

Jelen 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 egészségügyi szolgáltatás ellátására vonatkozó szerződést köt.
- 1.4. **Baleset:** a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső erőbehatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.
- 1.5. **Beavatkozás:** azon orvos által végzett megelőző, vagy diagnosztikus vagy terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- 1.6. **Biztosító:** az a 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 kockázatviselésre rá kiterjedjen.
- 1.10. **Biztosított nyilatkozat:** az a dokumentum, amellyel 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.

- a) Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:
 - a biztosított személyazonosító adatait,
 - cselekvőképes biztosított esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló biztosított esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
 - 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,
 - a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
 - a beteg gyógyszer-tulérzékenységére vonatkozó adatokat,
 - a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
 - a biztosítottnak (betegnek), illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
 - a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
 - minden olyan egyéb adatot és tény, amely a biztosított gyógyulására befolyással lehet.
- b) Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:
 - az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
 - a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
 - az ápolási dokumentációt,
 - a képalkotó diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint
 - a biztosított testéből kivett szövetmintákat, illetve azok szövettani eredményeit.

Több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni, és azt a biztosítottnak át kell adni.

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, 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.

1.19. **Egészségügyi szolgáltató:** 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.

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.

1.21. **Egészségügyi kockázatelbírálás:** a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja.

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, és a beavatkozás legfeljebb 24 órás kórházi tartózkodást igényel.

- 1.23. Ellátásszervező:** olyan szervezet, amely egészségügyi szolgáltatások szervezésére van feljogosítva.
- 1.24. Előzménybetegség:** a biztosítás megkötése előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettel összefügg.
- 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.
- 1.26. Kedvezményezett:** a szolgáltatások igénybevételére jogosult személy, aki a Védőháló Különös Biztosítási Feltételek vonatkozásában azonos a biztosítottal.
- 1.27. 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.
- 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 gondozóintézetei, alkohol- és kábítószer elvonó intézetek, hospice tevékenységet végző intézmények, ápolási intézmények, illetve krónikus fekvőbeteg ellátást nyújtó intézetek, geriatríai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.
- 1.29. Költségtérítés:** a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott összeghatárig.
- 1.30. Orvosi javaslat:** háziorvosi, szakorvosi képesítéssel rendelkező egészségügyi szakember által kiállított, orvosi pecséttel ellátott egészségügyi dokumentum, amely a beteg panaszai háttérében álló betegség feltárása, egészségének 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 eredeti orvosi javaslat alapján szolgáltat, és nem veszi figyelembe ugyanazon eseményre (orvosi vizitre, diagnosztikai vizsgálatra, sebészeti beavatkozásra) vonatkozóan, de későbbi időpontban kiállított, módosított dokumentumokat.
- 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.
- 1.32. Szerződő:** az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- 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 Öpt. 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.
- 1.34. 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, amely alkalmas a biztosító kockázatvállalási feltételeinek meghatározására is.
- 1.35. Várakozási idő:** a kockázatviselés kezdetének szerződéses elhatalasítása, vagy a biztosító kockázatvállalásának meghatározott ideig történő korlátozása.
- 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, megszűntetése, vagy lemondó nyilatkozat megtétele esetén szűnik meg.

Az Alaphoz csatlakozott Pénztártag az Alaphoz csatlakoztatthatja 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.

- 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.

2. A biztosítási szerződés alanyai

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.

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

- 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 átcsoportosította. Minden személy csak egy jogcímen csatlakozhat az Alaphoz és válhat Biztosítottá: Pénztártagként vagy Pénztártag szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozójaként. A csatlakoztatott közeli hozzátartozó Alapban lévő tagsága és így biztosított jogviszonya megszűnik, ha Pénztártagként is csatlakozik az Alaphoz, és mint Pénztártag lesz biztosítottja az Alap szolgáltatásainak.**

- 2.4. A biztosító szolgáltatására a Biztosított jogosult (kedvezményezett).**

3. A biztosítási szerződés létrejötte

- 3.1. A biztosítási szerződés írásban jött létre a biztosító és a szerződő között.**

