

Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételek

Jelen Általános Biztosítási Feltételek a Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Különös Biztosítási Feltételekkel együtt (a továbbiakban: NN Biztosítási Feltételek) hatályosak az NN Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) és a PRÉMIUM Önkéntes Egészség és Önszegélyező Pénztár (a továbbiakban: Egészségpénztár, illetve Szerződő), együttesen Felek, között megkötött és 2023. április 1. napjától hatályos csoportos egészségbiztosítási szerződés alapján létrejött Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításhoz (a továbbiakban Csoportos biztosítás) 2023. április 1. napján vagy azt követően a Csoportos biztosításhoz Biztosítottként csatlakozó, a Csoportos biztosítás szolgáltatásának igénybevételére jogosult tagjaira, valamint a Pénztártagok által csatlakoztatott, 18. életévét betöltött, szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó(i) ra vonatkozóan, illetve azokra a Pénztártagokra, és a Pénztártagok által csatlakoztatott, 18. életévét betöltött, szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó(i)ra, akik 2023. március 31. napján az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és a PRÉMIUM Önkéntes Egészség és Önszegélyező Pénztár között hatályban volt Prémium Next szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás keretében Biztosított Nyilatkozatuk és díjrendezett státuszuk révén ezen csoportos biztosítás szolgáltatására jogosultak voltak. Jelen Általános Biztosítási Feltételekben, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Egészségpénztár Alapszabálya (továbbiakban: Alapszabály) és a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) rendelkezései, a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény (a továbbiakban Távért. tv.) és az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. törvény (a továbbiakban Ekertv.) rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

Jelen NN Biztosítási Feltételek egyúttal az **ügyfél-tájékoztatásról, az elektronikus szerződéskötési folyamatról, a távértékesítési szabályokról** szóló tájékoztatás célját is szolgálják.

Minden olyan szokás és gyakorlat, amelynek alkalmazásában a szerződés alanyai, azaz a Szerződő, a Biztosított és a Biztosító a korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, a jelen NN Biztosítási Feltételek alapján létrejött biztosítási jogviszonyokban nem irányadóak, további alkalmazásukat a szerződő felek kizárják. Ezen túlmenően az élet és nem-élet biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződések alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a biztosítási jogviszony részévé, alkalmazásukat a szerződő felek szintén kizárják üzleti kapcsolatukban.

1. Fogalmak

- 1.1. **Alkoholos állapot:** alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció (0,70 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció), járművezetés közben a 0,5 ezreléket meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció (0,25 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció).
- 1.2. **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.
- 1.3. **Az Ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az Ellátásszervezővel nem köt egészségügyi szolgáltatás ellátására vonatkozó szerződést.
- 1.4. **Az Ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az Ellátásszervezővel egészségügyi szolgáltatás ellátására vonatkozó szerződést köt.
- 1.5. **Baleset:** a kockázatviselés ideje alatt a Biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő, olyan egyszeri külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amelynek következtében az emberi szervezetben heveny módon anatómiai és funkcionális károsodás, maradandó elváltozás következik be. **Nem minősül balesetnek a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség, a rovarcsípés, a fagyás, a kihűlés, a napszúrás, a nap általi égés, a hőséguta, a szilárd, folyékony, légnemű anyagok bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülés, a Biztosított elme vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkező esemény, és az orvosi műhiba. Nem minősül balesetnek a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény, a Biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülése.**
- 1.6. **Biztosítási csomag:** a Biztosítási csomagok eltérő szolgáltatási limitekkel rendelkeznek az adott Biztosítási csomag típusától függően a Különös Biztosítási Feltételek 4. pontjában meghatározottak szerint.

- 1.7. **Beavatkozás:** orvos által végzett megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- 1.8. **Biztosító:** biztosítási tevékenység folytatására engedéllyel rendelkező jogi személy, amely a csoportos biztosítási szerződés megkötése után az NN Biztosítási 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 NN Biztosítási Feltételek szempontjából Biztosító az NN Biztosító Zrt.
- 1.9. **Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- 1.10. **Biztosítási évforduló:** jelen csoportos biztosítási szerződés vonatkozásában minden év április 1.
- 1.11. a) **Biztosított:** az a 18-70 év közötti, cselekvőképes természetes személy, akinek egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási jogviszony létrejön, és aki a Szerződővel pénztártagként tagsági jogviszonyban áll és vagy a Meglévő Biztosított Csoport, vagy az Új Biztosított Csoport tagja. A Biztosított életkora a biztosítás jogviszony létrejöttkor (belépési kor) betöltött 18 és 69 év között lehet. Egy Biztosított a csoportos biztosításban egyszerre csak egy jogcímen (pénztártag vagy közeli hozzátartozó) válhat Biztosítottá és egy biztosítási jogviszony alapján tarthat igényt biztosítási szolgáltatásra. A Biztosított a csoportos biztosítási szerződésbe nem jogosult szerződként belépni.
- b) **Új Biztosított Csoport:** az a) pontban meghatározott feltételeknek megfelelő személy, aki a jelen Csoportos Biztosítás hatályba lépését követően az Egészségpénztár Ügyfélportálján csoportos biztosításhoz elektronikus távközlő eszköz útján megtett Biztosított Nyilatkozat révén csatlakozott, valamint a Pénztártag által bejelentett és a csoportos biztosításhoz Biztosított Nyilatkozattal csatlakoztatott közeli hozzátartozó. A Pénztártag a csatlakozással vállalja a rá és a csatlakoztatott közeli hozzátartozójára eső biztosítási díjrész megfizetését a Szerződő részére, és a díjrész megfizetését folyamatosan teljesíti.
- c) **Meglévő Biztosított Csoport:** a Pénztártagok, és a Pénztártagok által csatlakoztatott, 18. életévét betöltött, szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó(i), akik 2023. március 31. napján az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és a PRÉMIUM Önkéntes Egészség és Önszegélyező Pénztár között hatályban volt Prémium Next szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás keretében Biztosított Nyilatkozatuk és díjrendezett státuszuk révén a Csoportos biztosítás szolgáltatására jogosultak voltak, és a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4.3. pontja alapján a jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejött biztosítási jogviszonyt fenn kívánják tartani. Eltérő rendelkezés hiányában a Biztosított alatt a Meglévő és az Új Biztosított Csoportba tartozó Biztosítottat egyaránt érteni kell.
- 1.12. **Biztosított Nyilatkozat:** a Pénztártag által az Egészségpénztár ügyfélportálján keresztül tett online vagy a Biztosításközvetítő telefonos ügyfélszolgálatára részére tett, a telefonos ügyfélszolgálat által rögzített szóbeli szándéknyilatkozat, (távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény szerint távértékesítés keretében, távközlő eszköz útján tett, bizonyítható és azonosítható módon rögzített nyilatkozat), amellyel a biztosított Pénztártag a jogviszonyra vonatkozó tájékoztatás alapján kéri a csoportos biztosítás hatályának rá, valamint közeli hozzátartozója, mint Biztosítottra történő kiterjesztését az általa választott Biztosítási csomag vonatkozásában.
- 1.13. **Biztosítási esemény:** a Biztosító által a Különös Biztosítási Feltételekben biztosítási eseményként meghatározott, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező esemény, amelynek bekövetkezése esetén a Biztosító ezen feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja, amennyiben szolgáltatási kötelezettsége egyébként fennáll.
- 1.14. **Betegség:** az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza a biztosított személy életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét.
- 1.15. **Biztosításközvetítő:** PRÉMIUM Pénztárszolgáltató Kft., amely - a Biztosítóval kötött megbízási szerződés alapján, a Biztosító megbízásából eljárva – függő biztosításközvetítő ügynökként közreműködött a Csoportos biztosítás létrehozásában, és közreműködik annak fenntartásában, valamint a Biztosítottak csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakoztatásában.
- 1.16. **Csoportos biztosítás:** a biztosítás – egy szerződésen belül – több Biztosítottra, a Szerződő által a csoportos biztosítási szerződésben rögzített, objektív szempontok szerint meghatározott természetes személyek csoportjára, illetve csoportjaira vonatkozik.
- 1.17. **Diagnosztikai vizsgálat:** Biztosított panaszának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló orvosi vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása. Ide nem értve CT, MRI, PET-CT, Cardio CT és endoszkópos vizsgálatok.

