

Jelen Általános Biztosítási Feltételek (a továbbiakban: Biztosítási Feltételek) az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és a PRÉMIUM Önkéntes Egészség- és Önségélyező Pénztár (a továbbiakban: Egészségpénztár) között megkötött csoportos egészségbiztosítási szerződés alapján létrejött Védőháló Szolidáris Alap szolgáltatásának igénybevételére jogosult tagjaira, valamint a Pénztártagok által az Alaphoz csatlakoztatott 1. életévét betöltött, szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó(i)ra vonatkozóan érvényesek.

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

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

1. Fogalmak

- 1.1. Ambuláns műtét:** ambuláns sebészi beavatkozáson olyan diagnosztikus és/vagy terápiás sebészi jellegű tevékenységet értünk, amely után a beteg fekvőbeteg intézeti ellátást nem igényel, a beavatkozást követően szükséges és elegendő megfigyelés után otthonába bocsátható.
- 1.2. Az ellátásszervezővel/biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel/ biztosítóval nem köt egészségügyi szolgáltatás ellátására vonatkozó szerződést.
- 1.3. Az ellátásszervezővel/biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel az egészségügyi szolgáltatás ellátására vonatkozó szerződést köt.
- 1.4. Baleset:** a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő, olyan egyszeri külső erőbehatás, amelynek következtében az emberi szervezetben heveny módon anatómiai és funkcionális károsodás, maradandó elváltozás következik be.
- 1.5. Beavatkozás:** orvos által végzett megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- 1.6. Biztosító:** biztosítási tevékenység folytatására engedéllyel rendelkező jogi személy, amely a biztosítási ajánlat elfogadása után a 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. Jelen feltételek szempontjából biztosító az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
- 1.7. Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- 1.8. Biztosítási évforduló:** minden év április 01.

- 1.9. Biztosított:** az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön, feltéve hogy az általa tett nyilatkozattal elfogadja a jelen egészségbiztosítási szerződés feltételeit, és hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen.
- 1.10. Biztosított nyilatkozat:** az a dokumentum, amelylyel a biztosított hozzájárul a szerződés hatályának rá történő kiterjesztéséhez.
- 1.11. Biztosítási esemény:** a biztosító által a Különös Biztosítási Feltételekben biztosítási eseményként meghatározott esemény, amelynek bekövetkezése esetén a biztosító ezen feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.
- 1.12. Betegség:** az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza a biztosított személy életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét.
- 1.13. Csoportos biztosítás:** a biztosítás – egy szerződésen belül – több biztosítottra, a szerződő által a biztosítási ajánlatban rögzített, objektív szempontok szerint meghatározott természetes személyek csoportjára, illetve csoportjaira vonatkozik.
- 1.14. Díjtétel:** a fizetendő biztosítási díj meghatározása során a biztosító több tényezőt is figyelembe vesz, ezen tényezők egyike a díjtétel. A díjtétel nem azonos a fizetendő biztosítási díjjal, hanem annak meghatározásához alkalmazott tényező.
- 1.15. Egészségpénztári tag (Pénztártag):** minden olyan természetes személy, aki betöltötte a 16. életévét, az Egészségpénztár Alapszabályának rendelkezéseit magára nézve kötelezőnek ismeri el, tagdíjfizetést vállal, továbbá aláírja a belépési nyilatkozatot és azt az Egészségpénztár záradékolja és őt tagjai sorába felveszi.
- 1.16. Egészségügyi dokumentáció:** a beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.
- 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
- a) a munkára, sportra, járművezetésre, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak,
 - b) a keresőképességnek,
 - c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.
- 1.18. Egészségügyi ellátás:** a biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.

