

Jelen Különös Biztosítási Feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és a PRÉMIUM Önkéntes Egészség- és Önszegélyező Pénztár (továbbiakban: Egészségpénztár) között létrejött Védőháló Szolidáris Alap csoportos egészségbiztosítási szerződéseire hatályosak, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító Védőháló Szolidáris Alap csoportos egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az irányadók (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltételek).

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

1. **A biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása**
- 1.1. **Képzővizsgálatok (CT, MRI, PET-CT, endoszkópos vizsgálatok)**
- 1.1.1. *A biztosító a működési engedéllyel rendelkező szakorvos javaslata alapján a diagnosztikai vizsgálatot megszervezi és a vizsgálat költségeit teljes mértékben átvállalja, amennyiben a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél jelenti be és a diagnosztikai vizsgálatot az ellátásszervező által kijelölt egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe.*
- 1.1.2. **A biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és a vizsgálat költségeinek megtérítésén kívül egyéb költségek megtérítésére nem terjed ki.**
- 1.1.3. Az ellátásszervező a biztosítási esemény 5. fejezet szerinti bejelentését követően az 5. fejezetben megjelölt dokumentumok beérkezését követő 10 munkanapon belül biztosít időpontot a biztosított diagnosztikai vizsgálatához.
- 1.1.4. **A diagnosztikai vizsgálat helyszíne az egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitások alapján kerül kiválasztásra az ügyfél lakóhelyének figyelembevételével.**
- 1.1.5. A diagnosztikai vizsgálat eredményéről szóló vizsgálati leletet az egészségügyi szolgáltató adja át a biztosítottnak a biztosított által választott formában.
- 1.1.6. **Az aktuálisan elérhető szolgáltatási keretösszeg egyenlegét az ellátásszervező tartja nyilván, és a biztosított kérésére erről tájékoztatást nyújt.**
- 1.1.7. *A diagnosztikai vizsgálat díját a biztosító csak a szolgáltatási keretösszegekből rendelkezésre álló összeg mértékéig vállalja át. Amennyiben a biztosított igénybe kívánja venni a diagnosztikai vizsgálatot, annak ára (amelyről a ellátásszervező a kárigény elbírálásakor ad tájékoztatást) és a szolgáltatási keretösszegekből rendelkezésre álló összeg különbözetének megfizetése a biztosítottat terheli. A különbözetet a biztosított köteles az egészségügyi szolgáltató részére megfizetni a vizsgálat igénybevétele után. A különbözet mértékéről, és a megfizetésének módjáról az ellátásszervező ad tájékoztatást.*
- 1.1.8. A szolgáltatási keretösszeg értéke adott biztosítási évre vonatkozik.
Az adott biztosítási évben fel nem használt szolgáltatási keretösszeg egyenlege nem vihető át a következő biztosítási évre.
- 1.1.9. *A biztosított a számára felajánlott vizsgálati időpontot a vizsgálatot megelőzően legalább 2 munkanappal az ellátásszervezőnél telefonon keresztül lemondhatja. Ebben az esetben az ellátásszervező újabb időpontot ajánl fel a biztosítottnak a lemondás időpontjától számított 10 munkanapon belül. Amennyiben a biztosított nem él a fentiek szerinti lemondás lehetőségével és a vizsgálaton nem jelenik meg, a biztosító mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól és a szolgáltatási keretösszegekből levonásra kerül az ellátás költségének 50%-a.*
- 1.1.10. *Egy adott vizsgálat második lemondása esetén a biztosított nem köteles a biztosított részére újabb vizsgálati időpontot biztosítani és mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.*
- 1.1.11. **Több diagnosztikai vizsgálat egyidejű bejelentése esetén az ellátásszervező az orvosi beutalón meghatározott sorrendben szervezi meg a vizsgálatok időpontját.**
- 1.1.12. A biztosított által egyszerre bejelentett vizsgálatok időpontja és helyszíne az elérhető kapacitások függvényében eltérhet egymástól.
- 1.1.13. **Egy bizonyos diagnosztikai vizsgálat díját a biztosító egy biztosítási évben belül csak egyszer vállalja át, kivéve, ha az ismételt**

vizsgálatra a biztosított egészségi állapotának orvosi indokolt romlása vagy utánkövetése miatt van szükség. Ezen okok fennállását a biztosító jogosult mérlegelni.

