

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 Prémium Next egészségbiztosítás szolgáltatásának igénybevételére jogosult tagjaira, valamint a Pénztártagok által csatlakoztatott, 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:** jelen szerződés vonatkozásában minden év április 01.
- 1.9. **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön feltéte, 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, 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 egy adott korszakban egy adott szolgáltatásra/szolgáltatás csomagjára vonatkozó díjat jelent, a kedvezmények, illetve kockázatsúlyosító tételek nélkülül.
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 biztosítottak (betegnek), illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
 - a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
 - minden olyan egyéb adatot és tényt, 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 képalpító 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 biztosítottak 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 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.
 - 1.20. **Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az 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.

<p>1.22. Ellátásszervező: olyan szervezetet, amely egészségügyi szolgáltatások szervezésére van feljogosítva.</p> <p>1.23. Előzménybetegség: a biztosítás megkötése előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettel összefügg.</p> <p>1.24. Éves szolgáltatási limit: a biztosító jelen szerződés vonatkozásában a Prémium Next 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>1.25. Kedvezményezett: a szolgáltatások igénybevételére jogosult személy, aki a Prémium Next Különös Biztosítási Feltételek vonatkozásában azonos a biztosítottal.</p> <p>1.26. Kezelőorvos: a biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.</p> <p>1.27. 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, geriatríai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.</p> <p>1.28. Költségtérítés: a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott összeghatárig.</p> <p>1.29. 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 vesz figyelembe ugyanazon eseményre (orvosi vizitre, diagnosztikai vizsgálatra, sebészeti beavatkozásra) vonatkozóan, de későbbi időpontban kiállított, módosított dokumentumokat.</p> <p>1.30. 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>1.31. Szerződő: az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.</p> <p>1.32. 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>1.33. 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.</p> <p>1.34. Várakozási idő: a kockázatviselés kezdetének szerződéses elhalasztása, vagy a biztosító kockázatvállalásának meghatározott ideig történő korlátozása.</p> <p>1.35. 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>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</p>	<p>Cégbíróság neve: Fővárosi Törvényszék, mint Cégbíróság Ügyfélszolgálat: 1134 Budapest, Váci út 33.</p> <p>2.2. A szerződő a PRÉMIUM Önkéntes Egészség- és Önszegélyező 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, a Prémium Next csoportos egészségbiztosításhoz csatlakozott személy, illetve az általa a biztosításhoz csatlakoztatott, a biztosítónak Biztosítottként bejelentett minden 18 és 70 év közötti Pénztártag és hozzátartozó, abban a naptári hónapban, amelyet megelőző naptári hónapban az Egészségpénztár a Prémium Next biztosítási díját a Biztosított egyéni számlájáról le tudja vonni és a díjfizetést tudja teljesíteni a biztosító felé. Minden személy csak egy jogcímen csatlakozhat a biztosításhoz és válhat Biztosítottá: Pénztártagként vagy Pénztártag szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozójaként.</p> <p>2.4. A biztosító szolgáltatására a Biztosított jogosult (kedvezményezett).</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. 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.</p> <p>4. A biztosítás tartama</p> <p>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 kiterjesztésének kezdete: ha a Biztosított a hónap 14. napjáig csatlakozik a biztosításhoz, akkor a csatlakozást követő hónap első napja, hónap 15. napjától való csatlakozása esetén csatlakozást követő második hónap első napja, amennyiben a Biztosítottat a Pénztár a Biztosítónak lejelentette.</p> <p>5.3. A biztosítási fedezet új biztosítottra való kiterjesztése esetén a várakozási idő elteltét követő azon időpont, amelytől az Egészségpénztár a Prémium Next biztosítási díját megfizette a Pénztártag egyéni számlájáról a biztosítónak.</p> <p>5.4. A biztosító egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselése – el-térő megállapodás hiányában – az alábbi esetekben megszűnik:</p> <p>a) a biztosított halála esetén a halál napjával, b) amennyiben a biztosított hozzájáruló nyilatkozatát visszavonta, a nyilatkozat visszavonása hónapját követő hónap első napjával, c) a biztosított szerződővel fennálló jogviszonya, vagy egyéb kapcsolata megszűnése esetén, a díjrendezett hónap első napjával, d) amennyiben a biztosítottra vonatkozó biztosítási díj nem került megfizetésre, valamint egymást követő 6 hónapon keresztül a Biztosító kockázatviselése nem állt fenn, vagy adott biztosított-ra vonatkozó kumulált díjtartozás elérte a 6 havi biztosítási díj összegét, akkor a díjjal fedezett időszak végével, e) a biztosítási szerződés megszűntekor, f) a biztosított 70. születésnapját követő első biztosítási évfordulón, g) a Különös Biztosítási Feltételekben szabályozott egyéb esetekben.</p> <p>6. Várakozási idő</p> <p>A biztosító a szolgáltatás igénybevételére 15 nap várakozási időt köt ki a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdettől.</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) Díjnémfizetés 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 biztosított egyéni számlájáról a Pénztár a fizetendő díjat le tudta vonni. A szerződő a csatlakozott tagra és/vagy közeli hozzátartozóra abban az esetben fizeti meg a biztosítási díjat, ha annak fedezete rendelkezésre áll a tag egyéni számláján.</p> <p>8.2. A biztosítási díjat a szerződő minden egyes biztosított után köteles megfizetni, amennyiben a biztosított egyéni számlájáról a Pénztár a fizetendő díjat le tudta vonni.</p> <p>8.3. A biztosítási díjat a biztosító egy biztosítási évre határozza meg. A biztosítási díj havi részletekben fizethető.</p> <p>8.4. A biztosítás első díja – eltérő megállapodás hiányában – a biztosításhoz csatlakozáskor aláírásakor esedékes. Minden folytatódó díj annak az időszaknak az első napjáig 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>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 emelkedésről. Amennyiben a szerződő a módosult díjról, és limitről az évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a biztosító a módosult díjat, és limitet tekintí 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 kárgyakorosság ezt indokolja.</p> <p>9.3.2. A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 50 nappal</p>	<p><i>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 tekintí 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>10. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei</p> <p>10.1. Ha a szerződő az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tüzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékes napjára visszamenő hatállyal megszűnik.</p> <p>10.2. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a díjrendezettséget követő 30. napig áll fenn.</p> <p>10.3. <i>Ha egy biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet bármilyen okból – díjnémfizetés, csomag felmondása, stb. – biztosítási éven belül megszűnik, a biztosított csak a megszűnést követő legközelebbi biztosítási évfordulótól csatlakozhat újra a szerződéshez.</i></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. <i>A szerződő a biztosítottakról adatot szolgáltat a biztosító részére, amennyiben a biztosítottak személye tekintetében változás állt be, a biztosító által meghatározott módon és adattartalommal.</i></p> <p>11.1.3. A szerződő biztosítási évfordulón jogosult módosítani az általa egy biztosított csoportnak választott szolgáltatási csomagokon oly módon, hogy a biztosító által meghatározott szolgáltatási csomagok közül egy másik szolgáltatási csomagot választ. A módosítási igényt biztosítási évforduló előtt 30 nappal írásban kell jeleznie a biztosító felé a biztosító által erre rendszeresített úrlapon.</p> <p>11.1.4. A szerződő havi gyakorisággal átadja a csatlakozott biztosítottak és a díjrendezettségre vonatkozó adatokat.</p> <p>11.2. A biztosító joga és kötelezettsége</p> <p>11.2.1. <i>A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatalbírálást végezhet, melyhez kérheti a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni és további kérdéseket feltenni a kockázatvállaláshoz.</i></p> <p>11.2.2. Amennyiben a biztosítottnak a biztosított jogviszony létrejöttkor fennálló tényleges egészségi állapota, életviteli szokásai nem felelnek meg a kockázatalbírálás 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. <i>Ha a biztosító a a biztosított nyilatkozat befogadását követően szerez tudomást a a biztosított nyilatkozat megítételekor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a biztosított jogviszony fennállásának az első 5 évében gyakorolhatja.</i></p> <p>11.2.4. <i>A közlési kötelezettség megsértése ellenére is beáll a biztosító kötelezettsége, ha a a biztosított jogviszony létrejöttétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig már 5 év eltelt.</i></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 változásbejelentési 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 a biztosított jogviszony létrejöttétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig, illetve a változás bejelentési határidő leteltét követő naptól 5 év eltelt.</p> <p>11.2.7. <i>A biztosító kockázatalbírálási és kárrendezési szerveivel szembeni orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében a biztosított külön nyilatkozattételre hívja fel.</i></p>
---	--