- 1.18. **Díjrész:** A Szerződő a Biztosító részére biztosítási díjat fizet, amely az egyes Biztosítottakra vonatkozó díj részekből áll. A díjrész nagysága függ az egyes Biztosítottak által választott Biztosítási csomagtól. A Szerződő az adott Biztosított után fizetendő díjrészt a Pénztártagra áthárítja és beszedi az alábbiak szerint: a Szerződő a Pénztártag egyéni számlájáról, és/vagy – az Alapszabály szerint szerződés alapján - a célzott szolgáltatások finanszírozására felhasználható összegből csoportosítja át az adott Biztosított után fizetendő díjrészt.
- 1.19. **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.
- 1.20. **Egészségpénztár Ügyfélportál:** a Prémium Pénztárszolgáltató Kft. által üzemeltett a www.premiumegeszsepgpenztar.hu oldalon elérhető Pénztártagok által regisztrációt követően használható internetes felület, ahol a Pénztártag Biztosított Nyilatkozatát, illetve a közeli hozzátartozóra vonatkozó Biztosított Nyilatkozatát megteheti, nyilatkozatát visszavonhatja.
- 1.21. **Egészségügyi dokumentáció:** a beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.
- 1.22. **Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység:** az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen
- a) a munkára, sportra, járművezetésre, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak,
 - b) keresőképességnek,
 - c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.
- 1.23. **Egészségügyi ellátás:** a Biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.
- 1.24. **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.
- 1.25. **Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és magyarországi egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egészségügyi egyéni vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.
- 1.26. **Ellátásszervező:** a Biztosítóval szerződésben álló olyan szolgáltató, amely jogszerűen foglalkozik egészségügyi szolgáltatás és betegút szervezésével és alkalmas a Különös Feltételekben meghatározott egészségügyi ellátások megszervezésére. Az Ellátásszervező kiszervezett tevékenység keretében működik közre a Különös Feltételekben meghatározott egészségügyi szolgáltatások és egészségügyi ellátások megszervezésében. Az Ellátásszervező kiszervezett tevékenység végzése során a tudomására jutott személyes adatokat és biztosítási titoknak minősülő információkat a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően kezeli. Jelen NN Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor az Ellátásszervező a PRÉMIUM Pénztárszolgáltató Kft. A Biztosítónak jogában áll a fenti elvárásoknak megfelelő Ellátásszervezőt egyoldalúan – a Biztosított hozzájárulása nélkül - meghatározni és módosítani. A mindenkor aktuális Ellátásszervező és az Ellátásszervező elérhetősége az Egészségpénztár honlapján kerül megnevezésre.
- 1.27. **Ellátásszervező ügyfélportálja:** a jelen Általános Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor a Prémium Pénztárszolgáltató Kft. által üzemeltett www.premiumellatas.hu oldalon elérhető, Biztosítottak által regisztrációt követően használható internetes felület, ahol a Biztosított az ellátásszervezéshez kapcsolódó nyilatkozatait megteheti, az egészségügyi ellátást megigényelheti, hiánypótlásoknak eleget tehet, időpontot foglalhat és lemondhat, az igény elbírálásához szükséges dokumentumokat feltöltheti, valamint a biztosítással kapcsolatos információkat megtekintheti.

- 1.28. **Éves szolgáltatási limit:** a Biztosító jelen csoportos biztosítás vonatkozásában a Prémium Egészség egyes – a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott – szolgáltatásaira és az adott Biztosítottra vonatkozóan a teljesítendő szolgáltatási összegekre egy biztosítási évben felhasználható összeghatárt állapít meg, melynek mértékét a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.
- 1.29. **Éves szolgáltatási szublímit:** a Biztosító jelen csoportos biztosítás vonatkozásában a Prémium Egészség egyes – a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott – szolgáltatásaira és az adott Biztosítottra vonatkozóan az Éves szolgáltatási limiten belül további, szolgáltatási összegre vonatkozó limitet állapít meg, melynek mértékét a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.
- 1.30. **Járóbeteg-szakellátás:** az általános járóbeteg-szakellátás célja és feladata szakorvos által végzett egyszeri vagy alkalmasszerű egészségügyi ellátás, illetve folyamatos szakorvosi gondozás, ha a krónikus beteg nem igényel fekvőbeteg-ellátást. A járóbeteg-szakellátás a beteg háziorvosa (vagy folyamatos gondozását végző egyéb orvosa) beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján történik. Orvosi javaslat nélkül igényelhető Járóbeteg szakellátások: általános belgyógyászat, nőgyógyászat, urológia, fül-orr-gégészet, szemészet, traumatológia, bőrgyógyászat, általános sebészet. Jelen csoportos biztosítás vonatkozásában a járóbeteg-szakellátás megvalósulhat távkonzultáció formájában, illetve ideértendő az ambuláns műtéti és házivizit szolgáltatások is.
- 1.31. **Katasztrófa:** a veszélyhelyzet kihirdetésére alkalmas, illetve e helyzet kihirdetését el nem érő mértékű olyan állapot vagy helyzet, amely emberek életét, egészségét, anyagi értékeit, a lakosság alapvető ellátását, a természeti környezetet, a természeti értékeket olyan módon vagy mértékben veszélyezteti, károsítja, hogy a kár megelőzése, elhárítása vagy a következmények felszámolása meghaladja az erre rendelt szervezetek előírt együttműködési rendben történő védekezési lehetőségeit, és különleges intézkedések bevezetését, valamint az önkormányzatok és az állami szervek folyamatos és szigorúan összehangolt együttműködését, illetve nemzetközi segítség igénybevételét igényli.
- 1.32. **Kedvezményezett:** a szolgáltatások igénybevételére jogosult személy, aki a Biztosított.
- 1.33. **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.
- 1.34. **Kontrollvizsgálat:** 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.
- 1.35. **Kórház:** a szakmai felügyeletet által elismert, működési, hatósági engedéllyel rendelkező fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és megfelelő intézményi kóddal rendelkezik. Jelen NN Biztosítási Feltételek szempontjából nem minősülnek kórháznak- még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek- a szanatóriumok, nappali kórházak, pszichiátriai intézetek, pszichiátriai osztályok, rehabilitációs intézetek, rehabilitációs osztályok, gyógyfürdők, gyógyüdülők, gyógyfürdő-kórházak, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, alkohol és kábítószer elvonó intézetek, hospice tevékenységet végző intézmények, ápolási intézmények, illetve krónikus fekvőbeteg ellátást nyújtó intézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei.
- 1.36. **Költségtérítés:** a Biztosító a Különös Biztosítási Feltételekben az egyes szolgáltatásoknál meghatározott Éves szolgáltatási limit és Éves szolgáltatási szublímit figyelembevételével a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült és a Biztosító Ellátásszervező partnere által befogadott költségek Önrésszel csökkentett részét átvállalja, vagy megtéríti a Biztosított részére az Ellátásszervező közreműködésével.
- 1.37. **Orvosi javaslat:** háziorvosi, szakorvosi képesítéssel rendelkező egészségügyi szakember által Magyarországon és magyar nyelven kiállított 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. Az orvosi javaslat legfeljebb a kiállításának dátumától számított 90. napig érvényes. A kockázatviselés kezdete előtt kiállított orvosi javaslatokat nem fogadja el a Biztosító egyetlen szolgáltatás kapcsán sem.

- 1.38. **Önrész:** az az összeg, amely az a jelen NN Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor Biztosítottat terheli A Biztosító kizárólag az egészségügyi szolgáltatás költségének az önrész meghaladó részét téríti meg vagy vállalja át. Az Önrész mértéke a Különös Biztosítási Feltételekben az egyes szolgáltatásoknál kerül meghatározásra.
- 1.39. **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.
- 1.40. **Szerződő:** az a természetes vagy jogi személy, aki a csoportos biztosítási szerződést megkötöti és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- 1.41. **Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó (továbbiakban: közeli hozzátartozó):** jelen NN Biztosítási 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 18. életévét betöltötte, és a Pénztártag ezen személyt az Egészségpénztárba szolgáltatásra jogosultként bejelentette.
A közeli hozzátartozó 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.
- 1.42. **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.
- 1.43. **Tartós adathordozó:** olyan eszköz, amely a Biztosított számára lehetővé teszi a neki címzett adatoknak az adat céljának megfelelő ideig történő tartós tárolását és a tárolt adatok változatlan formában és tartalommal történő megjelenítését – akként, hogy a tárolt adatok változatlan formában többszörözhetőek – ideértve, különösen, de nem kizárólagosan, a Biztosított által megadott e-mail értesítési címre történő elektronikus levél küldést.
- 1.44. **Távkonzultáció:** nem személyes orvos-beteg találkozás útján megvalósuló járóbeteg-ellátás. A konzultáció létrejöhet telefonos vagy videokonzultáció formájában, a vonatkozó orvos-szakmai szabályok betartásával.
- 1.45. **Várakozási idő:** a Biztosító kockázatviselése az NN Biztosítási Feltételekben meghatározott egyes szolgáltatások esetében várakozási idő leteltét követően indul, ezáltal a Biztosító a várakozási idő alatt bekövetkező, azaz diagnosztizált betegség esetén szolgáltatást nem nyújt vagy – ha a biztosítási esemény a kikötött várakozási időn belül következik be – a Biztosító jogosult a szolgáltatást csökkenteni.
- 1.46. **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 csoportos biztosítási szerződés alanyai

2.1. A Biztosító az NN Biztosító Zrt.

Székhelye:	1139 Budapest, Fiastyúk utca 4-8.
Levelezési címe:	1364 Budapest, Pf. 247.
Telefon:	1433
Ügyfélszolgálat:	1138 Budapest, Váci út 133.
Cégjegyzékszám:	01-10-041574
Cégbíróság neve:	Fővárosi Törvényszék, mint Cégbíróság
Adószáma:	10492033-2-44

2.2. A Szerződő a PRÉMIUM Önkéntes Egészség és Önsegélyező Pénztár

Székhelye:	1138 Budapest, Dunavirág u. 2-6.
Levelezési címe:	1138 Budapest, Dunavirág u. 2-6., valamint 1426 Budapest, Pf.: 512.
Telefon:	(+36 1) 9999696
Ügyfélszolgálat:	1138 Budapest, Dunavirág u. 2-6., valamint 2400 Dunaújváros, Dózsa György út 24.
Bírósági bejegyzés száma:	Fővárosi Bíróság 11. Pk. 60.820/2002 (2002.október 10.)
Adószáma:	18177734-2-41

amely a Biztosítóval a csoportos biztosítási szerződést megkötö és az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, valamint a csoportos biztosítás díját a Biztosítónak megfizeti és a Biztosítottaktól a rájuk eső biztosítási díjrészt beszedi.

2.3. **Biztosított** a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.11. a-c) pontjaiban meghatározott személy.

2.4. A jelen csoportos biztosítás szolgáltatására kedvezményezettként a Biztosított jogosult.

3. A csoportos biztosítási szerződés létrejötte

3.1. A csoportos biztosítási szerződés írásban jött létre a Biztosító és a Szerződő között.

3.2. A szerződéskötés különös szabályai

3.2.1. A Biztosítónak a Szerződőt kell tájékoztatnia. A Szerződő a jelen megállapodás Biztosítottakat érintő rendelkezéseiről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a csoportos biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a Biztosítottakat tájékoztatni.