<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 egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egészségügyi egyéni vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.</p> <p>1.21. Egészségügyi kockázatelbírálás: a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja.</p> <p>1.22. 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. Az érzéstelenítés jellemzően epidurális, spinális anesztéziában, vagy altatásos, kábítószeres módszerrel történik, nem helyi érzéstelenítéssel. A beavatkozás minimum 6, maximum 36 órás intézeti benttartózkodást igényel.</p> <p>1.23. Ellátásszervező: olyan szervezet, amely egészségügyi szolgáltatások, betegút szervezésére van feljogosítva.</p> <p>1.24. Előzménybetegség: a biztosítás megkötése előtt már fennálló betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, amelyet a kockázatviselés kezdetét megelőzően szakorvos diagnosztizált, vagy amelynek a gyanúja a kockázatviselés kezdetét megelőzően dokumentáltan felmerült és a kivizsgálása megkezdődött és amely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettől összefügg.</p> <p>1.25. Éves szolgáltatási limit: a biztosító jelen szerződés vonatkozásában a Védőháló egyes – a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott – szolgáltatásaira vonatkozóan a teljesítendő szolgáltatási összegekre éves összeghatárt állapít meg, melynek mértékét a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazza.</p> <p>1.26. Kedvezményezett: a szolgáltatások igénybevételeire jogosult személy, aki a Védőháló Különös Biztosítási Feltételek vonatkozásában azonos a biztosítottal.</p> <p>1.27. Kezelőorvos: a biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek</p>	<p>keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.</p> <p>1.28. 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 gondozóintézetek, 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 osztályai.</p> <p>1.29. Költségtérítés: a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott összeghatárig.</p> <p>1.30. Orvosi javaslat: háziorvosi, szakorvosi képesítéssel rendelkező egészségügyi szakember által kiállított egészségügyi dokumentum, amely a beteg panaszaiban háttérben álló betegség feltárása, egészségének megőrzése vagy helyreállítása érdekében elvégzendő vizsgálatok, beavatkozások, feltételezett diagnózis, vizsgálat javaslatának indoklása, 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. Az orvosi javaslat legfeljebb a kiállításának dátumától számított 90. napig érvényes. A kockázatviselés kezdete előtt kiállított orvosi javaslatokat nem fogadja el a biztosító egyetlen szolgáltatás kapcsán sem.</p> <p>1.31. 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.</p> <p>1.32. Szerződő: az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.</p> <p>1.33. Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó (továbbiakban: közeli hozzátartozó): jelen feltételek szempontjából a házastárs, az élettárs, az egyeneságbeli rokon (pl.: szülő, nagyszülő, gyermek, unoka), az örökbefogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és nevelőszülő, valamint a testvér, amennyiben a Pénztártag a személyt az Egészségpénztárba szolgáltatásra jogosultként bejelentette. A szolgáltatásra jogosult az Opt. 1. § (1) bekezdés a) pontja alapján a pénztártag jogán veheti igénybe az Egészségpénztár szolgáltatásait. Az Egészségpénztár nem áll jogviszonyban a szolgáltatásra jogosulttal, a vele kapcsolatos ügyeket az Egészségpénztár a Pénztártag bevonásával intézi.</p>
--	--

