

# Védőháló egészségbiztosítás Különös Biztosítási Feltételek

Jelen Különös Biztosítási Feltételek a Védőháló egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételekkel együtt (a továbbiakban: NN Biztosítási Feltételek) az NN Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) és a PRÉMIUM Önkéntes Egészség- és Önségélyező Pénztár (a továbbiakban: Egészségpénztár), együttesen Felek között megkötött és 2023. április 1. napjától hatályos csoportos egészségbiztosítási szerződés alapján létrejött Védőháló Szolidáris Alap közösségi szolgáltatásának igénybevételére jogosult tagjaira, valamint a Pénztártagok által az Alaphoz csatlakoztatott 1. életévét betöltött, szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó(i) ra vonatkozóan hatályosak, feltéve, hogy a szerződést jelen NN Biztosítási Feltételekre való hivatkozással kötötték.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító Védőháló egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltételek), az Egészségpénztár Alapszabálya és a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezési, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

## 1. Biztosítási események és a Biztosító szolgáltatása

### 1.1. Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok

1.1.1. **Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt, nem szűrővizsgálati célból, szakorvos által elrendelt, az alábbiakban felsorolt nagyértékű diagnosztikai vizsgálata, amennyiben azt a Biztosított az Ellátásszervezőnél előzetesen bejelenti:**

- a) **PET-CT** (pozitron-emissziós tomográfias diagnosztika),
- b) **Cardio-CT** (tomográfias diagnosztika),
- c) **MR** (mágneses rezonancia diagnosztika),
- d) **CT** (computer tomográf – számítógépes rétegvétel diagnosztika),
- e) **endoszkópos vizsgálatok.**

A vizsgálat indokoltságát a Biztosító orvosszakértője jogosult felülbírálni orvos szakmai szempontok alapján.

**A biztosítási esemény időpontja az igénybe vett nagyértékű diagnosztikai vizsgálat napja.**

### 1.1.2. A Biztosító szolgáltatása

1.1.2.1. A Biztosított vizsgálati igényét az Általános Biztosítási Feltételek 15. pontja szerint jelentheti be az Ellátásszervezőnek telefonon vagy az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online.

1.1.2.2. **A Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok keretében elérhető szolgáltatásokat a Biztosító az Ellátásszervező partnere révén az Általános Biztosítási Feltételek 15. pontja szerint megszervezi és a vizsgálat, valamint a vizsgálathoz kapcsolódó egyéb egészségügyi kiadások (előzetes laborvizsgálat, EKG, mellkasröntgen, altatás, bódítás, COVID teszt, mintavétel) költségeit a Biztosított rendelkezésre álló jelen Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limitének erejéig a Biztosító átvállalja.**

1.1.2.3. **Több nagyértékű diagnosztikai vizsgálat egyidejű bejelentése esetén az Ellátásszervező az orvosi javaslaton/beutalón meghatározott sorrendben szervezi meg a vizsgálatok időpontját.**

1.1.2.4. **Egy adott panaszhoz kapcsolódó ugyanazon típusú nagyértékű diagnosztikai vizsgálat díját a Biztosító egy biztosítási éven belül csak egyszer vállalja át, kivéve, ha az ismételt vizsgálatra a Biztosított egészségi állapotának orvos szakmailag indokolt romlása vagy utánkötése miatt van szükség. Ezen okok fennállását az Ellátásszervező jogosult mérlegelni orvos szakmai szempontok alapján.**

1.1.2.5. A nagyértékű diagnosztikai vizsgálat eredményéről szóló vizsgálati leletet az Egészségügyi szolgáltató adja át a Biztosítottnak a Biztosított által választott formában.