4. Csatlakozás a Csoportos Biztosításhoz

4.1. Az Új Biztosított Csoport tekintetében a Csoportos biztosításhoz azon Pénztártagok csatlakozhatnak, illetve csatlakoztathatják azon közeli hozzátartozójukat, akik megfelelnek a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.11. a) és b) pontjában meghatározott Biztosított fogalmának és az alábbiak szerint Biztosított Nyilatkozatot tesznek.

4.2. A Biztosított Nyilatkozat az Egészségpénztár ügyfélportálján keresztül online vagy szóbeli nyilatkozat útján a Biztosításközvetítő telefonos ügyfélszolgálatán keresztül tehető meg. A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.

4.3. A Meglévő Biztosított Csoport tekintetében a biztosítási jogviszony a Szerződő és a Biztosító által megkötött csoportos biztosítási szerződés hatálybalépésével egyidejűleg automatikusan létrejön azon Biztosítottakra vonatkozóan, akik megfelelnek a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.11. a) és c) pontjában meghatározott Biztosított fogalmának, és a Szerződő által elektronikus úton megküldött írásbeli értesítés alapján a biztosítási jogviszonyt fenn kívánják tartani akként, hogy az értesítés kézhezvételét követő 14 napon belül a Szerződő által elvárt formában és úton nem kérik a Szerződőtől a jogviszony megszüntetését. A határidőn túl küldött nyilatkozat Rendes Visszavonásnak minősül.

4.4. A Szerződő joghatályosan küldhet értesítést a Pénztártagnak a biztosított jogviszony fennállása alatt a saját és a közeli hozzátartozó biztosítási jogviszonya tekintetében. A Szerződő jogosult a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.11 a-c) pontjai szerinti Biztosítottra vonatkozó feltételeket, az ismérvek fennállását, valamint a megadott adatok helyességét a Biztosított Nyilatkozat megtétele után megvizsgálni.

5. A biztosítás tartama

A csoportos biztosítási szerződés határozott, 1 év tartamra jön létre. Amennyiben a tartam lejártát megelőzően 30 nappal sem a Biztosító, sem a Szerződő nem tájékoztatja írásban a másik felet arról, hogy nem kívánja a csoportos biztosítási szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a csoportos biztosítási szerződés újabb egy biztosítási évre meghosszabbodik.

6. A Biztosító kockázatviselése

6.1. **A Biztosító kockázatviselésének kezdete a csoportos biztosítási szerződésben megjelölt hónap első napjának 0.00 órája, feltéve, hogy a Szerződő a biztosítás első díját a Biztosítónak megfizette. A Biztosító kockázatviselésének kezdete az egyes Biztosítottak vonatkozásában ettől eltérő az alábbiak szerint:**

MEGLÉVŐ BIZTOSÍTOTTI CSOPORT

6.1.1. **A Meglévő Biztosított Csoportba tartozó Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselésének kezdete 2023. április 1. napja, feltéve, hogy a Biztosított az Általános Biztosítási Feltételek 4.3. pontja alapján a biztosítási jogviszonyt fenn kívánja tartani.**

ÚJ BIZTOSÍTOTTI CSOPORT

- 6.1.2. Amennyiben a Pénztártag tárgyhónap 14. napján 24.00-ig Biztosítotti Nyilatkozat megtételével csatlakozik vagy csatlakoztatja közeli hozzátartozóját a Csoportos biztosításhoz, úgy az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a csatlakozást követő hónap első napjától kezdődik azzal, hogy egyes szolgáltatások esetében a 7. pontban meghatározott várakozási idő leteltét követően indul.
- 6.1.3. Amennyiben a Pénztártag tárgyhónap 15. napján 0.00 órát követően Biztosítotti Nyilatkozat megtételével csatlakozik vagy csatlakoztatja közeli hozzátartozóját a Csoportos biztosításhoz, úgy a Biztosító kockázatviselése a csatlakozást/csatlakoztatást követő második hónap első napjától kezdődik azzal, hogy egyes szolgáltatások esetében a 7. pontban meghatározott várakozási idő leteltét követően indul.
- 6.1.4. A Biztosító kockázatviselése a fent jelzett időpontokban megkezdődik, függetlenül attól, hogy a Pénztár a biztosítási díjrészt a Pénztártag egyéni számlájáról és/vagy – az Alapszabály szerint szerződés alapján – a célzott szolgáltatások finanszírozására felhasználható összegből a Biztosítónak.
- 6.2. A Biztosító egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselése – eltérő megállapodás hiányában – az alábbi esetekben és időpontokban szűnik meg:
- 6.2.1. Biztosított Pénztártag esetében:
- a) amennyiben a biztosított Pénztártag a Pénztárból való kilépési nyilatkozatot tesz, vagy másik egészségpénztárba, önszegélyező pénztárba, egészség- és önszegélyező pénztárba vagy nyugdíjpénztárba kérelmezi átlépését, a kilépési nyilatkozat, illetve az átlépési kérelem Pénztárhoz való beérkezésének hónapja utolsó napjának 24.00 órájával;
 - b) amennyiben a biztosított Pénztártag Biztosítotti Nyilatkozatát a 12.1. pontban meghatározott Csatlakozást Követő Visszavonásra vonatkozó rendelkezéseknek megfelelően visszavonta, a kockázatviselés kezdetére visszamenőleges hatállyal;
 - c) amennyiben a biztosított Pénztártag Biztosítotti Nyilatkozatát a 12.2. pontban meghatározott Rendes Visszavonásra vonatkozó rendelkezéseknek megfelelően visszavonta, a Biztosítotti Nyilatkozat visszavonása beérkezése hónapjának utolsó napjának 24.00 órájával,
 - d) amennyiben a Meglévő Biztosítotti Csoportba tartozó Biztosított az Általános Biztosítási Feltételek 4.3. pontja szerint kéri az automatikusan létrejött biztosítási jogviszony megszüntetését, a Biztosító kockázatviselésének (2023. április 1.) kezdetére visszamenőleg;
 - e) a biztosítási díjrész hat hónapon túli elmaradása esetén az utolsó díjrészszel fedezett hónapot követő 30. nap 24.00 órájával;
 - f) a csoportos biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnésekor a csoportos biztosítási szerződés megszűnése napjának 24.00 órájával
 - g) a Biztosított 70. születésnapját követő első biztosítási évfordulón,
 - h) a biztosított Pénztártag halála esetén a halál napjával,
 - i) a Különös Biztosítási Feltételekben szabályozott egyéb esetekben.
- 6.2.2. Biztosított közeli hozzátartozó esetében:
- j) amennyiben a Pénztártag a Pénztárból való kilépési nyilatkozatot tesz, vagy másik egészségpénztárba, önszegélyező pénztárba, egészség- és önszegélyező pénztárba vagy nyugdíjpénztárba kérelmezi átlépését, a kilépési nyilatkozat, illetve az átlépési kérelem Pénztárhoz való beérkezésének hónapja utolsó napjának 24.00 órájával;
 - k) amennyiben a Pénztártag a közeli hozzátartozóra vonatkozó Biztosítotti Nyilatkozatát a 12.1. pontban meghatározott Csatlakozást Követő Visszavonásra vonatkozó rendelkezéseknek megfelelően visszavonta, a kockázatviselés kezdetére visszamenőleges hatállyal;
 - l) amennyiben a Pénztártag a közeli hozzátartozóra vonatkozó Biztosítotti Nyilatkozatát a 12.2. pontban meghatározott Rendes Visszavonásra vonatkozó rendelkezéseknek megfelelően visszavonta, a Biztosítotti Nyilatkozat visszavonása beérkezése hónapjának utolsó napjának 24.00 órájával,
 - m) amennyiben a Meglévő Biztosítotti Csoportba tartozó Biztosított az Általános Biztosítási Feltételek 4.3. pontja szerint kéri az automatikusan létrejött biztosítási jogviszony megszüntetését, a csatlakoztatott közeli hozzátartozó vonatkozásában, a Biztosító kockázatviselésének (2023. április 1.) kezdetére visszamenőleg;
 - n) a biztosítási díjrész hat hónapon túli elmaradása esetén az utolsó díjrészszel fedezett hónapot követő 30. nap 24.00 órájával;

- o) a csoportos biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnésekor a csoportos biztosítási szerződés megszűnése napjának 24.00 órájával
- p) a Biztosított 70. születésnapját követő első biztosítási évfordulón,
- q) a biztosított Pénztártag halála esetén a halál napjával,
- r) a biztosított közeli hozzátartozó halála esetén a halál napjával,
- s) a Különös Biztosítási Feltételekben szabályozott egyéb esetekben.

- 6.3. Amennyiben a Biztosító kockázatviselése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.2.1.b-e) és 6.2.2. b-e) pontjai okán szűnik meg, a biztosított Pénztártag Biztosított Nyilatkozat megtételével újracsatlakozhat, illetve közeli hozzátartozóját újracsatlakoztathatja a következő biztosítási évfordulón a Csoportos biztosításhoz. A Biztosító kockázatviselése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 7. pontjában meghatározott várakozási idő elteltével újraindul az adott Biztosított esetében.
- 6.4. A Csoportos biztosítás bármely okból történő megszűnése esetén a Biztosítottak biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése megszűnik. A Csoportos Biztosítás megszűnése esetén a Szerződő köteles a megszűnés előtt 30 nappal – azonnali hatályú felmondás esetén haladéktalanul – tájékoztatni a Biztosítottakat a Csoportos Biztosítás megszűnéséről, megjelölve a Biztosítottak biztosítási jogviszonyának és ezzel a Biztosító kockázatviselése megszűnésének időpontját.