- 1.1.14. Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.
- 1.1.15. *Amennyiben az ellátásszervező nem tudja biztosítani a diagnosztikai vizsgálat elvégzését 10 munkanapon belül, a diagnosztikai vizsgálatot a lehető legközelebbi időpontra szervezi meg és annak költsége nem kerül levonásra a biztosított számára elérhető szolgáltatási keretösszegekből.*
- 1.2. **Egynapos sebészet**
- 1.2.1. **Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező és a várakozási idő letelét követően szükségessé váló, indokolt egynapos sebészeti ellátása, amennyiben azt az ellátásszervezőnél előzetesen bejelenti. Az ellátás indokoltságát a biztosító orvos-szakértője jogosult felülbírálni.**
- 1.2.1.1. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az egynapos sebészeti ellátásra vonatkozó szakorvosi javaslat kiállításának dátuma.
- 1.2.2. **A biztosító szolgáltatása**
- 1.2.2.1. *A biztosító a működési engedéllyel rendelkező szakorvos javaslata alapján megszervezi az egynapos sebészeti műtétet és annak alábbiakban részletezett költségeit a szolgáltatási keretösszeg erejéig átvállalja, amennyiben a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél bejelenti és az egynapos sebészeti ellátást az ellátásszervező által kijelölt egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe. A költségek között elszámolható:*
 - *preoperatív vizsgálatok (járóbeteg szakellátás) költsége:*
 - I) *labor illetve képzővizsgálatok diagnosztikai vizsgálatok*
 - II) *sebészeti és anesztéziológiai vizsgálatok*
 - III) *a műtéti terv és az eset-manager/műtéti koordinátor költsége*
 - *egynapos sebészeti beavatkozás költsége (műtéti költség)*
 - *a poszoperatív szak (megfigyelés, utógondozás) költségei:*
 - I) *hotelszolgáltatás.*
- 1.2.2.2. A biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és a vizsgálat költségeinek megtérítésén kívül egyéb költségek megtérítésére (pl. útiköltség) nem terjed ki.
- 1.2.2.3. *Az egynapos sebészeti ellátás költségét a biztosító csak a szolgáltatási keretösszegekből rendelkezésre álló összeg mértékéig vállalja át. Amennyiben a biztosított igénybe kívánja venni az egynapos sebészeti ellátást, annak ára (amelyről az ellátásszervező ad tájékoztatást) és a szolgáltatási keretösszegekből rendelkezésre álló összeg különbözetének megfizetése a biztosítottat terheli. A különbözetet a biztosított köteles az egészségügyi szolgáltató részére megfizetni az ellátás igénybevétele után. A különbözet mértékéről, és a megfizetésének módjáról az ellátásszervező ad tájékoztatást.*
- 1.2.2.4. A szolgáltatási keretösszeg értéke adott biztosítási évre vonatkozik.
Az adott biztosítási évben fel nem használt szolgáltatási keretösszeg egyenlege nem vihető át a következő biztosítási évre.
- 1.2.2.5. *A biztosított az ellátásszervező által meghatározott egészségügyi szolgáltatótól eltérő szolgáltatónál is igénybe veheti az egynapos sebészeti ellátást, azonban a biztosító csak az ellátásszervező által felajánlott egészségügyi szolgáltatóknál meghatározott műtéti költségeket, vagy az általa meghatározott egészségügyi szolgáltatók által az adott egynapos sebészeti ellátásra meghatározott összköltség átlagát téríti meg a biztosított részére.*
- 1.2.2.6. Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.
- 1.3. **Kritikus betegségek**
- 1.3.1. **A biztosítási esemény**
- A jelen biztosítás különös feltételei szerint biztosítási esemény, ha a biztosított a kockázatviselési tartamon belül az alábbiakban felsorolt kritikus betegség típusok bármelyikét elszenvedti:
 1. Rosszindulatú daganatban való megbetegedés (rák)
 2. Szívinfarktus
 3. Egyéb súlyos szívkoszorúér betegség