<p>1.34. Szűrővizsgálat: olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségekre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése, amely alkalmas a biztosító kockázatvállalási feltételeinek meghatározására is.</p> <p>1.35. Várakozási idő: a kockázatviselés kezdetének szerződéses elhalasztása, vagy a biztosító kockázatvállalásának meghatározott ideig történő korlátozása.</p> <p>1.36. Védőháló Szolidáris Alap (továbbiakban: Alap): az Egészségpénztár közösségi szolgáltatása, amelyhez csatlakozik minden érvényes egészségpénztári tagsággal rendelkező Pénztártag. A Pénztártag Alaphoz való csatlakozása a tagsági viszony megszűnése, megszüntetése, vagy lemondó nyilatkozat megtétele esetén szűnik meg. Az Alaphoz csatlakozott Pénztártag az Alaphoz csatlakoztathatja azon 1. életévet betöltött szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozóját is, aki Pénztártagként vagy szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozóként nem tagja az Alapnak. Pénztártagot közeli hozzátartozóként csatlakoztatni csak akkor lehet, ha a Pénztártag kilépési nyilatkozata alapján nem tagja az Alapnak. A hozzátartozó csatlakozása megszűnik a Pénztártag nyilatkozatával vagy a Pénztártag Egészségpénztári tagsági jogviszonyának megszűnésével.</p>	<p><i>átcsoportosította. Minden személy csak egy jogcímen csatlakozhat az Alaphoz és válhat biztosítottá: Pénztártagként vagy Pénztártag szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozójaként. A csatlakoztatott közeli hozzátartozó ha Pénztártagként is csatlakozik az Alaphoz, mint Pénztártag lesz biztosítottja az Alap szolgáltatásainak.</i></p> <p>2.4. A biztosító szolgáltatására a biztosított jogosult (kedvezményezett).</p>
<p>1.37. 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, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása.</p>	<p>3. A biztosítási szerződés létrejötte</p> <p>3.1. A biztosítási szerződés írásban jött létre a biztosító és a szerződő között.</p> <p>3.2. A szerződéskötés különös szabályai</p> <p>3.2.1. A biztosítónak a szerződő felet kell tájékoztatnia. A szerződő fél a jelen megállapodás biztosítottakat érintő rendelkezéseiről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a biztosítottakat tájékoztatni.</p> <p>3.2.2. <i>Ha a biztosított kiskorú, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.</i></p> <p>3.2.3. <i>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.</i></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 Prémium Önkéntes Egészség- és Önségélyező Pénztár (továbbiakban: Egészségpénztár) Székhelye: 1138 Budapest, Dunavirág u. 2-6. Bírósági bejegyzés száma: Fővárosi Bíróság 11. Pk. 60.820/2002 (2002.október 10.) Adószáma: 18177734-2-41</p> <p>2.3. Biztosított minden, az Egészségpénztárral tagsági jogviszonyban álló, az Alaphoz csatlakozott személy, illetve az általa Alaphoz csatlakoztatott, 1. életévet betöltött közeli hozzátartozó abban a hónapban, amelyet megelőző hónapban az Egészségpénztár az Alap hozzájárulási díját az egyéni számlán belül elkülönített Alap javára</p>	<p>4. A biztosítás tartama</p> <p>4. A szerződés határozott, 1 év tartamra jön létre. Amennyiben a tartam lejártát megelőzően 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja írásban a másik felet arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik.</p> <p>5. A biztosító kockázatviselése</p> <p>5.1. A biztosító kockázatviselésének kezdete a biztosítási szerződésben megjelölt hónap első napjának 0 órája, feltéve, hogy a szerződő a biztosítás első díját a biztosítónak megfizette.</p> <p>5.2. A biztosítási fedezet új biztosítottra való kiterjesztése esetén adott biztosított vonatkozásában a kockázatviselés kezdete azon hónap első napjától számított két hónap elteltével kezdődik, amelyre vonatkozóan az Egészségpénztár az Alap hozzájárulási díját átcsoportosította a Pénztártag egyéni számlájáról az Alap javára. Kritikus betegségek kockázat esetén a kockázatviselés azon hónap első napja, amelyre vonatkozóan az Egészségpénztár az alap hozzájárulási díját átcsoportosította a Pénztártag egyéni számlájáról az Alap javára.</p> <p>5.3. A biztosító egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselése – eltérő megállapodás hiányában – az alábbi esetekben megszűnik:</p> <p>a) a biztosított pénztártagi jogviszonyának vagy Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozói jogosultság megszűnése napján,</p> <p>b) a biztosított halála esetén a halál napjával,</p> <p>c) amennyiben a biztosított hozzájáruló nyilatkozatát visszavonta, a nyilatkozat visszavonása hónapjának utolsó napjával,</p> <p>d) a biztosított szerződővel fennálló jogviszonya,</p>