7. Várakozási idő

- 7.1. **A Biztosító a szolgáltatás igénybevételére az Új Biztosított Csoport vonatkozásában 15 nap várakozási időt köt ki, kivéve a baleset miatt bekövetkező biztosítási eseményeket, ahol nincs várakozási idő.**

8. A biztosítási díj

- 8.1. A Csoportos biztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Szerződő köteles a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott időpontban és módon megfizetni a Biztosító részére. A Szerződő a biztosítási díj adott Biztosítottra vonatkozó díjrészét az alábbiak szerint áthárítja a Pénztártagra, és az áthárítás eredményeként beszedett díjat fizeti meg a Biztosító részére.
- 8.2. A Szerződő a biztosítási díj adott Biztosítottra, valamint a közeli hozzátartozó(k)ra vonatkozó díjrészét a Pénztártag egyéni számlájáról és/vagy – az Alapszabály szerint szerződés alapján - a célzott szolgáltatások finanszírozására felhasználható összegből csoportosítja át az Alapszabályban foglaltak szerint.
- 8.3. Több csatlakoztatott esetén, ha biztosítási díjrész átcsoportosítása a Pénztártag egyéni számlájáról fedezethiány miatt nem végezhető el minden csatlakoztatottra vonatkozóan, akkor a Szerződő elsősorban a Pénztártagra vonatkozó átcsoportosítást végzi el, majd ezt követően életkorral csökkenő sorrendben végzi az átcsoportosítást a további csatlakoztatottakra.
- 8.4. A Meglévő Biztosított Csoportba tartozó Biztosítottak vonatkozásában a Szerződő a díjrészt a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8.2-4. pontjában meghatározottak szerint csoportosítja át. Amennyiben a Biztosított biztosítási jogviszonya az Általános Biztosítási Feltételek 6.2.1. d) és 6.2.2. d) pontja alapján megszűnik, a Pénztártag által már megfizetett díjrészt az automatikus kiterjesztés elutasítására vonatkozó nyilatkozat kézhezvételétől számított 30 napon belül a Szerződő visszajuttatja a Pénztártag részére.
- 8.5. A biztosítási díjat a Biztosító egy biztosítási évre határozza meg. A Csoportos biztosítás folyamatos díjú és havi részletekben fizetendő.

9. A biztosítási díj módosulása

- 9.1. **Az adott Csoportos Biztosításra vonatkozó díj és díjrész egy biztosítási évre érvényes. A biztosítás díja és a díjrésze változó.**
A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját a Csoportos Biztosításra vonatkozóan biztosítási évente felülvizsgálja és a Szerződővel egyeztetve módosítsa, azaz a biztosítás díját a Biztosító biztosítási évente egyoldalúan állapítja meg.
- 9.2. **A további biztosítási évekre szóló díjmeghatározásánál a Biztosító különösen, de nem kizárólagosan az alábbiakat veszi figyelembe:**
- a) a magánegészségügyi szolgáltatói díjak változását,
 - b) a kártapasztalat előre nem látható romlását,

- c) a Központi Statisztikai Hivatal által közétett, az előző Csoportos Biztosításra vonatkozó biztosítási évre vonatkozó fogyasztói árindex alapján megállapított infláció mértékét,
 - d) a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változását, különösen, de nem kizárólagosan, ha a vonatkozó törvényi szabályozás változásából vagy egyéb okból eredően a díjkalkulációnál használt statisztikában lényeges változás állna be,
 - e) a külső szabályozási környezet olyan változását, amely adó-, közteher- és/ vagy tőkeszükséglet-növekedéssel jár, mely befolyásolja, illetve befolyásolhatja a nyújtott szolgáltatások díját.
- 9.3. **A Biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 60 nappal írásban tájékoztatja a Szerződőt a díjmódosulásról. Amennyiben a Szerződő a módosult díjról az évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a Biztosító a módosult díjat tekinti érvényesnek. Amennyiben a Szerződő a módosult díjat a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal írásban elutasítja, a csoportos biztosítási szerződés a biztosítási évfordulón megszűnik.**
- 9.4. **A Szerződő legkésőbb 30 nappal a biztosítási év vége előtt tájékoztatja a Pénztárat az Egészségpénztár ügyfélportalján keresztül online a következő biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjrésről. A Pénztártag jogosult arra, hogy a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási díjrészt elutasítsa. A Pénztártag ezen jogát legkésőbb tárgyév március 14. napjáig az Egészségpénztár ügyfélportalján keresztül online lemondónyilatkozattal gyakorolhatja. Amennyiben a Pénztártag az új biztosítási díjrészt elutasítja, akkor az egyúttal a csoportos biztosítási szerződésben való részvételhez adott hozzájárulásának/nyilatkozatának visszavonását is jelenti, amelynek következményeképpen a biztosítási fedezet a tárgyi biztosítási év végével megszűnik. Amennyiben az új biztosítási díjrész elutasítására vonatkozó nyilatkozat a jelen pont szerinti határidőn túl érkezik be a Szerződőhöz, ebben az esetben az Általános Biztosítási Feltételek 12.2. pontjában meghatározott Rendes Visszavonás szabályai szerint szűnik meg a biztosított jogviszony.**
- 10. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei**
- 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 kitűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a csoportos biztosítási szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.
- 10.2. **A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a díjrendezettséget követő 30. napig áll fenn.**
- 10.3. Amennyiben a Pénztártag egyéni számlájáról és/vagy – az Alapszabály szerint szerződés alapján – a célzott szolgáltatások finanszírozására felhasználható összeg keretéből a biztosítási díjrészt nem tudja átcsoportosítani, úgy a Biztosító a díjrésszel rendezett időszak végétől számított 30. napig felmerülő szolgáltatási igényt Ellátásszervező partnere közreműködésével az egészségügyi szolgáltatónál rendelkezésre álló szabad kapacitások figyelembevételével megszervezi, feltéve, hogy a 30. napig bezárólag az ellátás/vizsgálat meg is valósul.
- 10.4. Amennyiben a Pénztártag díjrészmaradása eléri a hat hónapot, úgy a Biztosító kockázatviselése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.2.1. e) és 6.2.2. e) pontjai alapján megszűnik.
- 11. A csoportos biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei**
- 11.1. **A Szerződő joga és kötelezettsége**
- 11.1.1. A Szerződő a Biztosítottakról adatot szolgáltat a Biztosító részére, amennyiben a Biztosítottak létszáma tekintetében változás áll be, a Biztosító által a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott módon és adattartalommal.
- 11.1.2. A Szerződő havi gyakorisággal átadja a csatlakozott Biztosítottak létszámára és a díjrendezettségre vonatkozó adatokat.
- 11.2. **A Biztosító joga és kötelezettsége**
- 11.2.1. A Biztosító kárrendezési szerveivel szembeni orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében a Biztosítottat külön nyilatkozattételre hívja fel az Ellátásszervező ügyfélportaljára történő regisztráció során.
- 11.3. **Az Ellátásszervező hatásköre**
- 11.3.1. **A Biztosító és az Ellátásszervező orvos szakmailag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogalapjának elbírálásában, illetve a szolgáltatások szervezésével és azok költségének megtérítésével kapcsolatban.**

- 11.3.2. **A Biztosító és az Ellátásszervező mérlegelési jogával élve a Különös Biztosítási Feltételek 3.1. pontban meghatározott esetekben megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését és a költségek megtérítését.**
- 11.4. Ezek közé tartoznak különösen, de nem kizárólagosan azok a vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket ismételtelen, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvos szakmailag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségességét a javaslatot tevő orvos igazolni nem tudja. Úgyszintén megtagadható az ellátás megszervezése, és a költségek megtérítése olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi javaslat a szakellátás igénybevételéhez, de azt a Biztosító és az Ellátásszervező orvos szakmailag nem tartja indokoltnak.
- 11.5. **Nem terjed ki az Ellátásszervező és a Biztosító felelőssége a szolgáltatók által végzett orvos szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által teljesítés során esetlegesen a Biztosítottak okozott károkra.**
- 11.6. A Biztosító kifejezetten felhívja a figyelmet, hogy az egészségügyi szolgáltató, valamint ezek alkalmazottja, megbízottja, alvállalkozója által a vizsgálat elvégzése során okozott károkért nem felel, azokért kizárólag az egészségügyi szolgáltató köteles helyt állni a vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezései szerint.

12. A Biztosított Nyilatkozat visszavonása

- 12.1. **Az Új Biztosított Csoportba tartozó Biztosított a Csoportos biztosításhoz az Egészségpénzár Ügyfélportálján keresztül online történő, illetve telefonon történő szóbeli csatlakozás esetén a Biztosított Nyilatkozat megtételétől számított 14 napon belül a Szerződő felé postai úton megtett írásbeli nyilatkozattal, vagy az Egészségpénzár Ügyfélportálján online megtett nyilatkozattal a saját és a közeli hozzátartozója biztosítási jogviszonyát indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül, azonnali hatállyal visszavonhatja (a továbbiakban: Csatlakozást Követő Visszavonás).** A Biztosított – ideértve a közeli hozzátartozót is - nem mondhat le az őt megillető ezen felmondási jogáról. A felmondás jogát akkor kell határidőben érvényesítettnek tekinteni, ha a felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát a Biztosított a 14 napos határidő lejárta előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon a Szerződő honlapján megtalálható mindenkor postai elérhetőségére elküldi, vagy azt az Egészségpénzár Ügyfélportálon megteszi. A határidőn túl megtett visszavonás Rendes Visszavonásnak minősül. A Csatlakozást Követő Visszavonás esetén a Szerződő a Pénztárg tag által már megfizetett díjrészt a Pénztárg tag részére a visszavonás kézhezvételétől számított 30 napon belül visszajuttatja. **Csatlakozást Követő Visszavonás esetén a Biztosító kockázatviselése a kockázatviselés kezdetére visszamenő hatállyal szűnik meg.**
- 12.2. A Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 12.1. pontjában meghatározottak szerinti 14 napos időszakt követően a saját és a közeli hozzátartozója biztosítási jogviszonyát a Szerződő felé a Szerződő honlapján megtalálható mindenkor postai elérhetőségére eljuttatott írásbeli nyilatkozattal, vagy az Egészségpénzár Ügyfélportálon megtett nyilatkozattal bármikor felmondhatja (a továbbiakban: Rendes Visszavonás). A Biztosított Rendes Felmondása esetén a Biztosított biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése megszűnik annak a hónapnak az utolsó napján 24:00 órakor, amelyre vonatkozóan a Biztosított a rá vonatkozó biztosítási díjrészt a Szerződőnek megfizette. Ezen szabály alapján, amennyiben a Biztosított a rá vonatkozó biztosítási díjrészt előre, akár a következő hónapra is megfizette, a Biztosító kockázatviselése az ezen díjrészekkel fedezett időszak végéig (annak a hónapnak az utolsó napja 24:00 óráig, amelyre vonatkozóan a Biztosított a rá vonatkozó biztosítási díjrészt a Szerződőnek megfizette) fennáll, azaz a Biztosított felmondása esetén nem kerül sor biztosítási díjrész visszautalására.