### 1.2. Egynapos sebészeti ellátásokra vonatkozó biztosítás

1.2.1. **Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező és a várakozási idő leteltét követően szükségessé váló, orvos szakmailag indokolt egynapos sebészeti ellátása, amennyiben azt a Biztosított az Ellátásszervezőnél előzetesen bejelenti.**

1.2.1.1. **Az ellátás indokoltságát a Biztosító orvosszakértője jogosult felülbírálni orvos szakmai szempontok alapján. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az egynapos sebészeti ellátás igénybevételének napja.**

- 1.2.2. **A Biztosító szolgáltatása**
- 1.2.2.1. A Biztosított vizsgálati igényét az Általános Biztosítási Feltételek 15. pontja szerint jelentheti be.
- 1.2.2.2. **Az Egnapos sebészeti ellátásokra szóló biztosítás keretében az egnapos sebészeti ellátása a Biztosító az Ellátásszervező partnere révén az Általános Biztosítási Feltételek 15. pontja szerint megszervezi és az ellátás költségeit a Biztosított rendelkezésre álló jelen Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limitének erejéig a Biztosító átvállalja.**
- 1.2.2.3. **Az Egnapos sebészeti ellátásokra szóló biztosítás keretében elszámolható költségek:**
- **preoperatív vizsgálatok (járóbeteg szakellátás) költségei:**
    - i) labor, illetve képalkotó diagnosztikai vizsgálatok
    - ii) sebészeti és aneszteziológiai vizsgálatok
    - iii) a műtéti terv és az esetmanager/műtéti koordinátor költsége
  - egnapos sebészeti beavatkozás költsége (műtéti költség, szövettani vizsgálat)
  - a postoperatív szak (megfigyelés, utógondozás) költségei:
    - i) hotelszolgáltatás
    - ii) első kontroll (ideértve az esetleges kötözést), varratszedés.
- 1.2.2.4. Az 1.2.2.3. pontban felsorolt perioperatív orvosi konzultációk és vizsgálatok költségei nem terhelhetők át más biztosítási szolgáltatási elem Éves szolgáltatási limitjének terhére.
- 1.3. **Műtéti garancia szolgáltatás**
- 1.3.1. **Biztosítási eseménynek minősül a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.2.1. pontja szerinti egnapos sebészeti ellátás során bekövetkező, előre nem látható esemény, amely miatt a Biztosítottat állami egészségügyi intézménybe kell szállítani további egészségügyi ellátás céljából.**  
**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított állami egészségügyi intézménybe történő szállításának napja.**
- 1.3.2. **A Biztosító szolgáltatása**
- 1.3.2.1. **A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az Ellátásszervező partnere révén utólag megtéríti a szállítási és egyéb felmerülő orvosi kezelési költségnek a Biztosított nevére szóló számlával igazolt összegét legfeljebb a jelen Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit összeghatáráig.**
- 1.4. **Diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó biztosítás**
- 1.4.1. **Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkezett betegségével vagy balesetével, illetve a kockázatviselés kezdete előtt már kialakult krónikus betegségével, maradandó egészségkárosodásával összefüggően felmerülő, új panaszok miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt, működési engedéllyel rendelkező szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb, a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok keretein belül elérhető nagyértékű diagnosztikai vizsgálatnak nem minősülő diagnosztikai vizsgálata (pl. röntgen, ultrahang stb.).**  
**Az ellátás indokoltságát a Biztosító orvosszakértője jogosult felülbírálni orvosszakmai szempontok alapján.**  
**A biztosítási esemény időpontja az igénybe vett diagnosztikai vizsgálat napja.**
- 1.4.2. **A Biztosító szolgáltatása**
- 1.4.2.1. A Biztosított vizsgálati igényét az Általános Biztosítási Feltételek 15. pontja szerint jelentheti be az Ellátásszervezőnek.
- 1.4.2.2. **A Diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó biztosítás keretében elérhető laboratóriumi és egyéb, a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok keretében elérhető nagyértékű diagnosztikai vizsgálatnak nem minősülő diagnosztikai vizsgálatokat Biztosító az Ellátásszervező partnere révén az Általános Biztosítási Feltételek 15. pontja szerint megszervezi és a vizsgálat költségeit a Biztosított rendelkezésre álló jelen Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit erejéig a Biztosító átvállalja.**
- 1.4.2.3. **Több diagnosztikai vizsgálat egyidejű bejelentése esetén az Ellátásszervező az orvosi javaslaton/beutalón meghatározott sorrendben szervezi meg a vizsgálatok időpontját.**
- 1.4.2.4. A diagnosztikai vizsgálat eredményéről szóló vizsgálati leletet az egészségügyi szolgáltató adja át a Biztosítottnak a Biztosított által választott formában.
- 1.5. **Kritikus betegségek biztosítás**
- 1.5.1. **Biztosítási eseménynek minősül a jelen Különös Biztosítási Feltételek szerint, ha a Biztosított kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül az alábbiakban felsorolt, meghatározott és a leírásoknak teljes mértékben megfelelő kritikus betegség típusok bármelyikét elszenvedi:**