<p>4. Agyi érkatasztrófa</p> <p>5. Vakság</p> <p>6. Süketség</p> <p>7. Beszédképesség elvesztése</p> <p>8. Előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva)</p> <p>9. Szisztémás lupus erythematosus (SLE)</p> <p>10. Csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anémia)</p> <p>11. Végállapotú tüdőbetegség</p> <p>12. Krónikus veseelégtelenség</p> <p>13. Kóma</p> <p>14. Szklerózis multiplex</p> <p>15. Parkinson kór</p> <p>16. Alzheimer kór</p> <p>17. Agyvelőgyulladás</p> <p>18. Bakteriális agyhártyagyulladás</p> <p>19. Aortaműtét</p> <p>20. Szívbillentyűműtét</p> <p>21. Koponya megnyitásával járó műtét</p> <p>22. Szervátültetés</p> <p>23. Nagyfokú égés</p> <p>1.3.2. A biztosító szolgáltatása A biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:</p> <p>1.3.2.1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2. pontban meghatározott <i>szolgáltatási keretösszeg mértékéig megtéríti a kedvezményezett által a biztosítási esemény bekövetkezését követő 3. naptári évig bezárólag igénybe vett egészségügyi szolgáltatás(ok) számlával igazolt költségét.</i></p> <p>1.3.2.2. A biztosító a szolgáltatást kétféle módon nyújthatja:</p> <p>a) a kedvezményezett a saját szervezésében igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokról kiállított számlát benyújtja a biztosítóhoz. A biztosító az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások számlával igazolt költségét – amennyiben az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás megfelel a jelen feltételek 1.3.2.10. és 5. pontjában foglaltaknak – az Egészségpénztárnak fizeti meg és ezt az összeget az Egészségpénztár utalja tovább az arra jogosult egészségügyi szolgáltatóknak, vagy amennyiben az igénybevett egészségügyi szolgáltatást a kedvezményezett fizette meg, akkor közvetlenül a kedvezményezettnek.</p> <p>b) A kedvezményezett az egészségügyi szolgáltatás iránti igényét az ellátásszervezőnél jelezi. Az igény elbírálását követően az ellátásszervező az egészségügyi szolgáltatást megszervezi és annak számlával igazolt költségét az Egészségpénztáron keresztül az egészségügyi szolgáltató számára megtéríti.</p> <p>1.3.2.3. Több különböző típusú kritikus betegség egyidejű bekövetkezése esetén a szolgáltatási keretösszeg nem többszöröződik.</p> <p>1.3.2.4. Különböző típusú kritikus betegségek időben elkülönült bekövetkezése esetén a biztosított kritikus betegségtípusonként jogosult a 1.3.2.1. pont szerinti biztosítási szolgáltatásra, amennyiben megfelel a jelen feltételekben foglalt rendelkezéseknek, feltéve hogy a különböző típusú kritikus betegségek bekövetkezésének okai jól elkülöníthetőek, egymástól függetlenek, és nem áll fenn közöttük ok-okozati kapcsolat.</p> <p>1.3.2.5. <i>Adott kritikus betegség típusra és adott biztosítottra vonatkozóan csak egyszer szolgált a biztosító, így az adott kritikus betegség típus ismételt bekövetkezése esetén a kedvezményezett nem jogosult a biztosító újbóli szolgáltatására, akkor sem, ha a biztosított Alapban lévő tagsága nem volt folyamatos.</i></p> <p>1.3.2.6. Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást.</p> <p>1.3.2.7. <i>A kedvezményezett az alább felsorolt kategóriákba tartozó egészségügyi szolgáltatások költségeinek megtérítését kérheti a szolgáltatási keretösszeg terhére:</i></p> <p>a) <i>A biztosítási esemény következményeként fellépő egészségkárosodás rehabilitációja, gyógykezelése, illetve a biztosított állapotának utánkövetése érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások.</i></p> <p>b) <i>A biztosított egészségi állapotának, életminőségének javítása, a fájdalom és a szenvedés csökkentése érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások.</i></p> <p>c) <i>A biztosított további megbetegedéseinek megelőzése, korai felismerése, megállapítása, valamint a megbetegedése következtében kialakult állapot javítása érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások.</i></p> <p>d) <i>A biztosított egészségi állapotának javítását célzó egészségügyi szolgáltatások.</i></p> <p>1.3.2.8. Az egészségügyi szolgáltatás kiterjed az alábbi főbb ellátási területekre:</p>	<p>a) orvosi ellátás (fekvő- és járóbeteg)</p> <p>b) fogászati ellátás</p> <p>c) fizioterápia</p> <p>d) szövet- és sejtbanki tevékenység</p> <p>e) szakpszichológiai ellátás</p> <p>f) diétetika</p> <p>g) egészségügyi szolgáltatáshoz szükséges fekvőbeteg intézményben vagy speciális rehabilitációs intézményben való elhelyezés</p> <p>h) mozgáskorlátozottság esetén a lakókörnyezet átalakítása</p> <p>i) tartós ápolás</p> <p>j) gyógyászati segédeszközök kölcsönzése</p> <p>k) kiegészítő gyógyászati tevékenységek, nem konvencionális gyógyászati módok:</p> <p>I. Orvos által végezhető gyógyászati módok:</p> <ul style="list-style-type: none"> – homeopátia, – hagyományos kínai orvoslás (ezen alapuló egyéb technikák), – manuálterápia (gyógytornász/gyógytornász-fizioterapeuta által is végezhető), – indiai (ájurvédikus gyógyászati eljárások), – méregtelenítő módok, – tibeti gyógyító eljárások, – pszichológiai eljárások, – neurálterápia. <p>II. Szakképesítéssel végezhető tevékenységek:</p> <ul style="list-style-type: none"> – akupresszúra, – keleti mozgás- és masszázsterápia, – életmód oktatás és tanácsadás, – reflexzóna terápia. <p>III. Vizsgával záruló képzésben szerzett képesítéssel végezhető tevékenységek, kiegészítő fizioterápiás módszerek:</p> <ul style="list-style-type: none"> – fitoterápia, – fülakupunktúrás addiktológia eljárások, – kineziológiai módszerek, – szemtréning eljárások. <p>1.3.2.9. Gyógyszer és gyógyászati segédeszköz költsége nem téríthető meg a szolgáltatási keretösszeg terhére.</p> <p>1.3.3. Kritikus betegség típusok definíciói</p> <p>1.3.3.1. Rosszindulatú daganat (rák) Rosszindulatú daganat a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan osztódása és az egészséges szövetek közé terjedése, azok elpusztítása. A rák meghatározása magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin és Non-Hodgkin lymphoma), a myeloma multiplexet, a leukémiát.</p> <p>A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:</p> <ul style="list-style-type: none"> – körülírt, a környezetét nem elárasztó un. lokális daganatok (carcinoma in situ), – a szövettanilag premalignus, korai stádiumú, non-invazív daganatok (ide számítva az in situ mellldaganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 méhnyaki dyspláziákat), – korai stádiumú prosztatarák (T1a, 1b, 1c), – bazásejtes rák (basalioma), pikkelyes bőrrák (epithelioma), áttét nélküli melanoma, ha a tumor vastagsága 1,5 mm alatt van vagy a Clark osztályozás szerint a 3-as szint alatti – HIV vírus jelenléte mellett kialakult malignus tumorok, – pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű TINOMO besorolású papilláris mikrocarcinómája, – húgyhólyag papilláris mikrocarcinómája, – RAI III stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus lymphoid leukémia. <p>A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja. Benyújtandó iratok: onkológiai szakorvosi vélemény, zárójelentés, a daganatot bizonyító szövettani vizsgálat lelete.</p> <p>1.3.3.2. Szívinfarktus A szívizom egy részének elhalása az érintett terület elégtelen vérellátása következtében. A diagnózis az alábbi kritériumokon alapszik:</p> <ul style="list-style-type: none"> – típusos mellkasi fájdalom – friss és szívinfarktust bizonyító EKG eltérés, ST-szakasz elevációval járó szívinfarktus (STEMI) kialakulása, – szívizom elhalást jelző specifikus enzimek szintjének típusos emelkedése a vérben (CK-MB, Troponin T vagy I, egyéb biokémiai markerek). <p>A biztosítás nem terjed ki a nem ST-szakasz elevációval járó, emelkedett Troponin I vagy T-vel kísért szívinfarktusra (NSTEMI). A diagnózist kardiológus szakorvos állítja fel. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.</p>
---	---