13. Biztosítási esemény

A jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.13. pontjában meghatározott esemény.

14. Kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

A Szerződő és a Biztosított(ak) a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást kötelesek tanúsítani. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezése esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet a Biztosító szolgáltatásának megállapítása szempontjából. A Szerződő és a Biztosított(ak) a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint kötelesek a kárt enyhíteni. A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésének esetére a jelen Általános Biztosítási Feltételek 15. pontjában meghatározottak az irányadóak.

Nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

15. A Biztosító mentesülése

- 15.1. **A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól abban az esetben, ha a Biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét megszegi.**
- 15.2. **A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól abban az esetben, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással:**
- a) a szerződő fél vagy a Biztosított;
 - b) a Biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.
- 15.3. **A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni. Súlyosan gondatlannak minősülhet különösen:**
- a) ha a Biztosított a biztosítási eseménynek minősülő baleset bekövetkeztekor igazoltan alkoholos állapotban vagy kábító hatású szer hatása alatt állt, kivéve, ha a baleset igazoltan, ezen állapottól függetlenül harmadik személy magatartása miatt következett be,
 - b) ha a biztosítási esemény a Biztosított kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták,
 - c) ha a Biztosított a biztosítási eseménynek minősülő baleset bekövetkeztekor olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel,
 - d) ha a Biztosított a biztosítási eseménynek minősülő baleset bekövetkeztekor legalább kettő közlekedésszabályt szegett meg,
 - e) ha a biztosítási eseménynek minősülő baleset bekövetkeztekor a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be,
 - f) ha a biztosítási esemény bekövetkezéséért felelős Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet ennek hiányában folytatott és ezzel összefüggésben következett be a baleset.
- 15.4. **Fenti szabályokat a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.**

16. Kizárt kockázatok

- 16.1. **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 határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, polgárháború, idegen ország határozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás, vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény. (A kommandó támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a Biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) E feltétel szempontjából állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.**
- 16.2. **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.**
- 16.3. **Nem szolgáltat a Biztosító az olyan esetekben, amikor a biztosítási esemény az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba) miatt következik be.**
- 16.4. **A Biztosító nem téríti az olyan kezeléseket, amelyek egészségügyi ellátás, orvosi beavatkozás miatt, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt válnak szükségessé.**
- 16.5. **Nem biztosítási esemény az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény, kivéve a Különös Biztosítási Feltételben felsorolt szakorvosi vizsgálatokat.**
- 16.6. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény:**
- a) a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be,
 - b) okozati összefüggésben áll a Biztosított öngyilkossági kísérletével, még akkor is, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be;

- 16.7. **Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amelynek az igénybevétele nem az Ellátásszervezőn keresztül, azaz nem az Ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően történt.**
- 16.8. **Nem biztosítási esemény az olyan ellátási igény, amely az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül válik szükségessé, vagy amellyel kapcsolatban a Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül orvoshoz fordult.**
- 16.9. **A Biztosító nem viseli a kockázatot az alábbiakra:**
- a) sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából végzett ellátásra,
 - b) az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységre, különösen a sport orvosi alkalmassági engedély, a szárazföldi, vízi-, légi jármű vezetéséhez szükséges jogosítványhoz vagy jogszabály által előírt orvosi alkalmassági engedélyhez szükséges vizsgálatokra, látteletekre,
 - c) a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.31. pontjában meghatározott katasztrófa miatti ellátásra,
 - d) járványügyi érdekből végzett ellátásokra, ideértve tesztek, diagnosztikai vizsgálatokat, panasz nélküli szűrővizsgálatokat, az illetékes hatóság által járványnak minősített betegségek ellátására, ideértve, de nem kizárólagosan a SARS-CoV-2 nevű koronavírus által okozott koronavírus-betegséget
 - e) tüdőgyógyászati krónikus légzőszervi beteg – asthma, COPD – szűrése, kezelése; tüdődaganatos és TBC-s betegek gondozása, dohányzásról való leszoktatás) gondozásra,
 - f) addiktológiai gondozásra, és ellátásra,
 - g) pszichológiai konzultációra,
 - h) dietetikai konzultációra,
 - i) podiátriai ellátásra, gondozásra,
 - j) foglalkozás-egészségügyi szakellátásra, házi orvosi, házi gyermekorvosi alapellátásra,
 - k) akupunktúrás kezelésre,
 - l) alternatív gyógyászati eljárásokra,
 - m) semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra,
 - n) az alábbi lézeres kezelésekre, beavatkozásokra: körömgomba, látásjavító, intimlézer,
 - o) geriátriai kezelésre, gondozásra,
 - p) szemlencse beültetésre,
 - q) dialízis kezelésre,
 - r) az alsó végtagi visszérbetegség bármilyen – injekciós, lézeres stb. – kezelésére,
 - s) az alábbi kórokozók által okozott betegség diagnózisának felállítását követően szükségessé váló gondozásra, kezelésre:
 - Treponema pallidum (syphilis),
 - Neisseria gonorrhoeae,
 - Chlamydia trachomatis,
 - Ureaplasma urealyticum,
 - Mycoplasma hominis/genitalium,
 - HPV vírusok,
 - Herpes simplex vírus 1,2,
 - Trichomonas vaginalis,
 - Haemophilus ducreyi (ulcus molle, lágy fekély),
 - Calymmatobacterium granulomatis (Granuloma inguinale, donovanosis),
 - egyéb, a fentiekben nem nevesített szexuális úton terjedő betegségekre,
 - t) széklet-genomikai tesztre,
 - u) genetikai vizsgálatokra,
 - v) étel-intolerancia vizsgálatokra (ideértve az IgG típusú ételintolerancia tesztek; FOOD tesztet; DAO-tesztet; a coeliakia, laktóz, fruktóz, szorbit vizsgálatokat) továbbá a laktulóz vizsgálatra,
 - w) pszichiátriai kezelésre, kivéve az első konzultációt,
 - x) gyógypedagógiai kezelésre,
 - y) fizio- és mozgásterápiás kezelésre,
 - z) injekció-terápiás sorozatra (ideértve az ízületekbe porcregenerációs céllal beadott injekciókat vagy injekciósorozatok is (kivéve az első, kizárólag helyi fájdalom csillapítás céljából beadott injekciót),

- aa) intenzív betegellátásra,
 - ab) klinikai onkológiai gondozásra,
 - ac) állapotfenntartó infúziós és kúraszerű kezelésekre, ideértve a PRP (sajátvér) kezelést és a GUNA terápiát is,
 - ad) Hepatitis C betegek gondozására,
 - ae) aneszteziológiai ellátásra, kivéve az ambuláns vagy egynapos sebészeti ellátás vonatkozásában szükségessé váló aneszteziológiai ellátást,
 - af) a kötelező anya és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatos ellátásra, ideértve a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket,
 - ag) a kockázatviselés kezdetét követő 6 hónapon belül a terhességgel, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre, valamint a kockázatviselés kezdetét követő 6 hónapon belül a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre,
 - ah) fogamzásgátlással, meddőséggel, művi megtermékenyítéssel összefüggő ellátási igényekre,
 - ai) művi terhesség megszakítással kapcsolatos ellátási igényekre, kivéve, ha a terhesség az anya életét veszélyezteti vagy a magzat egészségi állapota ezt indokoltá teszi,
 - aj) esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés kapcsán felmerülő ellátási igényekre, kivéve a valamely betegség vagy baleset következtében szükségessé váló rekonstrukciós beavatkozásokat és az ezekhez kapcsolódó vizsgálatokat,
 - ak) immunterápiára,
 - al) külföldön végzett egészségügyi ellátásokra,
 - am) engedélyek (pl. sportorvosi, jogosítvány stb.) kiadásához szükséges orvosi szükséges vizsgálatokra,
 - an) orrsövény műtétekre,
 - ao) gyomor-bypass műtétekre,
 - ap) gyomorbalon műtétekre akkor sem, ha ambuláns sebészeti ellátás keretében végezték el,
 - aq) a Magyarországon elfogadott és általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátásokra,
 - ar) daganatok immunterápiájának megtervezését, végrehajtását célzó ellátási igényekre,
 - as) a Biztosított kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontroll célú vizsgálata
 - at) a kizárólag receptfelírás céljából igénybe venni kívánt Járóbeteg-szakellátása,
 - au) azoknak az egészségi panaszoknak, tüneteknek Járóbeteg-szakellátás keretében történő ellátása, valamint Diagnosztikai vizsgálata, amelyek kivizsgálása a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetekor már folyamatban volt,
 - av) a Szűrővizsgálat céljából igénybe vett Járóbeteg-szakellátás és Diagnosztikai vizsgálat iránti igény.
- 16.10. **A Biztosító nem nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely Biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és / vagy a Biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, vagy a következő kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül vonatkoznak a Biztosítóra. Az alkalmazandó szankciók a következők: (i.) Európai Unió (EU); (ii.) az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ); (iii.) Egyesült Államok (USA) és / vagy (iv.) a Biztosítóra alkalmazandó egyéb szankciók.**