#### 1.5.1.1. **Rosszindulatú daganatban való megbetegedés (rák)**

1.5.1.1.1. Rosszindulatú daganat a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan osztódása és az egészséges szövetek közé terjedése, azok elpusztítása. A rák meghatározása magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin és Non-Hodgkin lymphoma), a myeloma multiplexet, a leukémiát.

##### **A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:**

- körülírt, a környezetét nem elárasztó ún. lokális daganatok (carcinoma in situ),
- a szövettanilag premalignus, korai stádiumú, non-invazív daganatok (ide számítva az in situ mellldaganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 méhnyaki diszpláziákat),
- korai stádiumú prosztaták (T1a, 1b, 1c),
- bazálsejtes rák (basalioma), pikkelyes bőrrák (epithelioma), áttét nélküli melanoma, ha a tumor vastagsága 1,5 mm alatt van vagy a Clark osztályozás szerint a 3-as szint alatti
- HIV vírus jelenléte mellett kialakult malignus tumorok,
- pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papilláris mikro carcinomája,
- húgyhólyag papilláris mikrocarcinomája,
- RAI III stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus lymphoid leukémia.

##### **A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.**

**Benyújtandó iratok: onkológiai szakorvosi vélemény, zárójelentés, a daganatot bizonyító szövettani vizsgálat lelete.**

#### 1.5.1.2. **Szívinfarktus**

A szívizom egy részének elhalása az érintett terület elégtelen vérellátása következtében. A diagnózis az alábbi kritériumokon alapszik:

- típusos mellkasi fájdalom
- friss és szívinfarktust bizonyító EKG eltérés, ST-szakasz elevációval járó szívinfarktus (STEMI) kialakulása,
- szívizom elhalást jelző specifikus enzimek szintjének típusos emelkedése a vérben (CKMB, Troponin T vagy I, egyéb biokémiai markerek).

##### **A biztosítás nem terjed ki a nem ST-szakasz elevációval járó, emelkedett Troponin I vagy T-vel kísért szívinfarktusra (NSTEMI).**

A diagnózist kardiológus szakorvos állítja fel.

##### **A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.**

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

#### 1.5.1.3. **Egyéb súlyos szívkoszorúér betegség**

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

##### **A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.**

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

#### 1.5.1.4. **Agyi érkatasztrófa**

Az agyi érkatasztrófa olyan idegrendszeri történés – agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embóliaforrásból eredő agyi embólia – melynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak és a következményeként maradandó, azaz 90 napnál tovább fennálló idegrendszeri károsodás keletkezik.

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

##### **A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:**

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

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

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

1.5.1.5. **Vakság**

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

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

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

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

1.5.1.6. **Süketség**

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

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

**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a hallásvesztés diagnosztizálásának időpontja.**

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

1.5.1.7. **Beszédképesség elvesztése**

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

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

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

1.5.1.8. **Előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva)**

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

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

**A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:**

- helyi bőrkérgesedés (scleroderma lineáris, morphea),
- fasciitis eosinophyllica,
- CREST szindróma.