3.2. A szerződéskötés különös szabályai

- 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.**

- 3.2.2. Ha a biztosított kiskorú, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.**

- 3.2.3. Amennyiben a biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőkép-telen nagykorú személy, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.**

4. A biztosítás tartama

- 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.**

5. A biztosító kockázatviselése

- 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.**

- 5.2. A biztosítási fedezet új biztosítottra való kiterjesztése esetén a várakozási idő elteltét követő azon időpont, amelytől az Egészségpénztár az Alap hozzájárulási díját átcsoportosította a Pénztártag egyéni számlájáról az Alap javára.**

- 5.3. A biztosító egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselése – eltérő megállapodás hiányában – az alábbi esetekben megszűnik:**
- a) a biztosított halála esetén a halál napjával,**
 - b) amennyiben a biztosított hozzájárulási nyilatkozatát visszavonta, a nyilatkozat visszavonása hónapjának utolsó napjával,**
 - c) a biztosított szerződővel fennálló jogviszonya, vagy egyéb kapcsolata megszűnése esetén, a megszűnés hónapjának utolsó napjával,**

<p>d) amennyiben a biztosítottra vonatkozó biztosítási díj nem került megfizetésre, a díjjal fedezett időszak végével,</p> <p>e) a biztosítási szerződés megszűntekor,</p> <p>f) a Különös Biztosítási Feltételekben szabályozott egyéb esetekben.</p> <p>6. Várakozási idő A biztosító a szolgáltatás igénybevételére 2 hónap várakozási időt köt ki, kivéve a Kritikus betegségek kockázatot, ahol nincs várakozási idő.</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) Díjnemfizetés miatt a 10.1. 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>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 díjrendeztekként 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 folytatólagos díj annak az időszakkal 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>9. A biztosítási díj módosulása</p> <p>9.1. 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>9.2. A biztosítási díj változása a magánegészségügyi szolgáltatói díjak változása miatt.</p> <p>9.2.1. A biztosító által meghatározott árinдекс a magyar magánegészségügyi szolgáltatói árak éves átlagos növekedését hivatott tükrözni.</p> <p>9.2.2. A szolgáltatói árinдекс számításánál a biztosító előre meghatározott magánegészségügyi szolgáltatók adott naptári évre vonatkozó átlagárait veszi figyelembe.</p> <p>9.2.3. A szolgáltatói árinдекс számításánál a biztosító előre meghatározott egészségügyi szolgáltatás típusok díjait előre meghatározott arányban veszi figyelembe.</p> <p>9.2.4. A biztosító minden év február 1. napján határozza meg a szolgáltatói árinдексet az előző naptári évre vonatkozóan és teszi közzé honlapján, először 2020. február 1-jén.</p> <p>9.2.5. Amennyiben a magánegészségügyi szolgáltatói árak átlagos növekedése meghaladja a 10%-ot, azaz a szolgáltatói árinдекс eléri a 110-et, a biztosító az átlagos növekedés mértékével növeli a biztosítási díjat.</p> <p>9.2.6. Amennyiben egy adott biztosítási évben a szolgáltatói árinдекс nem éri el a 110-et, és emiatt a biztosító a 9.1. a) pontban meghatározott okból díjat nem emel, akkor a következő biztosítási évben két naptári év szolgáltatói áremelkedését veszi figyelembe és az így számított szolgáltatói árinдекс mértékének megfelelő mértékű díjemelést érvényesít.</p> <p>9.2.7. Amennyiben a biztosító a 9.2.5. pontban leírtak szerint megemeli a biztosítási díjat, ezzel egyidejűleg értékkövetés céljából megemeli a limittel rendelkező alapszolgáltatási csomagok Szolgáltatási limitek című dokumentumban meghatározott szolgáltatási limitek értékeit is.</p> <p>9.2.8. A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 50 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt a díjmódosulásról, és az esetleges szolgáltatási limit emelkedéséről. Amennyiben a szerződő a módosult díjról és limitről az évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a biztosító a módosult díjat és limitet tekinti érvényesnek. Amennyiben a szerződő a módosult díjat és limitet a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal írásban elutasítja, a szolgáltatási limitek biztosítási szerződés a biztosítási évfordulón megszűnik.</p>	<p>9.2.9. A biztosító jogosult az általa meghatározott, a díjemelés alapjául szolgáló szolgáltatói árinдекс helyett valamely hatóság, szakmai fórum vagy testület által hivatalosan publikált szolgáltatói árinдексet alkalmazni.</p> <p>9.3. A biztosítási díj változása a kártapasztalat előre nem látható romlása miatt.