17. Biztosítási szolgáltatás igénybevétele

- 17.1. Azon biztosítási szolgáltatások vonatkozásában, amelyek az egészségügyi ellátás megszervezését és finanszírozását foglalják magukba, az alábbiak szerint kell eljárni:
 - 17.1.1. A Biztosított az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online vagy telefonon előzetesen bejelenti az Ellátásszervezőnek ellátásra vonatkozó igényét. A biztosított jogviszony fennállását az Ellátásszervező vizsgálja.
 - 17.1.2. A telefonbeszélgetések és az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online tett megkeresések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.
 - 17.1.3. A Biztosított a szolgáltatás iránti igény online bejelentésével egyidejűleg az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online, illetve a telefonbeszélgetést követően az Ellátásszervező levelezési címére postai úton megküldi az alábbi, biztosítási eseményt igazoló dokumentumokat:

- diagnosztikai vizsgálatra szóló beutaló, vagy szakorvosi javaslat, vagy releváns szakorvosi engedéllyel rendelkező háziorvos által kiállított beutaló/javaslat;
 - releváns szakorvosi ellátásról szóló dokumentáció, amely igazolja, hogy a Biztosított az egészségügyi állapottal kapcsolatos szakorvosi ellátást vett igénybe,
 - vonatkozó egyéb orvosi dokumentumok (pl.: kórházi zárójelentések, ambuláns lapok stb.).
- 17.1.4. Amennyiben a szolgáltatási igényt bejelentő nem saját nevében jár el, úgy a bejelentéshez a Biztosított meghatalmazását szükséges csatolnia.
- 17.1.5. A Biztosító az Ellátásszervező közreműködésével megvizsgálja az igény jogalapját, és az Ellátásszervező a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges utolsó dokumentum Ellátásszervezőhöz történő beérkezését követő/bejelentést követő 5 munkanapon belül a szükséges ellátásra vonatkozó időpontot ajánl vagy az időpont választására az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online felületen lehetőséget ad. Az ellátás/vizsgálat tényleges időpontja és helyszíne a Biztosított időbeosztásától, valamint az egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitásoktól függ. Amennyiben az ellátás igénybevételéhez Önrész befizetése szükséges, az ellátás megszervezésére az Önrész befizetését követően kerül sor. Az Ellátásszervező az ellátás helyszínéről és időpontjáról emailben tájékoztatja a Biztosítottat.
- 17.1.6. **Amennyiben a Biztosított a Biztosító kérése ellenére nem nyújtja be valamennyi, az igény elbírálásához szükséges dokumentumot, úgy a Biztosító jogosult a szolgáltatás iránti igényt elutasítani. Amennyiben a Biztosító orvosszakértője a benyújtott dokumentumok alapján megállapítja, hogy a Biztosított ellátása/vizsgálata orvos szakmailag nem indokolt vagy, hogy a beutalót, illetve vizsgálati javaslatot a Biztosított egészségi állapota szempontjából nem releváns szakorvos állította ki, a Biztosító jogosult a szolgáltatási igényt elutasítani.**
- 17.1.7. **A Biztosító jogosult a jelen Általános Biztosítási Feltételek 17.1.3. és 17.1.14. pontjaiban feltüntetett dokumentumokon túl bekérni a kórtörténet szereplő járó-és fekvőbeteg ellátás dokumentumait. A felsorolt okiratokon kívül a Biztosítottnak joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.**
- 17.1.8. **Önrész**
- 17.1.8.1. A Járóbeteg-szakellátás szolgáltatásának igénybevétele Önrész megfizetéséhez kötött.
- 17.1.8.2. Az Önrész megfizetésére a Biztosított köteles. Amennyiben a Biztosított egyazon napon egymást követően több vizsgálaton is részt vesz, minden egyes vizsgálat után köteles megfizetni az Önrészt.
- 17.1.8.3. Az Önrész mértékét a Különös Biztosítási Feltételek 1.1.4. pontja tartalmazza.
- 17.1.8.4. Az Önrész megfizetése:
- 17.1.8.5. Szerződött szolgáltatónál igénybe vett ellátások esetén: amennyiben a Biztosító az ügyfél igénye alapján a szolgáltatás iránti igényt befogadja és erről a Biztosítottat az Ellátásszervező közreműködésével értesíti, az Önrész összegét a Biztosított a Prémium Pénztárszolgáltató Kft, mint Ellátásszervező értesítésben megadott bankszámlájára köteles teljesíteni bankkártyás befizetéssel az erre rendelkezésre bocsátott felületen, vagy átutalással. Bankkártyás befizetés esetén az Ellátásszervező 2, átutalás esetén 3 munkanap alatt köteles a befizetést feldolgozni. Az Ellátásszervező ezt követően kezdi meg az ellátás megszervezését, ad lehetőséget online felületen a Biztosított általi időpontfoglalásra, illetve adja ki a Biztosított számára a fedezetigazolást a kért szolgáltatás igénybevételére.
- 17.1.8.6. Nem szerződött szolgáltatónál igénybe vett ellátások esetén: utófinanszírozás esetén a benyújtott számla összegéből levonásra kerül az Önrész. Az Önrész összegét házivizit esetén a Biztosított az ellátást követően a házivizit során eljáró szolgáltatónak fizeti.
- 17.1.8.7. Ha a Biztosított az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online legalább 48 órával, telefonon, illetve e-mailben történő lemondás esetén legalább 2 munkanappal a vizsgálat előtt lemondja azt, az Önrész visszautalásra kerül a Pénztártag egészségpénztári számlájára. Határidőn túli lemondás vagy meg nem jelenés esetén az Önrész nem visszatérítendő.
- 17.1.9. A Biztosított az ellátást az Ellátásszervező által megszervezett időpontban és helyszínen veheti igénybe, ha a Biztosított még nem használta el az adott ellátás típusra vonatkozó Éves szolgáltatási limitjét, szublimitjét.
- 17.1.10. Az Ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit a rendelkezésre álló éves szolgáltatási limit, illetve szublimit erejéig átvállalja és 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.
- 17.1.11. Amennyiben a szakorvos Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott Járóbeteg-szakellátás szolgáltatás teljesítése kapcsán további Diagnosztikai vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az Ellátásszervező által megszervezett időpontban és helyszínen veheti igénybe a Biztosított, amennyiben az ellátást az Ellátásszervező is indokoltnak ítéli és a Biztosított még nem használta el az adott ellátás típusra vonatkozó éves szolgáltatási limitjét.
- 17.1.12. Amennyiben a Biztosított adott ellátásra vonatkozó éves szolgáltatási limitjéből, illetve szublímitjéből rendelkezésre álló összeg várhatóan nem fedezi az igényelt ellátás költségét, a Biztosító csak oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, a Biztosított nevére és címére szóló számla ellenében vállalja át és 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 szolgáltatási limit, illetve szublímit erejéig.
- 17.1.13. Amennyiben a Biztosított olyan szolgáltatónál kívánja az ellátást igénybe venni, amely nem szerződött az Ellátásszervezővel, a Biztosító csak utólag, a Biztosított nevére és címére szóló számla ellenében vállalja át és 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, amennyibe az adott ellátás az Ellátásszervező által ajánlott szerződött szolgáltatónál került volna. Ennek az összegnek a mértékéről a szolgáltatás igénylésekor az Ellátásszervező tájékoztatja a Biztosítottat. **Az Ellátásszervező által nyújtott tájékoztatás előzetes tájékoztatás, nem minősül a Biztosító általi kötelezettségvállalásnak. A Biztosító fenntartja a jogot, hogy az ellátást követően az Egészségügyi szolgáltató vagy a Biztosított által beküldött Egészségügyi dokumentáció birtokában 5 munkanapon belül elutasítsa az igényt, ha az nem felel meg az Általános és Különös Feltételekben leírtaknak.**
- 17.1.14. A Biztosító utólagos, számla ellenében történő teljesítéséhez az alábbi dokumentumok benyújtása szükséges:
- a) az ellátást végző egészségügyi szolgáltató által a Biztosított nevére és címére kiállított eredeti számla,
 - b) az ellátásról szóló Egészségügyi dokumentáció másolata,
 - c) minden olyan irat, lelet, orvosi dokumentum, amely a jogosultság megítéléséhez szükséges és amely megfelel a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.20. pontjában leírtaknak.
- A Biztosító a szolgáltatás összegét a Pénztártag Egészségpénztári számlájára utalja.
- 17.1.15. A dokumentumokat online kell eljuttatni az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül. Amennyiben erre nincs mód, úgy postán, a Biztosító Ellátásszervező partnere címére (Prémium Pénztárszolgáltató Kft. 1138 Budapest, Dunavirág u. 2-6.). Az utólagos térítésre a jelen Általános Biztosítási Feltételek 17.1.13. pontjában leírtak figyelembevételével legkésőbb a 17.1.14. pontban meghatározott dokumentumok hiánytalan beérkezését követő 15 napon belül kerül sor.
- 17.1.16. **Az ellátás költségét a Biztosító csak az Éves szolgáltatási limitből, illetve szublímitből rendelkezésre álló összeg mértékéig vállalja át és téríti meg.**
- 17.1.17. Az éves szolgáltatási limit, illetve szublímit mértéke adott biztosítási évre vonatkozik.
- 17.1.18. **A már egyeztetett időpontot a Biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani, online lemondás esetén legkésőbb 48 órával, e-mailben vagy telefonon történő lemondás esetén legkésőbb 2 munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően.**
- 17.1.19. **Amennyiben a Biztosított a 17.1.18. pont szerinti határidőn 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 szolgáltatási limitjét, illetve szublímitjét csökkenti a tervezett ellátás költségének 50%-ával – a Különös Biztosítási Feltételek 1.1.4. pontjában meghatározott Önrésszel csökkentve-, és a Biztosított ugyanezen beavatkozás megszervezésére legkorábban az ellátás/vizsgálat lemondását követő 3 hónap elteltével válik ismét jogosulttá, kivéve, ha bizonyítja, hogy rajta kívül álló okból kifolyólag nem volt lehetősége az ellátást lemondani.**
- 17.2. **Egyéb biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a szolgáltatás igénybevételének további feltételeit a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.**

18. Fedezetfeltöltés

Jelen csoportos biztosítási szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.