Benyújtandó iratok: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés (a típusos mellkasi fájdalom leírása, az akut ST-szakasz elevációval járó, jellemző EKG-elváltozások igazolása, a szívizom elhalást jelző specifikus enzimek szintjének emelkedésének dokumentálása).

1.3.3.3. Egyéb súlyos szívkoszorúér betegség

A szívkoszorúér átmérőjének, koszorúér-festéssel igazolt, legalább 75%-os beszűkülése, vagy másik két artéria 60%-os átmérő csökkenése, függetlenül attól, hogy műtéti beavatkozás történt-e. A jelen definíció szempontjából a szív koszorúér-rendszer részei a következők: bal főtrzs, bal elülső leszálló ág (LAD, RDA), a körbefutó ág (RCX) és a jobb koszorúér (RCA, ACD).

A diagnózist kardiológus szakorvos állítja fel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

Benyújtandó iratok: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés, a koszorúér-festés (coronagraphia) lelete.

1.3.3.4. Agyi érkatasztrófa

Az agyi érkatasztrófa olyan idegrendszeri történés – agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embóliaforrásból eredő agyi embólia – melynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak és a következményeként maradandó idegrendszeri károsodás keletkezik.

A neurológiai szakorvos diagnózist meg kell erősítenie az agy CT vagy MRI vizsgálatának, amely friss agyi elváltozást mutat.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- átmeneti agyi vérkeringési zavarok (TIA),
- balesetből eredő koponyaüri vérzés,
- migrén okozta idegrendszeri tünetek,
- lacunaris stroke idegrendszeri jelek nélkül.

A biztosítási esemény időpontja megegyezik az akut esemény napjával, feltéve, hogy az ettől számított 90 nap elteltével a maradandó idegrendszeri károsodást neurológiai szakvélemény igazolja.

Benyújtandó iratok: ideggyógyászati szakvélemény, zárójelentés, CT vagy MRI vizsgálat lelete az akut eseményről, valamint ideggyógyászati szakvélemény a 90 napon túl fennálló, maradandó idegrendszeri károsodásról.

1.3.3.5. Vakság

Mindkét szem látóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.

Nem képez biztosítási eseményt a súlyos látásgyengülés, részleges vakság, látótér-csökkenés.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a látóképesség teljes és végleges elvesztésének szemész szakorvos általi megállapítása.

Benyújtandó iratok: a látóképesség teljes elvesztését igazoló vizsgálatok leletei, szemészeti szakvélemény.

1.3.3.6. Süketség

Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.

A biztosítási esemény bekövetkezését (a hallás minden frekvencia tartományában legalább 80 decibeles hallás csökkenését jelenti) és annak időpontját audiometriás és hallásküszöb-vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvos állapítja meg.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a hallásvesztés diagnosztizálásának időpontja.

Benyújtandó iratok: a teljes hallásvesztést igazoló vizsgálatok leletei, fül-orr-gégészeti, audiológiai szakvélemény.

1.3.3.7. Beszédképesség elvesztése

A beszédképesség teljes és visszafordíthatatlan elvesztése a hangszálak betegsége vagy sérülése következtében.

A biztosítási esemény időpontja megegyezik a beszédképesség elvesztésének időpontjával feltéve, hogy az ettől számított 6 hónap után igazoltan fennáll.

Benyújtandó iratok: a diagnózis felállításakor és az azt követő 6 hónap elteltével elvégzett vizsgálatok leletei és fül-orr-gégészeti szakvélemény.

1.3.3.8. Előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva)

Szisztémás kötőszövet-érrendszeri megbetegedés a bőrben, erekben és belső szervekben.

A biztosítási eseményt biopsziás és szerológiai vizsgálat egyértelmű eredményével kell alátámasztani, és bizonyítani kell egy vagy több belső szerv (szív, tüdő, vese) érintettségét.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- helyi bőrkérgesedés (scleroderma lineáris, morphoea),
- Fasciitis eosinophylica,
- CREST szindróma.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

Benyújtandó iratok: immunológus szakvélemény, szerológiai, szövettani vizsgálatok eredményei.