</p> <p>9.3.1. A biztosító a biztosítási évfordulón módosíthatja a biztosítási díjat, amennyiben a kockázatközösség védelme érdekében ez szükséges, és a kártapasztalat előre nem látható romlása, azaz a vártnál 10%-kal magasabb kárgyakorítás ezt indokolja.</p> <p>9.3.3. A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 50 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt az évfordulóról. 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.</p> <p>10. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a díjesedékességet 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 változás-bejelentési kötelezettséggel tartozik, melyet nyomtatott vagy elektronikus formában kell megtenni.</p> <p>11.1.2. A szerződő a biztosítottakról adatot szolgáltat a biztosító részére, amennyiben a biztosítottak személye tekintetében változás állt be, a biztosító által meghatározott módon és adattartalommal.</p> <p>11.1.3. A szerződő biztosítási évfordulón jogosult módosítani az általa egy adott biztosítottnak vagy biztosított csoportnak választott alap szolgáltatási csomagokon oly módon, hogy a biztosító által meghatározott alap szolgáltatási csomagok közül egy másik szolgáltatási csomagot választ. A módosítási igényt biztosítási évforduló előtt 30 nappal írásban kell jeleznie a biztosító felé a biztosító által erre rendszeresített űrlapon.</p> <p>11.1.4. A szerződő havi gyakorisággal javaslatot tehet új biztosított megjelölésére, illetve biztosítási védelem megszüntetésére az általa meghatározott biztosítottak vonatkozásában (be- és kilépő biztosított).</p> <p>11.2. A biztosító joga és kötelezettsége</p> <p>11.2.1. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végezhet, melyhez kérheti a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni és további kérdéseket feltenni a kockázatvállaláshoz.</p> <p>11.2.2. Amennyiben a biztosítottnak abiztosított jogviszony létrejöttkor fennálló tényleges egészségi állapota, életviteli szokásai nem felelnek meg a kockázatbírálás során tett egészségi nyilatkozatában foglaltaknak, úgy a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.</p> <p>11.2.3. Ha a biztosító a biztosított nyilatkozat befogadását követően szerez tudomást a biztosított nyilatkozat megtételekor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a biztosított jogviszony fennállásának az első 5 évében gyakorolhatja.</p> <p>11.2.4. A közlési kötelezettség megsértése ellenére is beáll a biztosító kötelezettsége, ha a biztosított jogviszony létrejöttétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig már 5 év eltelt.</p> <p>11.2.5. A 11.2.3. és 11.2.4. pontok rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló 5 éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.</p> <p>11.2.6. A közlési kötelezettség vagy a változás bejelentési kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a biztosított jogviszony létrejöttkor vagy a biztosított nyilatkozat befogadásakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a biztosított jogviszony létrejöttétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig, illetve a változás bejelentési határidő leteltét követő naptól 5 év eltelt.</p> <p>11.2.7. A biztosító kockázatbírálási és kárrendezési szerveivel szembeni orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében a biztosított külön nyilatkozattételre hívja fel.</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 közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a biztosított jogviszony létrejöttékor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.</p> <p>13.2. 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>13.3. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól abban az esetben, ha a biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét megszegi.</p> <p>13.4. A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól abban az esetben, ha a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékosan jogellenesen, vagy a szerződő, illetve biztosított jogellenesen súlyosan gondatlanul okozta. A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha:</p> <p>a) 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 hatóanyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták.</p> <p>13.5. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a biztosított öngyilkossági kísérletével, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be.</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 határviellongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, 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>14.2. 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>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>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>14.5. A biztosító nem téríti az olyan kezeléseket, amelyek egészségügyi ellátás, orvosi beavatkozás miatt, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt válnak szükségessé.