**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.**

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

1.5.1.9. **Szisztémás lupus erythematosus nephritissel**

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

**Ebben a biztosításban az SLE diagnózisát azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE érinti a veséket.**

**A biztosítás kiterjed a WHO szerinti IIIV I osztályú lupus nephritisre.**

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

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

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

**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.**

**Benyújtandó iratok: nephrológus, immunológus, reumatológus szakvéleménye, zárójelentések, vese-biopszia lelete.**

1.5.1.10. **Csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anémia)**

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

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

**A biztosítás nem terjed ki a vérszegénység nem csontvelő elégtelenség miatt kialakult eseteire. Benyújtandó iratok: haematológiai, immunológiai szakvélemény, kórházi zárójelentés, a diagnózist alátámasztó laboratóriumi és csontvelő vizsgálat leletei.**

1.5.1.11. **Végállapotú tüdőbetegség**

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

- FEV1 teszt eredménye három egymást követő vizsgálat alkalmával kevesebb, mint 1 liter. A FEV1 az egy másodperc alatt erőltetett légzéssel kilégtetett levegő mennyisége;
- állandó oxigénpótló kezelést igénylő állapot;
- nyugalmi nehézlégzés.

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

**Benyújtandó iratok: tüdőgyógyászati szakvélemény, légzésfunkciós vizsgálatok eredményei.**

1.5.1.12. **Krónikus veseelégtelenség**

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

**A biztosítás nem terjed ki az akut vesekárosodás miatti átmeneti időre szükséges vese dialízisre, illetve a szerződés-kötéskor már várólistán levő egyénre.**

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

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

1.5.1.13. **Kóma**

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

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

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

**A biztosítási esemény időpontja a kóma állapot bekövetkeztének napja.**

**Benyújtandó iratok: intenzív terápiás szakorvosi vélemény, zárójelentés.**

1.5.1.14. **Szklerózis multiplex**

A sclerosis multiplex krónikus, a központi idegrendszer fehérállományának gyulladással járó betegsége, melynek következtében károsodik az idegsejteket körülvevő, úgynevezett myelinhüvely és az idegsejtállomány is.