<p>vagy egyéb kapcsolata megszűnése esetén, a megszűnés hónapjának utolsó napjával,</p> <p>e) amennyiben a biztosítottra vonatkozó biztosítási díj nem került megfizetésre, a díjjal fedezett időszak végével,</p> <p>f) a biztosítási szerződés megszűntekor,</p> <p>g) a Különös Biztosítási Feltételekben szabályozott egyéb esetekben.</p>	<p>9.2. <i>A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 50 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt a díjmódosulásról. Amennyiben a szerződő a módosult díjról az évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a biztosító a módosult díjat tekinti érvényesnek. Amennyiben a szerződő a módosult díjat a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal írásban elutasítja, a biztosítási szerződés a biztosítási évfordulón megszűnik.</i></p>
<p>6. Várakozási idő</p> <p>6.1. <i>A biztosító a szolgáltatás igénybevételére 2 hónap – a terhelességgel, szüléssel kapcsolatos biztosítási eseményekre 6 hónap – várakozási időt köt ki, kivéve a Kritikus betegségek kockázatot, ahol nincs várakozási idő.</i></p> <p>6.2. <i>Amennyiben valaki biztosított Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozójaként Pénztártaggá válik, a várakozási idő rá nem vonatkozik, a kockázatviselés folyamatos.</i></p>	<p>10. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a díjese dékességet követő 30. napig áll fenn.</p> <p>11. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei</p> <p>11.1. A szerződő joga és kötelezettsége</p> <p>11.1.1. Közlési kötelezettség: a szerződő és a biztosított a szerződés létrejöttkor köteles a kockázat elvállalása szempontjából minden lényeges körülményt közölni a biztosítóval, illetve a biztosítás tartama alatt a szerződésben meghatározott lényeges körülmények tekintetében változásbejelentési kötelezettséggel tartozik, melyet nyomtatott vagy elektronikus formában kell megtenni.</p>
<p>7. A csoportos egészségbiztosítási szerződés megszűnésének esetei</p> <p>7.1. A csoportos biztosítási szerződés megszűnik az alábbi esetekben:</p> <p>a) Meghosszabbítás hiányában a határozott tartam utolsó napjának 24. órájával.</p> <p>b) A szerződő jogi személy jogutód nélküli megszűnésével, a megszűnés napjával.</p> <p>c) Díj nemfizetés miatt a 10. pontban foglaltak szerint.</p> <p>d) Amennyiben a biztosítottak száma nullára csökken, az utolsó biztosított kilépése hónapjának utolsó napján.</p> <p>7.2. A szerződő köteles tájékoztatni a biztosítottakat a biztosítási fedezet megszűnéséről.</p>	<p>11.1.2. <i>A szerződő a biztosítottakról adatot szolgáltat a biztosító részére, amennyiben a biztosítottak létszáma tekintetében változás állt be, a biztosító által meghatározott módon és adattartalommal.</i></p> <p>11.1.3. A szerződő havi gyakorisággal javaslatot tehet új biztosított megjelölésére, illetve biztosítási védelem megszüntetésére az általa meghatározott biztosítottak vonatkozásában (be- és kilépő biztosított).</p>
<p>8. A biztosítási díj</p> <p>8.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melynek megfizetésére a szerződő köteles, amennyiben a Pénztártag a Védőháló Szolidáris Alap esedékes hozzájárulását a Pénztárnak megfizette.</p> <p>8.2. A biztosítási díjat a szerződő minden egyes biztosított után – akit díjrendezettként a biztosító számára lejelent – köteles megfizetni.</p> <p>8.3. A biztosítási díjat a biztosító egy biztosítási évre határozza meg. A biztosítási díj havi részletekben fizetendő.</p> <p>8.4. A biztosítás első díja – eltérő megállapodás hiányában – az ajánlat aláírásakor esedékes. Minden folytatódó díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik. A szerződő a biztosítás első díjának megfizetésére az első adatszolgáltatást követően – a biztosító által kiállított számla ellenében, az ott megjelölt fizetési határidőben – köteles.</p>	<p>11.2. <i>A biztosító joga és kötelezettsége</i> <i>A biztosító kockázatbírálási és kárrendezési szerveivel szembeni orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében a biztosítottat külön nyilatkozattételre hívja fel.</i></p> <p>12. Biztosítási esemény Biztosítási esemény a szerződésben meghatározott kockázatokra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben rögzített biztosítási esemény bekövetkezése.</p> <p>13. A biztosító mentesülése</p> <p>13.1. 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>13.2. A biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással:</p> <p>a) a szerződő fél vagy a biztosított;</p> <p>b) a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.</p>
<p>9. A biztosítási díj módosulása</p> <p>9.1. <i>A biztosítás díja módosulhat az alábbi okokból kifolyólag:</i></p> <p>a) <i>A magánegészségügyi szolgáltatói díjak változása miatt.</i></p> <p>b) <i>A kártapasztalat előre nem látható romlása miatt.</i></p>	<p>13.3. 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</p>