1.3.3.9. Szisztémás lupus erythematosus nephritisszel (SLE)

Több szervet érintő autoimmun betegség, amelyben a veseszövetet autoantitestek és immunkomplexek lerakódása károsíthatja, amelynek eredményeképpen lupus nephritis alakulhat ki.

Ebben a biztosításban az SLE diagnózisát azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE érinti a veséket. A biztosítás kiterjed a WHO szerinti III-VI osztályú lupus nephritisre.

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

- Class I. Lupus glomerulonephritis minimális elváltozás,
- Class II. Mesangiális lupus glomerulonephritis,
- Class III. Focalis segmentalis vagy proliferatív glomerulonephritis,
- Class IV. Diffúz proliferatív glomerulonephritis,
- Class V. Diffúz membranózus glomerulonephritis,
- Class VI. Előrehaladott, szklerotizáló glomerulonephritis.

A biztosítás nem terjed ki a WHO szerinti I-II osztályú lupus nephritisre, a discoid lupusra.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

Benyújtandó iratok: nephrológus, immunológus, reumatológus szakvéleménye, zárójelentések, vesebiopszia lelete.

1.3.3.10. Csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anaemia)

Krónikus csontvelő elégtelenség, mely vérszegénységben, csökkent neutrophil fehérvérsejt és thrombocytaszámban nyilvánul meg.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

A biztosítás nem terjed ki a vérszegénység nem csontvelő elégtelenség miatt kialakult eseteire.

Benyújtandó iratok: haematológiai, immunológiai szakvélemény, kórházi zárójelentés, a diagnózist alátámasztó laboratóriumi és csontvelő vizsgálat leletei.

1.3.3.11. Végállapotú tüdőbetegség

A krónikus légzőszervi elégtelenség következtében kialakuló végállapotú tüdőbetegség. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- FEV1 teszt eredménye három egymást követő vizsgálat alkalmával kevesebb, mint 1 liter. A FEV1 az egy másodperc alatt erőltetett légzéssel kilégtett levegő mennyisége;
- Állandó oxigénpótló kezelést igényelő állapot;
- Nyugalmi nehézlégzés.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a tüdőgyógyász szakorvos által megállapított időpontja.

Benyújtandó iratok: tüdőgyógyászati szakvélemény, légzésfunkciós vizsgálatok eredményei.

1.3.3.12. Krónikus veseelégtelenség

Mindkét vese működésének krónikus, visszafordíthatatlan, végállapotnak megfelelő beszűkülését jelenti, mely rendszeres veseáttisztítást (haemodialysis, peritoneális dialysis) vagy veseátültetést tesz szükségessé.

A biztosítás nem terjed ki az akut vesekárosodás miatti átmeneti időre szükséges vese dialízisre illetve a szerződéskötéskor már várólistán levő egyénre.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a legalább 60 napot meghaladó rendszeres dialízis kezelés igazolása a dialízist végző intézmény által vagy a veseátültetés napja (attól függően, hogy melyik következik be előbb).

Benyújtandó iratok: a kivizsgálás, a dialízis szükségességét igazoló nephrológiai leletek, kórházi zárójelentések, a legalább 60 napot meghaladó rendszeres dialízis igazolása a dialízist végző intézmény által, veseátültetés esetén a beültetést végző intézmény zárójelentése.

1.3.3.13. Kóma

Kómának minősülő állapot, amikor az eszméletvesztés legalább 96 óráig folyamatosan fenn áll. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- legalább 96 óráig nincs válasz a külső ingerekre,
- az életfontos funkciók műszeres fenntartása szükséges;

Közvetlenül az alkohol és drogfüggőség következtében kialakult eszméletvesztésre a biztosítás nem terjed ki.

A biztosítási esemény időpontja a kóma állapot bekövetkezésének napja.

Benyújtandó iratok: intenzív terápiás szakorvosi vélemény, zárójelentés.

1.3.3.14. Sclerosis multiplex

A sclerosis multiplex krónikus, a központi idegrendszer fehérállományának gyulladós betegsége, melynek következtében

károsodik az idegsejteket körülvevő, úgynevezett myelinhévely és az idegsejtállomány is.

A biztosítás nem terjed ki az idegrendszer vírus eredetű demyelinizációval járó betegségeire, illetve a neuritis optikára (neuritis retrobulbaris).

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

Benyújtandó iratok: ideggyógyász szakorvosi vélemény, zárójelentés.

1.3.3.15. Parkinson-kór

A Parkinson-kór idült, betegség, mely az agyi ún. extrapiramidális, dopamin ingerületátvivő anyaggal működő agyi területek pusztulásával jár.

A biztosítás nem terjed ki az azonosítható okból (gyógyszerhatás, baleset, vérzés, stb.) kialakuló Parkinson szindróma eseteire.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

Benyújtandó iratok: ideggyógyász szakorvosi vélemény, zárójelentés.

1.3.3.16. Alzheimer kór/Súlyos elbutulás (60 éves kor betöltése előtt)

Alzheimer kór vagy visszafordíthatatlan szervi rendellenesség következtében kialakult értelmi képesség hanyatlás, ami olyan magatartásváltozással jár, hogy a biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel.