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

**A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.**

**Benyújtandó iratok: ideggyógyász szakorvosi vélemény, zárójelentés.**

1.5.1.15. **Parkinson kór**

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

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

**A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.**

**Benyújtandó iratok: ideggyógyász szakorvosi vélemény, zárójelentés.**

- 1.5.1.16. **Alzheimer kór/ Súlyos elbutulás 60 éves kor betöltése előtt**  
Alzheimer kór vagy visszafordíthatatlan szervi rendellenesség következtében kialakult értelmi képesség hanyatlás, ami olyan magatartásváltozással jár, hogy a biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel.  
**A biztosítás nem terjed ki a pszichiátriai betegségek vagy az alkoholfüggőség okozta elbutulás eseteire, és a 60 éves kor betöltését követően felállított diagnózisokra.**  
**A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.**  
**Benyújtandó iratok: ideggyógyász szakorvosi vélemény, zárójelentés.**
- 1.5.1.17. **Agyvelőgyulladás**  
Az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladását okozó fertőzés, amely tartós idegrendszeri károsodáshoz vezet.  
**A biztosítás nem terjed ki a HIV vírus okozta agyvelőgyulladásra.**  
**A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.**  
**Benyújtandó iratok: ideggyógyász vagy infektológus szakorvosi vélemény, zárójelentés.**
- 1.5.1.18. **Bakteriális agyhártyagyulladás**  
Bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladásos folyamatainak keresztül súlyos ideggyógyászati károsodást okoz.  
**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának időpontja.**  
**Benyújtandó iratok: ideggyógyász vagy infektológus szakorvosi vélemény, zárójelentés.**
- 1.5.1.19. **Aortaműtét**  
Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét az aorta szűkületének, elzáródásának, aneurizmájának (verőértágulat), dissectiójának (az aorta belső rétegének hosszanti, tovafutó berepedése) megszüntetése céljából. Ebben a megfogalmazásban a mellkasi és hasi aorta műtétjéről van szó, az oldalágak nélkül.  
**A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra.**  
**A biztosítási esemény időpontja a műtét napja.**  
**Benyújtandó iratok: kardiológiai, szívsebészeti szakvélemény, zárójelentés, műtéti leírás.**
- 1.5.1.20. **Szívbillentyűműtét**  
Egy vagy több műbillentyű (aorta, mitrális, pulmonális, tricuspidális) nyitott mellkasban való műtéti behelyezése a billentyű szűkület, elégtelenség vagy a kettő kombinációja miatt.  
A billentyűbetegség diagnózisát szívkatéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni, a műtét szükségességét kardiológus, szívsebész szakvéleményével kell alátámasztani.  
**A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:**  
– valvuloplasztika,  
– valvulotómia.  
**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének napja.**  
**Benyújtandó iratok: kardiológiai szakvélemény, szívsebészeti zárójelentés, műtéti leírás.**
- 1.5.1.21. **Koponya megnyitásával járó műtét**  
A koponya és az agyhártyák megnyitásával járó műtéti eljárás, mely betegség vagy baleset okozta elváltozás vagy állapot miatt válik indokolttá.  
**A biztosítás nem terjed ki a katéteres eljárásokra.**  
**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének napja.**  
**Benyújtandó iratok: ideggyógyászati szakvélemény, idegsebészeti zárójelentés, műtéti leírás.**
- 1.5.1.22. **Szervátültetés**  
A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a Biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) testéből szívet, tüdőt, májat vagy vesét első alkalommal ültetnek át.  
**Az itt felsoroltakon kívül más szervekre nem terjed ki a kockázatviselés, így összejt, csontvelő, bőr, csont beültetésre, vérátömlesztésre sem.**  
**A biztosítási esemény időpontja a beültetés napja.**  
**Benyújtandó iratok: a transzplantációt megelőző kivizsgálás, a transzplantációt végző intézmény zárójelentései.**

1.5.1.23. **Nagyfokú égés**

Harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a Biztosított testfelületének legalább 20%-át érinti. Az égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület, gőz) vagy elektromos áram által kiváltott élőszöveti sérülés. A biztosítás nem terjed ki nap-, röntgen-, radioaktív-, infrasugárzás, lézer, mikrohullám által okozott égési sérülésekre.

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

**Benyújtandó iratok: bőrgyógyászati, sebészeti szakvélemény.**

1.5.2. **A Biztosító szolgáltatása**

1.5.2.1. A Biztosító az Ellátásszervező partnere révén a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott **Éves szolgáltatási limit mértékéig megtéríti a Biztosított által a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 3. naptári év azonos napjáig bezárólag igénybe vett egészségügyi szolgáltatás(ok) számlával igazolt költségét.**

1.5.2.2. Az első téríthető ellátásra a jelen Különös Biztosítási Feltételek 4.2.2. pontja szerinti kritikus betegség igény jóváhagyásának napját követően van lehetőség.

1.5.2.3. **Több különböző típusú kritikus betegség egyidejű bekövetkezése esetén az Éves szolgáltatási limit nem többszöröződik.**

1.5.2.4. **Különböző típusú kritikus betegségek időben elkülönült bekövetkezése esetén a Biztosított kritikus betegség típusonként jogosult a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.5.2.1. pontja szerinti biztosítási szolgáltatásra a jelen Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit mértékéig, amennyiben azok megfelelnek a jelen Biztosítási Feltételekben foglalt rendelkezéseknek, feltéve, hogy a különböző típusú kritikus betegségek bekövetkezésének okai jól elkülöníthetőek, egymástól függetlenek, és nem áll fenn közöttük ok-okozati kapcsolat.**

1.5.2.5. **A Biztosító a Csoportos Biztosítás teljes tartama alatt egy adott kritikus betegség típus vonatkozásában csak egy biztosítási esemény bekövetkezése esetén szolgáltat a jelen Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit mértékéig, így az adott kritikus betegség típus ismételt bekövetkezése esetén a Biztosított nem jogosult a Biztosító újbóli szolgáltatására, akkor sem, ha a Biztosított Alapban lévő tagsága nem volt folyamatos.**