<p>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>13.4. Fenti szabályokat a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.</p>	<p>14.8. 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>14. Kizárt kockázatok</p> <p>14.1. 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 feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határ-villongás, 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 feltétel szempontjából állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.</p>	<p>14.9. A biztosító nem viseli a kockázatot az alábbiakra:</p> <p>a) sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából végzett ellátásra,</p> <p>b) az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységre, különösen a sport orvosi alkalmassági engedély, a szárazföldi, vízi-, légi jármű vezetéséhez szükséges jogosítványhoz vagy jogszabály által előírt orvosi alkalmassági engedélyhez szükséges vizsgálatokra, látteletekre,</p> <p>c) katasztrófa miatti ellátásra,</p> <p>d) járványügyi érdekből végzett ellátásokra, ideértve tesztek, diagnosztikai vizsgálatokat, panasz nélküli szűrővizsgálatokat, az illetékes hatóság által járványnak minősített betegségek ellátására,</p> <p>e) tüdőgyógyászati gondozásra,</p> <p>f) addiktológiai gondozásra,</p> <p>g) pszichológiai konzultációra,</p> <p>h) dietetikai konzultációkra,</p> <p>i) foglalkozás-egészségügyi szakellátásra, házi-orvosi, házi gyermekorvosi alapellátásra,</p> <p>j) akupunktúrás kezelésre,</p> <p>k) alternatív gyógyászati eljárásokra, orvosi javaslatra sem, kivéve a Kritikus betegségek kockázat vonatkozásában a Védőháló Szolidáris Alap Különös Biztosítási Feltételek 1.3.2.8. pontjában felsoroltakat.</p>
<p>14.2. 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>l) semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra,</p> <p>m) az alábbi lézeres kezelésekre, beavatkozásokra: körömgomba, látásjavító, intimplézer, visszér-kezelés,</p> <p>n) geriátriai kezelésre, gondozásra,</p> <p>o) szemlencse beültetésre,</p> <p>p) dialízis kezelésre,</p> <p>q) az alsó végtagi visszérbetegség bármilyen – injekciós, lézeres, stb. – kezelésére,</p> <p>r) az alábbi kórokozók által okozott betegség diagnózisának felállítását követően szükségessé váló gondozásra, kezelésre:</p>
<p>14.3. 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>– Treponema pallidum (syphilis)</p> <p>– Neisseria gonorrhoeae</p> <p>– Chlamydia trachomatis</p> <p>– Ureaplasma urealyticum</p> <p>– Mycoplasma hominis/genitalium</p> <p>– HPV vírusok</p>
<p>14.4. 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>– Herpes simplex vírus 1,2</p> <p>– Trichomonas vaginalis</p> <p>– Haemophilus ducreyi (ulcus molle, lágy fekély)</p>
<p>14.5. A biztosító nem téríti az olyan kezeléseket, amelyek egészségügyi ellátás, orvosi beavatkozás miatt, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt válnak szükségessé.</p>	<p>– Calymmatobacterium granulomatis (Granuloma inguinale, donovanosis),</p> <p>s) széklet genomikai tesztre,</p> <p>t) genetikai vizsgálatokra,</p> <p>u) étel-intolerancia vizsgálatokra, (ide értve az</p>
<p>14.6. Nem biztosítási esemény az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény. A biztosító az adott ellátásra először benyújtott orvosi javaslat alapján bírálja el a szolgáltatási igény jogosságát.</p> <p>14.7. Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amelynek az igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül, azaz nem az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően történt, (kivéve: Kritikus betegségek kockázat).</p>	