A biztosítás nem terjed ki a pszichiátriai betegségek vagy az alkoholfüggőség okozta elbutulás eseteire, és a 60 éves kor betöltését követően felállított diagnózisokra.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

Benyújtandó iratok: ideggyógyász szakorvosi vélemény, zárójelentés.

1.3.3.17. Agyvelőgyulladás

Az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladását okozó fertőzés, amely tartós idegrendszeri károsodáshoz vezet.

A biztosítás nem terjed ki a HIV vírus okozta agyvelőgyulladásra.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

Benyújtandó iratok: ideggyógyász vagy infektológus szakorvosi vélemény, zárójelentés.

1.3.3.18. Bakteriális agyhártyagyulladás

Bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladós folyamatain keresztül súlyos ideggyógyászati károsodást okoz.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

Benyújtandó iratok: ideggyógyász vagy infektológus szakorvosi vélemény, zárójelentés.

1.3.3.19. Aortaműtét

Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét az aorta szűkületének, elzáródásának, aneurizmájának (verőértágulat), dissectiojának (az aorta belső rétegének hosszanti, tovafutó berepedése) megszüntetése céljából. Ebben a megfogalmazásban a mellkasi és hasi aorta műtétjéről van szó, az oldalágak nélkül.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra.

A biztosítási esemény időpontja a műtét napja.

Benyújtandó iratok: kardiológiai, szívsebészeti szakvélemény, zárójelentés, műtéti leírás.

1.3.3.20. Szívbillentyűműtét

Egy vagy több műbillentyű (aorta, mitrális, pulmonális, tricuspidális) nyitott mellkasban való műtéti behelyezése a billentyű szűkület, elégtelenség vagy a kettő kombinációja miatt.

A billentyűbetegség diagnosztizát szívkatéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni, a műtét szükségességét kardiológus, szívsebész szakvéleményével kell alátámasztani.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- valvuloplasztika,
- valvulotómia.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének napja.

Benyújtandó iratok: kardiológiai szakvélemény, szívsebészeti zárójelentés, műtéti leírás.

1.3.3.21. Koponya megnyitásával járó műtét

A koponya és az agyhártyák megnyitásával járó műtéti eljárás, melyet betegség vagy baleset okozta elváltozás vagy állapot miatt válik indokolttá.

A biztosítás nem terjed ki a katéteres eljárásokra.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének napja.

Benyújtandó iratok: ideggyógyászati szakvélemény, idegsebészeti zárójelentés, műtéti leírás.

1.3.3.22. Szervátültetés

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) testéből szívet, tüdőt, májat vagy vesét első alkalommal ültetnek át.

Az itt felsoroltakon kívül más szervekre nem terjed ki a kockázatviselés, így összejt, csontvelő, bőr, csont beültetésre, vérátömlesztésre sem.

A biztosítási esemény időpontja a beültetés napja.

Benyújtandó iratok: a transzplantációt megelőző kivizsgálás, a transzplantációt végző intézmény zárójelentései.

1.3.3.23. Nagyfokú égés

Harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a biztosított testfelületének legalább 20%-át érinti. Az égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület, gőz) vagy elektromos áram által kiváltott élőszöveti sérülés.

A biztosítás nem terjed ki nap-, röntgen-, radioaktív-, infragugárzás, lézer, mikrohullám által okozott égési sérülésekre.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a harmadfokú égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet bőrgyógyász, sebész szakorvos igazol.

Benyújtandó iratok: bőrgyógyászati, sebészeti szakvélemény.

1.4. Diagnosztikai vizsgálatok

1.4.1. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, illetőleg a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb, nem a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokhoz sorolt diagnosztikai vizsgálata.

1.4.2. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett diagnosztikai vizsgálat napja.

1.4.3. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

1.4.4. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt orvosi konzultációt és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

1.4.5. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt orvosi konzultációt és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

1.4.6. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt orvosi konzultációt és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

1.5. Távkonzultáció

1.5.1. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, illetőleg a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő panaszok miatt szükséges orvosi vizsgálata illetve a mindezekkel összefüggő tanácsadás, ami nem személyes orvos-beteg találkozás útján valósul meg. A konzultáció létrejöhet telefonos vagy videokonzultáció formájában a vonatkozó orvos-szakmai szabályok betartásával.

1.5.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az igénybevett távkonzultációs vizsgálat napja.

1.5.3. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt orvosi konzultációt és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

1.5.4. A biztosító ezt a szolgáltatást kizárólag 2020.04.01. és 2020.12.31. között nyújtja.

2. Szolgáltatási keretösszeg

Egy biztosítottra vonatkozóan, egy biztosítási évben átvállalt maximális térítési összeg.

A biztosító a szolgáltatási keretösszeg mértékét a biztosított Alaphoz történő csatlakozásakor aktuális életkorát alapul véve, a lenti táblázatban foglaltak szerint határozza meg. A biztosító a biztosított csatlakozásakor életkorát úgy állapítja meg, hogy az Alaphoz történő csatlakozás időpontjának naptári évéből levonja a biztosított születésének évszámát.