<p>12. Biztosítási esemény</p> <p>12.1. 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 változásbejelentési 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 esetleg a biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltságával okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó véralkohol-szint) 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 elszervezett 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.</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 meddség (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,</p> <p>y) injekció-terápiás sorozatra (az első, fájdalom csillapítás céljából beadott injekciót felezi 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 következik be,</p> <p>gg) fogamzásgátlással, meddséggel, művi megtermékenyítéssel összefüggő ellátási igényekre,</p> <p>hh) művi terhesség megszakítással kapcsolatos ellátási igényekre, kivéve, ha a terhesség az anya életét veszélyezteteti vagy a magzat egészségi állapota ezt indokoltá teszi,</p> <p>ii) esztétikai változtatás, kozmetikai kezelések 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>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>15.1.2. Az ellátásszervező a telefonos ellátási igények fogadására munkanapokon 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 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 – és a pénztártörvényi előírásnak megfelelően az Egészségpénztáron – keresztül 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. Amennyiben a biztosított adott ellátásra vonatkozó éves limitjé-</p>
---	--

ből rendelkezésre álló összeg nem fedezi az igényelt ellátás költségét, vagy az adott biztosítási évben a biztosított az ellátásra vonatkozó limit 90%-át már felhasználta, vagy a szolgáltatási igényt kiváltó, baleseti eredetű biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító csak oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg az ellátásszervezőn – és a pénztártörvényi előírásoknak megfelelően az Egészségpénztáron – keresztül a pénztártag részére (ha a biztosított a hozzátartozó, akkor is a pénztártag részére) az éves limit erejéig.