<p>IgG típusú ételintolerancia tesztek; FOOD tesztet; DAO-tesztet; a cöliákia vizsgálatot; laktóz, fruktóz, szorbit vizsgálatokat) továbbá a laktulóz vizsgálatra,</p> <p>v) intenzív betegellátásra,</p> <p>w) aneszteziológiai ellátásra, kivéve az egynapos sebészeti ellátás vonatkozásában szükségessé váló aneszteziológiai ellátást,</p> <p>x) a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatos ellátásra, ide értve a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket,</p> <p>y) a terhességgel, szüléssel és a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre, a kockázatviselés kezdetét követő 6 hónapban,</p> <p>z) a reprodukciós képesség – termékenység, fogamzóképeség – kapcsán végzett diagnosztikai vizsgálatokra, beavatkozásokra, műtétekre,</p> <p>aa) művi terhesség megszakítással kapcsolatos ellátási igényekre, kivéve, ha a terhesség az anya életét veszélyezteti vagy a magzat egészségi állapota ezt indokoltá teszi,</p> <p>bb) 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>cc) a biztosított HIV-fertőzésével vagy ezzel okozati összefüggésben felmerülő ellátási igényekre,</p> <p>dd) daganatok immunterápiájának megtervezését, végrehajtását célzó ellátási igényekre,</p> <p>ee) a külföldön végzett Diagnosztikai és a Képalkotó vizsgálatokra, Egnapos műtétekre,</p> <p>ff) szépészeti okból végzett műtétekre,</p> <p>gg) orrsövény műtétekre,</p> <p>hh) gyomor-bypass műtétekre,</p> <p>ii) gyomorbypass műtétekre akkor sem, ha egynapos sebészeti ellátás keretében végezték el,</p> <p>jj) ambuláns műtétekre.</p>	<p>15.1.2. Az ellátásszervező a telefonos ellátási igények fogadására munkanapokon 9-16 óra között áll rendelkezésre.</p> <p>15.1.3. A telefonbeszélgetések, online megkeresések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.</p> <p>15.1.4. <i>A biztosított ellátási igényét az ellátásszervező a bejelentést követő 5 munkanapon belül köteles elbírálni és erről a bejelentőt értesíteni, valamint ha az ellátási igényt jogosnak ítéli meg, és a szerződött szolgáltatói körében a szolgáltatás hozzáférhető, köteles az ellátást megszervezni és arra időpontot ajánlani. Az ellátás helyszínéről és időpontjáról telefonon vagy emailben illetve ügyfélportálján tájékoztatja a biztosítottat. Amennyiben az ellátást szerződött szolgáltatói körében megszervezni nem tudja, erről telefonon vagy e-mailben illetve ügyfélportálján értesíti a bejelentőt valamint felajánlja neki az utófinanszírozás lehetőségét.</i></p> <p>15.1.5. Amennyiben a szakorvos a jelen biztosítás Különös Biztosítási Feltételeiben meghatározott további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban és helyszínen veheti igénybe a biztosított, amennyiben az ellátást az ellátásszervező is indokoltan ítéli és a biztosított még nem használta el az adott ellátás típusra vonatkozó éves szolgáltatási limitjét.</p> <p>15.1.6. <i>Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit a rendelkezésre álló éves limit erejéig megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak. A biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, a biztosított ellátására vonatkozó Egészségügyi dokumentáció, melyet a szolgáltató küld meg az ellátásszervező részére.</i></p>
<p>14.10. A biztosító nem nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és / vagy a biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, vagy a következő kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül vonatkoznak a biztosítóra. Az alkalmazandó szankciók a következők: (i.) Európai Unió(EU); (ii.) az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ); (iii.) Egyesült Államok (USA) és / vagy (iv.) a Biztosítóra alkalmazandó egyéb szankciók.</p>	<p>15.1.7. A szolgáltatás díját a biztosító csak a szolgáltatási keretösszegeből rendelkezésre álló összeg mértékéig fizeti meg. Amennyiben a szolgáltatás várható díja meghaladja a rendelkezésre álló keretösszeget, a biztosított a szolgáltatást csak utófinanszírozás (15.1.11.) útján veheti igénybe.</p> <p>15.1.8. A szolgáltatási keretösszeg mértéke adott biztosítási évre vonatkozik.</p> <p>15.1.9. A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani, legkésőbb 2 munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően.</p> <p>15.1.10. Amennyiben a biztosított 2 munkanapon belül mondja le vagy módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban, illetve nem az ellátásszervezőnél mondja le vagy módosítja az időpontot, a biztosító a biztosított rendelkezésére álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitét csökkenti a tervezett ellátás költségével és 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>15. Biztosítási szolgáltatás igénybevétele</p> <p>15.1. Azon biztosítási szolgáltatások vonatkozásában, amelyek az egészségügyi ellátás megszervezését és finanszírozását foglalják magukba, az alábbiak szerint kell eljárni:</p> <p>15.1.1. A biztosított online vagy telefonon bejelenti az ellátásszervezőnek az ellátásra vonatkozó igényét.</p>	<p>15.1.11. 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</p>