</p> <p>14.6. Nem biztosítási esemény az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény, kivéve a Járóbeteg-szakellátást.</p> <p>14.7. Nem biztosítási esemény az ellátás iránti igény akkor sem, ha az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét.</p> <p>14.8. Nem biztosítási esemény az olyan ellátást, amelynek az igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül, azaz nem az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően történt, (kivéve: Kritikus betegségek kockázat).</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,</p> <p>c) katasztrófa miatti ellátásra,</p> <p>d) járványügyi érdekből végzett ellátásokra,</p> <p>e) tüdőgyógyászati gondozásra,</p> <p>f) addiktológiai gondozásra,</p>	<p>g) alkoholológiai gondozásra,</p> <p>h) drogbeteg-ellátásra, gondozásra,</p> <p>i) foglalkozás-egészségügyi szakellátásra,</p> <p>j) akupunktúrás kezelésre,</p> <p>k) alternatív gyógyászati eljárásokra,</p> <p>l) semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra,</p> <p>m) lézeres kezelésekre, beavatkozásokra (körömgomba, látásjavító, intimplézer, visszer stb.),</p> <p>n) geriátriai kezelésre, gondozásra,</p> <p>o) szemlencse beültetésre,</p> <p>p) dialízis kezelésre,</p> <p>q) visszer betegség injekciós kezelésére (scleroterápia),</p> <p>r) szexuális úton terjedő betegség diagnosizálásának felállítását követően szükségessé váló gondozásra, kezelésre,</p> <p>s) a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatokra,</p> <p>t) genetikai vizsgálatokra,</p> <p>u) étel-intolerancia vizsgálatokra,</p> <p>v) pszichiátriai kezelésre, kivéve az első konzultációt,</p> <p>w) gyógypedagógiai kezelésre,</p> <p>x) fizio- és mozgásterápiás kezelésre (kivéve, ha a biztosított rendelkezik mozgásszervi kiegészítő biztosítási csomaggal),</p> <p>y) injekció-terápiás sorozatra (az első, fájdalom csillapítás céljából beadott injekciót fedezi a biztosítás, a továbbiakat nem)</p> <p>z) intenzív betegellátásra,</p> <p>aa) klinikai onkológiai gondozásra,</p> <p>bb) állapotfenntartó infúziós és kúraszerű kezelésekre,</p> <p>cc) Hepatitis C betegek gondozására,</p> <p>dd) aneszteziológiai ellátásra, kivéve az ambuláns vagy egynapos sebészeti ellátás vonatkozásában szükségessé váló aneszteziológiai ellátást,</p> <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, amennyiben a szülés a kockázatviselés kezdetét követő 270. nappal korábban következett be,</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 veszélyezteteti vagy a magát egészségi állapota ezt indokolta 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 HIV-fertőzésével vagy ezzel okozati összefüggésben felmerülő ellátási igényekre,</p> <p>kk) Az alkohol- illetve a drogfüggőség megszüntetésével kapcsolatos ellátási igényekre.</p> <p>14.10. A biztosító nem köteles fedezetet nyújtani és nem köteles semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt teljesíteni, amennyiben a fedezet nyújtása, a kárigény vagy szolgáltatási igény teljesítése az Európai Unió vagy az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések, vagy az Amerikai Egyesült Államok által meghatározott kereskedelmi, gazdasági szankciók, tilalmak vagy korlátozások megszegését jelentené.</p> <p>15. Biztosítási szolgáltatás igénybevétele</p> <p>15.1. Azon biztosítási szolgáltatások vonatkozásában, amelyek az egészségügyi ellátás megszerzését 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>15.1.2. Az ellátásszervező a telefonos ellátási igények fogadására munkanapon 8-20 óra között áll rendelkezésre.</p> <p>15.1.3. A telefonbeszélgetések, online megkeresések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.</p> <p>15.1.4. Amennyiben az ellátásszervező jogosnak ítéli a biztosított ellátási igényét, a bejelentést követő 5 munkanapon belül megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és a szakorvos között. Az ellátás helyszínéről és időpontjáról telefonon vagy emailben tájékoztatja a biztosítottat.</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. 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.</p> <p>15.1.7. A szolgáltatás díját a biztosító csak a szolgáltatási keretösszegeből rendelkezésre álló összeg mértékéig vállalja át. Amennyiben a biztosított igénybe kívánja venni a szolgáltatást, annak ára (amelyről az ellátásszervező a kárigény elbírálásakor ad tájékoztatást) és a szolgáltatási keretösszegeből rendelkezésre álló összeg különbözetének megfizetése a biztosítottat terheli. A különbözetet a biztosított köteles az egészségügyi szolgáltató részére megfizetni a vizsgálat igénybevételét követően. A különbözet mértékéről, és a megfizetésének módjáról ellátásszervező ad tájékoztatást.