Szolgáltatási keretösszeg a **Diagnosztikai vizsgálatok** kockázatok esetén: **25 000 Ft/ biztosítási év**

Szolgáltatási keretösszeg a **Nagyértékű diagnosztika** és **Egynapos sebészet** kockázatok esetén:

A biztosított csatlakozásakor életkora	Szolgáltatási keretösszeg
65 éves korig	300 000 Ft / biztosítási év
66–70 éves kor között	150 000 Ft / biztosítási év
71 éves kortól	75 000 Ft / biztosítási év

Szolgáltatási keretösszeg a **Kritikus betegségek** kockázat esetén:

A biztosított csatlakozáskori életkora	Szolgáltatási keretösszeg
65 éves korig	1 000 000 Ft / 3 biztosítási év
66–70 éves kor között	500 000 Ft / 3 biztosítási év
71 éves kortól	250 000 Ft / 3 biztosítási év

Szolgáltatási keretösszeg **Távkonzultáció** szolgáltatás esetén: 15 000 Ft (2020.04.01. és 2020.12.31. közötti időszakban).

3. **Várakozási idő**
A biztosító jelen szolgáltatás igénybevételére vonatkozóan a csatlakozási nyilatkozat megtételétől és az első díj fizetéstől számítva 2 hónap várakozási időt köt ki a szolgáltatások igénybevételére, kivéve a Kritikus betegségek szolgáltatást, ahol nincs várakozási idő.
4. **A kockázatviselés korlátozása**
- 4.1. **A biztosító mentesül a Védőháló Szolidáris Alap Általános Feltételekben megfogalmazott kizárások és mentesülések esetén a szolgáltatás teljesítése alól.**
- 4.2. **A biztosító mentesül továbbá a szolgáltatás teljesítése alól,**
– a 1.1.9. – 1.1.10. pontban meghatározott esetekben,
– ha a biztosított az egyes szolgáltatásokat az ellátásszervező által meghatározottól eltérő egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe,
– ha az ellátás a biztosító orvosszakértője szerint nem indokolt.
- 4.3. **Nem tartoznak a biztosítási események közé az ismétlődő vagy gondozás keretében elvégzett műtéti eljárások, valamint az alábbi beavatkozások, beavatkozás típusok:**
a) fénytörési hibát javító szemműtétek (PRK, LASIK, LASEK, INTRALASIK stb.);
b) szépészeti okból végzett beavatkozások;
c) meddővé tétel;
d) meddőség kezelésével kapcsolatos ellátások;
e) terhességmegszakítás, kivéve a méhen kívüli terhesség miatti ellátás;
f) fogászati és szájszsebészeti beavatkozások;
g) dialízis kezelés;
h) orrsővény ferdülés kezelése;
i) ambuláns sebészeti beavatkozások és kúraszerű ellátások.
- 4.4. **Az egynapos sebészeti ellátás feltételeinek a biztosított részéről is adótnak kell lennie. Amennyiben a beavatkozás előtti kivizsgálás során az egészségügyi szolgáltató vagy a biztosító orvosszakértője úgy ítéli meg, hogy a szakmai protokollok alapján a biztosított egészségi (pl: megfelelő BMI index, ASA I. és II., kivételes esetben megfelelő indikáció mellett ASA III. fokozat), szociális (megfelelő higiénés viszonyokkal bíró lakás, telefonkapcsolat, otthoni felügyelet elérhetősége), pszichés állapota nem megfelelő, ami miatt nem alkalmas az egynapos sebészeti beavatkozás elvégzésére, a biztosított csak a műtetre való alkalmatlanság megállapításáig felmerült, preoperatív költségeket fedezi, és további szolgáltatást nem nyújt.**
- 4.5. **Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata. Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.**
- 4.6. **Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett diagnosztikai vizsgálat iránti igény.**
- 4.7. **Amennyiben a műtét során olyan komplikációk merülnek fel, ami miatt a biztosított bent tartózkodása meghaladja a 24 órát, vagy fekvőbeteg illetve sürgősségi ellátásra van szüksége, a biztosító a felmerülő többletköltségeket nem téríti meg.**
- 4.8. **A biztosító nem vállal felelősséget az egészségügyi szolgáltatóknál elkövetett műhibák, és azok következményeinek vonatkozásában, és ezekkel kapcsolatban felmerülő bármilyen anyagi kártérítési, kárenyhítési kötelezettség nem terheli.**
- 4.9. **A Kritikus betegségek kockázat vonatkozásában a biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre**
– amelyek oka részben vagy egészben a biztosított olyan betegsége, amely a biztosított Alaphoz való csatlakozása előtti három évben bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kóriszámítottak, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt.
– amelyek hátterében ugyanaz az elsődleges kórfolyamat áll,

melyre a kár bekövetkezte előtti 3 évben a biztosítási keretösszeget már megítélte.