<p>nevére szólószámla ellenében téríti meg a szolgáltatás díját a biztosítottnak, feltéve, hogy az ellátásra az ellátás szervezővel 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 ellátásszervező tájékoztatja a biztosítottat.</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 és Különös Feltételekben leírtaknak. Az ellátásszervező köteles a hozzá benyújtott, tartamilag és formailag helyes számlákat 5 munkanapon belül elbírálni és a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően az Egészségpénztár felé azokat kifizetni. Az Egészségpénztár azok tovább utalásáról saját szabályzataiban rendelkezik.</p> <p>15.1.12. A biztosító utólagos, számla ellenében történő teljesítéséhez az alábbi dokumentumok benyújtása szükséges:</p> <p>a) az ellátást végző egészségügyi szolgáltató által a biztosított nevére kiállított eredeti számla, egészségpénztár nevére kiállított számlát nem áll módunkban téríteni,</p> <p>b) az ellátásról szóló dokumentumok másolata, c) minden olyan irat, lelet, orvosi dokumentum, amely a jogosultság megítéléséhez szükséges és amely megfelel a jelen Biztosítási Feltételek 1. pontjában leírtaknak, d) a biztosított bankszámlaszáma, ahova a térítést kéri.</p> <p>15.1.13. A dokumentumokat a biztosító ellátásszervező partnere címére kell megküldeni az ellátást követő legfeljebb két éven belül. Az utólagos térítésre az 15.1.11. pontban leírtakfigyelembe vételével legkésőbb a 15.1.12. pontban meghatározott dokumentumok hiánytalanbeérkezését követő 15 napon belül kerül sor.</p> <p>15.2. Egyéb biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a szolgáltatás igénybevételének folyamatát a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.</p> <p>16. Fedezetfeltöltés Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.</p> <p>17. A Védőháló Szolidáris Alap egészségbiztosítás nem reaktiválható, nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, kölcsönrel nem terhelhető.</p> <p>18. A nem fogyasztói egészségbiztosítási szerződésekre vonatkozó speciális szabályok</p> <p>18.1. A szerződő a biztosítónak nem adja át a biztosított személyes adatait.</p> <p>18.2. A biztosítottak a személyes adataikat és azok biztosító általi kezelésére vonatkozó hozzájárulásukat az ellátásszervezőnél teszik meg, az első ellátás igénylésekor.</p> <p>18.3. A biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges. A biztosítottak nem jogosultak a csoportos biztosítási szerződésbe szerződként belépni.</p>	<p>18.4. A biztosító a kockázatelbírálást csoportszinten is végezheti.</p> <p>19. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól, ill. a Ptk. rendelkezéseitől A Védőháló Szolidáris Alap csoportos egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amennyiben a tartam lejártát megelőző 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja a másik felet írásban arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik. (4. pont) - Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel. (16. pont) - A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított két év elteltével évül el. (2. pont) - amennyiben a biztosított kiskorú, vagy cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott, vagy cselekvőképtelen nagykorú személy a szerződés érvényességéhez a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges (3.2.2. és 3.2.3. pontok) - nem fogyasztói szerződés esetén amennyiben a szerződő és a biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges (18.3. pont), - a biztosító nem nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és / vagy a biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, vagy a kötelező kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül vonatkoznak a Biztosítóra (14.10. pont). <p>20. Adatkezelés, biztosítási titok A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat a jelen feltételekhez csatolt Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a www.union.hu weboldalon is elérhető.</p> <p>21. Jognyilatkozatok</p> <p>21.1. A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a szerződőnek illetve a szolgáltatási igény bejelentése esetén a biztosítottnak az általuk megadott, és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.</p> <p>21.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett.</p> <p>22. Elévülés Szolgáltatási igény a biztosítási esemény bekövetkeztét követő két év elteltével elévül.</p>
---	--