</p> <p>15.1.8. A szolgáltatási keretösszeg mértéke adott biztosítási évre vonatkozik.</p> <p>15.1.9. <i>A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani, legkésőbb 2 munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően.</i></p> <p>15.1.10. <i>Amennyiben a biztosított 2 munkanapon belül mondja le vagy módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban, a biztosító a biztosított rendelkezésére álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitét csökkenti a tervezett ellátás költségének 50%-ával, 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.</i></p> <p>15.2. <i>Egyéb biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a szolgáltatás igénybevételének folyamatát a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.</i></p> <p>16. Fedezetfeltöltés <i>Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.</i></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. <i>A jelen feltételek 3.8. pontjában foglaltaktól eltérően a biztosítási fedezet az egyes biztosítottakra való kiterjesztéséhez - amennyiben a felek ettől eltérően nem állapodnak meg - a biztosított írásbeli hozzájárulása (biztosított csatlakozási nyilatkozat) szükséges. A biztosított csatlakozási nyilatkozat a szerződés részét képezi. A biztosított csatlakozási nyilatkozatot a szerződő köteles megőrizni, s a biztosító kérésére azt a biztosító rendelkezésére bocsátani. A biztosítottnak a nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A biztosított a biztosított jogviszonya létesítéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja.</i></p> <p>18.2. <i>Biztosított nyilatkozat hiányában a szerződő köteles - helyben szokásos módon - a biztosítottak személyes adatainak a biztosító általi kezelésére vonatkozóan írásbeli hozzájárulását beszerezni.</i></p> <p>18.3. <i>A biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges. A biztosítottak nem jogosultak a csoportos biztosítási szerződésbe szerződként belépni.</i></p> <p>18.4. <i>A biztosító a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díját biztosított csoportonként határozza meg. Egy biztosított csoporton belül a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díja azonos. Az egyes biztosított csoportok díjának megállapításánál a biztosító figyelembe veszi az adott biztosított csoport létszámát, átlagéletkorát, foglalkozását/tevékenységét és a választott biztosítási fedezeteket.</i></p> <p>18.5. <i>A biztosító a kockázatbírálást csoportszinten is végezheti.</i></p> <p>19. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól, ill. a Ptk. rendelkezéseitől <i>A Védőháló Szolidáris Alap csoportos egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>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)</i> - <i>Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel. (16. pont)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított egy év elteltével évül el. (24. pont)</i> - <i>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)</i> - <i>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)</i> <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 <i>Szolgáltatási igény a biztosítási esemény bekövetkeztét követő egy év elteltével elévül.</i></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. Viták kérdések rendezése</p> <p>25.1. A szerződőnek és a biztosítóknak 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> <ul style="list-style-type: none"> a) írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségeken: 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. b) személyesen az alábbi címen: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Központi Ügyfélszolgálati Iroda (1134 Budapest, Váci út 33.) <p>A biztosító a szerződéskötést követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közlésezi.</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 (1054 Budapest, Szabadság tér 9.; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)</p> <p>25.6. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai Amennyiben a fogyasztó biztosítóhoz benyújtott panaszra</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:

- a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi 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; fax: (+36-1) 489-9102; web: www.mnb.hu/fogyasztovedelem; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
- 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; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu, web: www.mnb.hu/bekeltetes fax: (+36-1) 429-8000), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

25.7. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.

26. Egyebek

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. 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. 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.