19. A Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás nem reaktiválható, nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, kölcsönrel nem terhelhető.

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

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

- Korábbi szokás és gyakorlat kizárása. (Bevezető rész)
- Fogalmak az Általános és Különös Biztosítási Feltételek alapján létrejövő biztosítási jogviszonyok vonatkozásában kerültek meghatározásra, ezért eltérhetnek a Ptk.-ban, illetve egyéb jogszabályokban meghatározottaktól, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától. (1. pont és a Különös Biztosítási Feltételek)
- Amennyiben a tartam lejártát megelőző 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja a másik felet írásban arról, hogy nem kívánja a csoportos biztosítási szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a csoportos biztosítási szerződés újabb egy évre meghosszabbodik. (5. pont)
- A Biztosító kockázatviselése a Meglévő Biztosított Csoport és az Új Biztosított Csoport vonatkozásában eltérő időpontban kezdődik. (6.1. pont)
- A Biztosító kockázatviselésének megszűnési okai. (6.2. pont)
- A Biztosító az Új Biztosított Csoport vonatkozásában 15 nap várakozási időt köt ki, kivéve a baleset miatt bekövetkező biztosítási eseményeket. (7.1. pont)
- A biztosítási díj és díjrész megfizetésére vonatkozó szabályok. (8. pont)
- A biztosítási díj és díjrész egyoldalú módosítására vonatkozó szabályok. (9.pont)
- A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a díjrendezettséget követő 30. napig áll fenn. (10.2. pont)
- Ha Pénztárgazdálkodás díjrész elmaradása eléri a hat hónapot, úgy a Biztosító kockázatviselése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.2.1. e) és 6.2.2. e) pontjai alapján megszűnik. (10.4.)
- A Biztosított a biztosított nyilatkozatát a Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint visszavonhatja. (12. pont)
- A kockázatkizárások köre bővült. (16. pont és a Különös Biztosítási Feltételek)
- A Biztosító Járóbeteg-szakellátás szolgáltatásának igénybevételéhez önrész megfizetését teszi kötelezővé. (17.1.8. pont)
- Jelen csoportos biztosítási szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel. (18. pont)
- Szolgáltatási igény a biztosítási esemény bekövetkeztét követő három év elteltével elévül (23. pont)
- A Biztosító nem nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely Biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és / vagy a Biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, vagy a következő kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül vonatkoznak a Biztosítóra. (16.10. pont)
- A megszervezett ellátás határidőn túli lemondása esetén alkalmazott szankció. (17.1.9.7. és 17.1.19. pont)
- A Biztosító, az Ellátásszervező és a Szerződő a Biztosítottal való kapcsolattartás során a postai út mellett, elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével is eljárhat. (24. pont)

21. Adatkezelés, biztosítási titok

A Biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat a jelen NN Biztosítási Feltételekhez csatolt Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a www.premiumegeszsegpenztar.hu oldalon, az Ügyfélportálon és a www.nn.hu weboldalon a Dokumentumtárban is elérhető.

22. Jognyilatkozatok

- 22.1. A Biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a Szerződőnek, illetve az Ellátásszervező a szolgáltatási igény bejelentése esetén a Biztosítottaknak az általuk az Ellátásszervező ügyfélportálján megadott utolsó értesítési címre.
- 22.2. 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.
- 22.3. A Biztosító, a Szerződő és az Ellátásszervező az Általános Biztosítási Feltételek 24. pontja szerinti elektronikus kommunikáció útján juttatja el a Biztosítotthoz a jognyilatkozatait.

23. Elévülés

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

24. A Biztosító elektronikus kommunikációja

- 24.1. A Biztosító, az Ellátásszervező és a Szerződő a Biztosítottal való kapcsolattartás során a postai út mellett, elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével is eljárhat (a továbbiakban: elektronikus út vagy elektronikus kommunikáció). Ennek megfelelően a Biztosító elektronikus kommunikáció útján is megküldheti a Biztosított részére a csoportos biztosításhoz történő csatlakozással, fenntartásával, a biztosított jogviszony megszűnésével, a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos információkat, tájékoztatásokat és dokumentumokat (a továbbiakban: dokumentum vagy küldemény), ideértve azokat is, amelyeket a jelen NN Biztosítási Feltételek írnak elő.
- 24.2. Elektronikus kommunikációs útnak, csatornának minősül a Biztosított e-mail címére megküldött elektronikus kommunikáció, az Egészségpénztár Ügyfélportál, valamint az Ellátásszervező ügyfélportálján tárolt dokumentum vagy értesítés, továbbá az Ellátásszervező által telefonon közölt az igényelt szolgáltatással kapcsolatban adott információ.
- 24.3. A dokumentum a Biztosított e-mail címére küldött elektronikus levél elküldését követő napon kézbesítettnek tekintendő. Az Ellátásszervező ügyfélportálján tárolt dokumentum a Biztosított felülre történő belépésekor, de legkésőbb a dokumentum érkezésére vonatkozó, a Biztosított e-mail címére küldött értesítést követő 2. napon kézbesítettnek tekintendő.
- 24.4. Az elektronikus kommunikációs csatornák használata során a biztonságos kommunikáció érdekében a Biztosítottnak gondoskodnia kell arról, hogy azokhoz illetéktelen személyek ne férjenek hozzá, különös tekintettel arra, hogy az elektronikus csatornákon közvetített információk biztosítási titkot is tartalmazhatnak. A Biztosítottnak gondoskodnia kell arról is, hogy az elektronikus kommunikáció érdekében megadott e-mail cím felett teljes joggal rendelkezzen, azaz a címzett dönt a létrehozásáról, törléséről, hozzáférés módjáról (eszköz, gyakoriság), valamint joga van azt ezen (magán)célra használni. A Biztosított a kommunikációs csatornákat rendszeresen ellenőrizni köteles annak érdekében, hogy a Biztosító, az Ellátásszervező és a Szerződő által küldött dokumentumokat kellő időben megismerje.
- 24.5. Abban az esetben, ha a Biztosító, az Ellátásszervező és a Szerződő technikai hiba, üzemzavar, más elháríthatatlan akadály esetén a dokumentumokat/információkat nem tudja elektronikus kommunikációs csatornán megküldeni, úgy a Biztosító és a Szerződő azokat a Biztosított által megadott állandó laccímre, postai úton küldi meg.
- 24.6. A Biztosított, az Ellátásszervezőt és a Szerződőt nem terheli felelősség, ha az elektronikus kommunikáció a Biztosított hibájából, vagy az érdekkörében felmerült okból kézbesíthetetlen volt, illetve, ha a Biztosított elmulasztotta bejelenteni az e-mail cím megváltozását.

25. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve

A Biztosító és a Szerződő kapcsolattartása, valamint a Biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

26. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok

Jelen csoportos biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A Felek a csoportos biztosítási szerződésből, valamint a biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény (Pp.) általános szabályai szerint illetékességgel és hatáskörrel rendelkező bíróság az illetékes. Az eljárások nyelve magyar.

27. Panaszkezelés, Online vitarendezés

27.1. **A Biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a Biztosító részére kell bejelenteni az alábbiak szerint:**

27.1.1. A panaszok bejelentése

A Biztosított, (ügyfél) esetlegesen szóbeli (személyesen, telefonon) vagy írásbeli (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) a Biztosító, vagy az általa megbízott biztosításközvetítő ügynök magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszukkal az NN Biztosító Zrt. Ügyfélszolgálati Igazgatóságához (cím: 1138 Budapest, Váci út 133., levelezési cím: 1364 Budapest, Pf. 247, e-mail cím: biztosito.panasz@nn.hu, telefon: 1433 (NN TeleCenter), faxszám: +36-1-267-4833) fordulhatnak. A fogyasztónak¹ minősülő ügyfél a panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve, ha a Biztosított a Biztosító válaszával nem ért egyet, az alábbi szervezetekhez fordulhat: a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjánál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet (ügyfélszolgálati cím: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6., levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP, Pf. 777, telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mn.hu), vagy a csoportos biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti (Székhely cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55., ügyfélszolgálat: 1122 Budapest Krisztina krt. 6., levelezési cím általános ügyekben: Pénzügyi Békéltető Testület 1525 Budapest, Pf. 172, telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mn.hu, ügyfélkapun keresztül: www.magyarorszag.hu) vagy a polgári rendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. A fogyasztónak nem minősülő ügyfél a panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve, ha az ügyfél a Biztosító válaszával nem ért egyet, panaszával a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. A Biztosító panaszkezelési eljárására vonatkozó részletes szabályokat a Biztosító Panaszkezelési szabályzata tartalmazza, amely megtalálható a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu). A Biztosító a szerződéskötést követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közzéteszi.

27.2. Online vitarendezési platform

27.2.1. Az Európai Parlament és a Tanács fogyasztói jogviták online rendezéséről szóló, 2013. május 21-i 524/2013/EU rendelete (a továbbiakban Rendelet) alapján az Európai Bizottság létrehozott egy online vitarendezési platformot.

27.2.2. A Rendelet az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkező fogyasztók és az Európai Unióban letelepedett biztosítók közötti, online szolgáltatási szerződésekből eredő kötelezettségekkel kapcsolatban felmerülő jogviták, így az online megkötött szerződésekkel összefüggő pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljárásen kívüli rendezésére irányuló kommunikációt ezen a platformon keresztül kell a fogyasztóknak biztosítania.