<p>23. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.</p> <p>24. 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.</p> <p>25. Vitás kérdések rendezése</p> <p>25.1. 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.</p> <p>25.2. A biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a biztosító részére kell bejelenteni:</p> <p>a) írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségen: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhely: 1082 Budapest, Baross u. 1., telefonszám: (+36-1) 486-4343), web: www.union.hu, e-mail: ugyfelszolgalat@union.hu, levelezési cím: 1380 Budapest, Pf. 1076.</p> <p>b) személyesen az alábbi címen: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Központi Ügyfélszolgálati Iroda (1134 Budapest, Váci út 33.)</p> <p>A biztosító a szerződéskötést követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közzéteszi.</p> <p>25.3. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a szerződőhöz érkezik be, a szerződő a biztosítottakat a biztosítóhoz irányítja.</p> <p>25.4. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.</p> <p>25.5. A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina körút 55.; központi telefonszáma: (+36-80) 428-2600)</p> <p>25.6. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai 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, akkor: <p>a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi</p>	<p>CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest, Postafiók: 777; telefonszám: (+36-80) 203-776; ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6. fax: (+36-1) 489-9102; web: www.mnb.hu/fogyasztovedelem; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);</p> <p>b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest Pf. 172; telefon: (+36-80) 203-776; ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6. e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu, web: www.mnb.hu/bekeltetes fax: (+36-1) 429-8000),</p> <p>c) a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.</p> <p>25.7. A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában az ügy érdemében:</p> <p>a) kötelezést tartalmazó határozatot hoz, ha a kérelem megalapozott, és a biztosító a Pénzügyi Békéltető Testület döntését magára nézve kötelezőként elismerte, vagy</p> <p>b) 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> <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 az ügyfél érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg az egymillió forintot.</p> <p>25.8. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.</p> <p>26. Egyebek <i>Szolgáltatásfinanszírozó kockázatok esetén a tényleges egészségügyi ellátást az 1.20. 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>
---	---

27. Egyéb rendelkezések
A biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján (www.union.hu) teszi közzé.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

* 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.