15.1.8. Amennyiben a biztosított olyan szolgáltatótól kívánja az ellátást igénybe venni, amely nem szerződött az ellátásszervezővel, a biztosító csak utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a szolgáltatás díját az ellátásszervezőn – és a pénztártörvényi előírásoknak megfelelően az Egészségpénztáron – keresztül a pénztártag részére (ha a biztosított a hozzátartozó, akkor is a pénztártag részére), feltéve, hogy az ellátásra az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően került sor, és kizárólag olyan mértékig, amennyiben az adott ellátás az ellátásszervező által ajánlott szerződött szolgáltatótól került volna. Ennek az összegnek a mértékéről a szolgáltatás igénylésekor az ellátásszervező tájékoztatja a biztosítottat.

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.

15.1.9. A biztosító utólagos, számla ellenében történő teljesítéséhez az alábbi dokumentumok benyújtása szükséges:

- az ellátást végző egészségügyi szolgáltató által a biztosított nevére kiállított eredeti számla,
- az ellátásról szóló dokumentumok másolata,
- minden olyan irat, lelet, orvosi dokumentum, amely a jogsultság megítéléséhez szükséges és amely megfelel a jelen Biztosítási Feltételek 1. pontjában leírtaknak.

A biztosító a szolgáltatás összegét a Biztosított Egészségpénztári számlájára utalja.

15.1.10. A dokumentumokat a biztosító ellátásszervező partnere címére kell megküldeni.

Az utólagos térítésre a 15.1.8. pontban leírtak figyelembe vételével legkésőbb a 15.1.9. pontban meghatározott dokumentumok hiánytalan beérkezését követő 15 napon belül kerül sor.

15.1.11. A szolgáltatás díját a biztosító csak a szolgáltatási keretösszegből 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 keretösszegből 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.

15.1.12. A szolgáltatási keretösszeg mértéke adott biztosítási évre vonatkozik.

15.1.13. A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani, legkésőbb 48 órával a vizsgálat időpontját megelőzően.

15.1.14. Amennyiben a biztosított 48 órán 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.

15.2. Egyéb biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a szolgáltatás igénybevételének folyamatát a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

16. Fedezetfeltöltés

Jelen szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.

17. A Prémium Next egészségbiztosítás nem reaktiválható, nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, kölcsönrel nem terhelhető.

18. A nem fogyasztói egészségbiztosítási szerződésekre vonatkozó speciális szabályok

18.1. 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 biz-

tosított írásbeli hozzájárulása (biztosítotti csatlakozási nyilatkozat) szükséges. A biztosítotti csatlakozási nyilatkozat a szerződés részét képezi. A biztosítotti 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 biztosítotti jogviszonya létesítéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja.

18.2. Biztosítotti nyilatkozat hiányában a szerződő köteles - helyben szokásos módon - a biztosítottak személyes adatainak a biztosító általi kezelésére vonatkozóan írásbeli hozzájárulását beszerezni.

18.3. A biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges. Biztosítottak nem jogosultak a csoportos biztosítási szerződésbe szerződként belépni.

18.4. A biztosító a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díját biztosítotti csoportonként határozza meg. Egy biztosítotti csoporton belül a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díja azonos.

Az egyes biztosítotti csoportok díjának megállapításánál a biztosító figyelembe veszi az adott biztosítotti csoport létszámát, átlagéletkorát, foglalkozását/tevékenységét és a választott biztosítási fedezeteket.

18.5. A biztosító a kockázatbírálást csoportszinten is végezheti.

19. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól, ill. a Ptk. rendelkezéseitől

A Prémium Next csoportos egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:

- 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 egy év elteltével évül el. (24. pont)

- Amennyiben a biztosított kiskorú, vagy cselekvőképtelen 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)

- Szolgáltatási igény a biztosítási esemény bekövetkeztét követő egy év elteltével elévül (22. pont)

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.

21. Jognyilatkozatok

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.

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.

22. Elévülés

Szolgáltatási igény a biztosítási esemény bekövetkeztét követő egy év elteltével elévül.

23. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve

A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

24. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok

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

25. Vitás kérdések rendezése

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.

25.2. A biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a biztosító részére kell bejelenteni:

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.

b) személyesen az alábbi címen:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Központi Ügyfélszolgálati Iroda
(1134 Budapest, Váci út 33.)

A biztosító a szerződéskötést követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közzéteszi.

25.3. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a szerződőhöz érkezik be, a szerződő a biztosítottakat a biztosítóhoz irányítja.

25.4. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.

25.5. A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank
(1054 Budapest, Szabadság tér 9.;
központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)

25.6. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

Amennyiben a fogyasztó biztosítóhoz benyújtott panasza

- 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,
honlap: www.mnb.hu/bekeltet
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 károkkért 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.