27.2.3. A Rendelet hatálya közvetlenül kiterjed a Magyarországon székhellyel rendelkező pénzügyi szolgáltatóra, amennyiben közte és a fogyasztó között létrejött online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatban pénzügyi fogyasztói jogvita merül fel.

27.2.4. **A fogyasztó a Rendelet szerint online vitarendezési platformon keresztül online kezdeményezheti a jogvita bírósági eljárásen kívüli rendezését a közösen megválasztott vitarendezési fórumnál. Magyarországon a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult.**

27.2.5. Online szolgáltatási szerződésnek minősül minden olyan pénzügyi szolgáltatási szerződés, amelynek értelmében a szolgáltató vagy a szolgáltató közvetítője egy weboldalon vagy egyéb elektronikus eszközön keresztül kínál valamilyen szolgáltatást, és a fogyasztó az adott weboldalon vagy egyéb elektronikus eszközön keresztül rendeli meg azt, vagy köt arra szerződést.

27.2.6. Az online vitarendezési platform elérhető a fogyasztók számára.

Online vitarendezési platform: <http://ec.europa.eu/odr>

Nemzeti kapcsolattartó pont:

Innovációs és Technológiai Minisztérium - Európai Fogyasztói Központ

Székhely: 1027 Budapest, Csalogány u. 9-11.

¹ Fogyasztó az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.

Levelezési cím: 1440 Budapest Pf. 1.

Telefon: 06-1-795-52-33

E-mail: odr@itm.gov.hu

27.3. A Biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina körút 55.; központi telefonszáma: (+36-80) 428-2600).

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

28. Egyéb rendelkezések

28.1. **Szolgáltatásfinanszírozó kockázatok esetén a tényleges egészségügyi ellátást a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.25. pontjában 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.**

28.2. **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.**

28.3. **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.**

28.4. **A Biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján (www.nn.hu) teszi közzé.**

29. Távértékesítési tájékoztató

Jelen tájékoztató célja, hogy tájékoztatás nyújtáson a www.premiumegeszsegpenztar.hu oldalon elérhető Egészségpénztár Ügyfélportálon elérhető Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás elektronikus úton történő csatlakozási folyamatáról, valamint a távértékesítési szabályokról a telefonon történő csatlakozás vonatkozásában is. Prémium Pénztárszolgáltató Kft. (székhely: 1138 Budapest, Dunavirág u. 2-6.) (a továbbiakban: Biztosításközvetítő) üzemelteti a www.premiumegeszsegpenztar.hu honlapot, és végzi a telefonos csatlakoztatást.

30. Elektronikus szerződéskötés

30.1. A Pénztártagok és közeli hozzátartozóik (a továbbiakban Biztosítottak) a csoportos biztosításhoz a www.premiumegeszsegpenztar.hu oldalon elérhető Egészségpénztár Ügyfélportálon (továbbiakban: Honlap) keresztül elektronikus úton csatlakozhatnak.

30.2. **A szerződéskötés technikai lépései:** A Biztosítottak Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás csoportos biztosítási szerződéshez elektronikus úton történő csatlakozása a Honlapon keresztül a megfelelő adatok és hozzájárulások megadásával történik. A csatlakozás lépései a Honlapon láthatóak és nyomon követhetőek.

A Biztosított Nyilatkozat megtételét követően a Biztosításközvetítő 48 órán belül értesítést küld az Egészségpénztár ügyfélportáljára a csatlakozási kérelem megérkezéséről.

30.3. **Hibák azonosítása, kijavítást célzó eszközök: A Biztosítottnak a csatlakozási folyamat során bármikor és a Biztosított Nyilatkozat megtétele előtt és után lehetősége van visszalépni, és hibásan megadott adatait az Egészségpénztár Alapszabálya alapján módosítani.**

30.4. **Kárfelelősség:** A Biztosításközvetítő és a Biztosító ellenőrzi a Honlapon elhelyezett információkat, és minden észszerű intézkedést megtesz az információk folyamatos aktualizálásáért, azok pontosságáért és teljességéért, Biztosításközvetítőnek felróható technikai jellegű problémákból adódó károkért, és az ezek miatt esetlegesen felmerülő sérelemdíjért a Biztosításközvetítő felelősséget vállal. A Biztosításközvetítő nem vállal felelősséget azokért az esetlegesen bekövetkező károkért, veszteségekért, költségekért, amelyek ügyfél oldalon a weboldal használatából, azok használatra képtelen állapotából, nem megfelelő működéséből, üzembizavarából, illetve amelyek az információ-továbbítási késedelemből, számítógépes vírusból, vonal- vagy rendszerhibából vagy

más hasonló okból származnak. Az ügyfelek mulasztásából, illetve rosszindulatú programok elleni nem megfelelő védelméből adódó fertőzések, támadások és ezek által történő adatlopás, adatvesztés, vagy az adatok bárki által történő megváltoztatása következtében keletkező károkért a Biztosításközvetítő szintén nem vállal felelősséget.

A letölthető NN Biztosítási Feltételek, egyéb dokumentumok, tájékoztatók, valamint az egyes termékleírásoknál megadott információkért a Biztosító, továbbá az ügyfélszolgálati információk naprakészességéért, a szerződéskötés során megadott adatok biztonságáért a Biztosításközvetítő tartozik felelősséggel.

31. Távértékesítési közös szabályok

31.1. **Szolgáltatás:** A távértékesítés keretében létrejött biztosított jogviszony tárgyának lényeges jellemzőit, a fedezett kockázatok körét, az alkalmazott kizárásokat és mentesüléseket, a Szerződőt és a Biztosítottat megillető jogokat és kötelezettségeket, így különösen a díjfizetés és a szolgáltatás teljesítésének feltételeit, a jelen NN Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

A jelen NN Biztosítási Feltételeket a Szerződő és a Biztosított bármikor megtekintheti, és letöltheti a Honlapról, valamint kérésére azt papíron is a rendelkezésére bocsátja a Biztosító. A Biztosított a biztosítási termékéről, díjról és a szolgáltatásokról a csoportos biztosításhoz való csatlakozást megelőzően, a Biztosított Nyilatkozat megtétele során tájékozódhatott.

A Szerződő felé – a biztosított jogviszonnyal kapcsolatban – a Biztosított Nyilatkozat megtételekor megismert biztosítási díjrészen felül a fogyasztót egyéb fizetési kötelezettség nem terheli.

A távközlő eszköz használatával kapcsolatban a Biztosító és a Szerződő a Biztosítottal szemben többletköltséget nem érvényesít.

A **Biztosítottat a felmondási jog** a jelen NN Biztosítási Feltételek 12. pontja szerint illeti meg.

A felmondásra nyitva álló határidő lejártá előtt a szerződés teljesítése csak a Biztosított kifejezett hozzájárulását követően kezdhető meg. **A Biztosított tudomásul veszi, hogy a felmondásra nyitva álló határidőn belül a biztosítási esemény bejelentése a szerződés teljesítésére vonatkozó kifejezett hozzájárulásnak minősül.**

31.2. **Biztosított Nyilatkozat visszaigazolása:** Az Ekertv. és a Ptk. rendelkezései értelmében a Biztosított biztosítottá válási szándékának (Biztosított Nyilatkozat megtétele) elektronikus úton történő beérkezéséről a Biztosításközvetítő haladéktalanul, de legkésőbb 48 órán belül visszaigazolást küld a Biztosított által megadott e-mail címre. Amennyiben a fenti határidőn belül a Biztosított által megadott e-mail címre az értesítés nem érkezik meg úgy a Biztosított mentesül a szerződéses kööttség alól.

31.3. **Biztosított jogviszony létrejötte:** A csoportos biztosítási szerződés írásba foglalt szerződésnek minősül, amelyet a Biztosító azonosító jellel lát el. A Biztosított Biztosított Nyilatkozattal megtett biztosított jogviszonyának létrejöttére vonatkozó részletes szabályokat a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. pontja tartalmazza. A létrejött csoportos biztosítási szerződést és az adott Biztosított vonatkozásában létrejött biztosított jogviszony adatait a Biztosító mellékletként csatolt Adatkezelési tájékoztató szerint megőrzi.

A feleket a szerződés létrejöttét megelőző időszakban terhelő együttműködési és tájékoztatási kötelezettség vonatkozásában a magyar jog alkalmazandó. Az előzetes tájékoztatás magyar nyelven történik.

A biztosított jogviszonyra vonatkozó Biztosított Nyilatkozat csak magyar nyelven tehető meg. A biztosított jogviszony hatálya alatt az ügyféllel való kapcsolattartás magyar nyelven történik.

A csoportos biztosításra és a biztosított jogviszonyra a magyar jog alkalmazandó. A csoportos biztosítási szerződésből és a biztosított jogviszonyból származó valamennyi perre a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény (Pp.) általános szabályai szerint illetékességgel és hatáskörrel rendelkező bíróság az illetékes.

A Magyar Biztosítók Szövetsége által megalkotott Etikai- és Versenykódex rendelkezései a MABISZ tagbiztosítói, így az NN Biztosító Zrt. számára is kötelező érvényűek. Az Etikai- és Versenykódex elektronikus elérhetősége: <http://www.mabisz.hu/hu/a-szovetseg/etikai-kodex.html>.

A Csoportos biztosítási szerződés tartama határozott egy biztosítási év, amely az jelen Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint automatikusan meghosszabbodik. A biztosított jogviszony tartama ennél rövidebb is lehet a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6. pontjában meghatározottak szerint.

A csoportos biztosítási szerződés lejárt előtti – akár a Szerződő, akár a Biztosító általi – egyoldalú megszüntetésének lehetőségéről és következményeiről a Csoportos biztosítási szerződés rendelkezik. A Biztosított által a biztosított jogviszony megszüntetéséről a jelen Általános Biztosítási Feltételek 12. pontja rendelkezik.