5. **A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei**
- 5.1. **Képkalkotó diagnosztikai, Egynapos sebészeti és Diagnosztikai vizsgálatok**
- 5.1.1. **A biztosítási esemény bejelentését az ellátásszervező online vagy telefonos elérhetőségén keresztül kell megtenni** telefonszám: +36 1 999 9696, 6-os menüpont).
Az 1.5. pont szerinti Távkonzultációs szolgáltatás a <https://portal.premiumegeszsegpenztar.hu> oldalon igényelhető.
- 5.1.2. **A szolgáltatás igénylésekor a biztosítottnak az alábbi dokumentumokat kell szkenelt formában email-en, faxon vagy postai úton eljuttatnia az ellátásszervezőnek:**
– **diagnosztikai vizsgálatra szóló beutaló, vagy szakorvosi javaslat,**
– **releváns szakorvosi ellátásról szóló dokumentáció, amely igazolja, hogy a biztosított az egészségügyi állapotával kapcsolatos szakorvosi ellátást vett igénybe,**
– **vonatkozó egyéb orvosi dokumentumok (pl.: kórházi zárójelentések, ambuláns lapok stb.).**
- 5.1.3. **Az ellátásszervező az elbírálási folyamat során az 5.1.2. pontban meghatározott dokumentumok beérkezésétől számított 2 munkanapon belül további kiegészítő dokumentumokat kérhet be. Amennyiben a biztosító orvosa a benyújtott dokumentumok alapján megállapítja, hogy a biztosított diagnosztikai vizsgálata orvosilag nem indokolt vagy, hogy a beutalót, illetve vizsgálati javaslatot a biztosított egészségi állapot szempontjából nem releváns szakorvos állította ki, a biztosító jogosult a szolgáltatási igényt elutasítani.**
- 5.1.4. **Az ellátásszervező köteles az elbíráláshoz szükséges utolsó dokumentum benyújtásától számított 2 munkanapon belül a vizsgálat helyszínéről és időpontjáról, vagy a szolgáltatási igény elutasításáról a biztosítottat értesíteni.**
- 5.1.5. **A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 30 napon belül be kell jelenteni az ellátásszervezőnek, különben a biztosító mentesül a szolgáltatás nyújtása alól.**
- 5.2. **Kritikus betegségek**
- 5.2.1. **A biztosítási eseményt be kell jelenteni a biztosítónak a biztosítási eseményt igazoló dokumentumoknak az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., 1380 Budapest Pf. 1076 címre történő beküldésével.**
- 5.2.2. **A biztosítási eseményt igazoló dokumentumok: a diagnózist alátámasztó orvosi dokumentumok, ide értve a kórházi zárójelentést, műtéti leírást, ambuláns lapot, elvégzett diagnosztikai vizsgálatok eredményét leíró dokumentumokat és leleteket, szakorvosi javaslatot. A biztosító továbbá jogosult bekérni a kórtörténetben szereplő járó- és fekvőbeteg ellátás dokumentumait is.**
- 5.2.3. **A beküldött dokumentumok alapján a biztosító elbírálja a kárigény jogosságát és erről az elbíráláshoz szükséges utolsó dokumentum beérkezésétől számított 15 napon belül írásban értesíti a biztosítottat. Amennyiben a biztosított a biztosító kérése ellenére nem nyújtja be valamennyi, az igény elbírálásához szükséges dokumentumot, úgy a biztosító jogosult a kárigényt elutasítani.**
- 5.2.4. **Amennyiben a biztosító a benyújtott dokumentumok alapján jogosnak ítéli meg a kárigényt, a biztosított jogosulttá válik a jelen feltételek 1.3.2. pontjában meghatározott szolgáltatásra.**
- 5.2.5. **A kedvezményezett által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások költségét a biztosító abban az esetben téríti meg, ha**
a) **a költséget az egészségügyi szolgáltató által a kedvezményezett nevére kiállított számla igazolja;**
b) **az egészségügyi szolgáltatás megfelel az 1.3. pontban meghatározott kategóriák valamelyikének;**
c) **a szolgáltatási keretösszeg erre részben vagy egészben fedezetet nyújt;**
d) **ha a biztosító a vonatkozó szolgáltatást indokoltnak ítélte meg.**
- 5.2.6. **A biztosító az igénybe vett szolgáltatások indokoltságának ellenőrzése céljából a kedvezményezettől bekérheti az adott igénybe vett ellátásra vonatkozó szakorvosi javaslatot, illetve más az indokoltságot alátámasztó iratot és ezek alapján dönthet a szolgáltatási igény elfogadásáról vagy elutasításáról. A biztosító a benyújtott szolgáltatási igény ellenőrzésénél bekérheti az egészségügyi szolgáltató működési engedélyére vonatkozó adatokat. Amennyiben azok nem felelnek meg a vonatkozó jogszabályok rendelkezéseinek a szolgáltatási igényt elutasíthatja.**
- 5.2.7. **Amennyiben a kedvezményezett az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatást veszi igénybe, annak költségé-**

ről az egészségügyi szolgáltató számlát állít ki a kedvezményezett nevére. Az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás ellenértékét a biztosító a szolgáltatási keretösszeg terhére az Egészségpénztáron keresztül megtéríti az egészségügyi szolgáltató részére. A kedvezményezett csak az egészségügyi szolgáltatás ellenértékének szolgáltatási keretösszegen felüli részét köteles megfizetni az egészségügyi szolgáltatónak.

- 5.2.8. *Az igénybe vett egészségügyi szolgáltatásról kiállított, a kedvezményezett nevére szóló számlát az ellátásszervezőhöz kell benyújtani a számla kiállítását követő 30 napon belül.*
- 5.2.9. A biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a biztosítási szolgáltatás iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.
- 5.2.10. A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 3 éven belül be kell jelenteni az ellátásszervezőnek, különben a biztosító mentesül a szolgáltatás nyújtása alól.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.