejlődésével, jogszabályváltozás miatt szükséges a módosítás, illetve ha a Biztosító Szolgáltatás szervező partnerével kötött szerződés módosul

vagy megszűnik, és emiatt a jelen Csoportos biztosítás szolgáltatásai változatlan feltételekkel már nem nyújthatók, illetve ha az új Szolgáltatás szervező partnerrel kötött szerződésben vállalt szolgáltatások eltérőek, és emiatt a jelen Csoport biztosítás szolgáltatásai változatlan feltételekkel már nem nyújthatók.

- 6.2. A megváltozott szolgáltatási feltételekre vonatkozó szabályokra az Általános Biztosítási Feltételek 9.5. és 9.6. pontja az irányadó.