1.5.2.6. **A Biztosított az alább felsorolt kategóriákba tartozó egészségügyi szolgáltatások költségeinek megtérítését kérheti a jelen Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit terhére:**

- a) a biztosítási esemény következményeként fellépő egészségkárosodás rehabilitációja, gyógykezelése, illetve a Biztosított állapotának utánkövetése érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások,
- b) a Biztosított egészségi állapotának, életminőségének javítása, a fájdalom és a szenvedés csökkentése érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások,
- c) a Biztosított további megbetegedéseinek megelőzése, korai felismerése, megállapítása, valamint a megbetegedése következtében kialakult állapot javítása érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások,
- d) a Biztosított egészségi állapotának javítását célzó egészségügyi szolgáltatások.

1.5.2.7. **A jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.5.2.6. a-d) pontjaiban meghatározott egészségügyi szolgáltatás kiterjed az alábbi főbb ellátási területekre:**

- a) orvosi ellátás (fekvő- és járóbeteg)
- b) fogászati ellátás
- c) fizioterápia, fizikoterápia
- d) szövet- és sejtbanki tevékenység
- e) szakpszichológiai ellátás
- f) diétetika
- g) egészségügyi szolgáltatáshoz szükséges fekvőbeteg intézményben vagy speciális rehabilitációs intézményben való elhelyezés
- h) mozgáskorlátozottság esetén a lakókörnyezet átalakítása
- i) tartós ápolás
- j) gyógyászati segédeszközök kölcsönzése

k) kiegészítő gyógyászati tevékenységek, nem konvencionális gyógyászati módok:

i) Orvos által végezhető gyógyászati módok:

- homeopátia,
- hagyományos kínai orvoslás (és ezen alapuló egyéb technikák),
- manuálterápia (gyógytornász/gyógytornász-fizioterapeuta által is végezhető),
- indiai (ájurvédikus gyógyászati eljárások),
- méregtelenítő módok,
- tibeti gyógyító eljárások,
- pszichológiai eljárások,
- neurálterápia.

ii) Szakképesítéssel végezhető tevékenységek:

- akupresszúra,
- keleti mozgás- és masszázsterápia,
- életmód oktatás és tanácsadás,
- reflexzóna terápia.

ii) Vizsgálattal záruló képzésben szerzett képesítéssel végezhető tevékenységek, kiegészítő fizioterápiás módszerek:

- fitoterápia,
- fülakupunktúrás addiktológiai eljárások,
- kineziológiai módszerek,
- szemtréning eljárások.

1.5.2.8. **Gyógyszer és gyógyászati segédeszköz vételára nem téríthető meg az Éves szolgáltatási limit összeg terhére.**

1.5.2.9. **A jelen pontban meghatározott szolgáltatást 2024.04.01. után azok igényelhetik újonnan felmerülő szolgáltatási igényként, akik ezen dátumot követően jelentenek be kritikus daganatos betegségre szolgáltatási igényt, vagy akiknek a kritikus (daganatos) betegségre szóló Éves szolgáltatási limit felhasználhatósága még nem járt le (3 naptári év). Amennyiben a Biztosított az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt az 1.5.1.1.1. pont szerinti rosszindulatú daganatban betegszik meg, úgy a Biztosított Molekuláris diagnosztikai vizsgálat finanszírozás szolgáltatásra jogosult az alábbiak szerint, feltéve, ha a szolgáltatás 1.5.2.9.3 pontban meghatározott feltételei fennállnak:**

1.5.2.9.1. **a Biztosító Ellátásszervező partnere a 4.2.4 pontban meghatározottak szerint megrendeli a szolgáltatást és összekapcsolja a Biztosítottat a Molekuláris diagnosztikai vizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatóval, és**

1.5.2.9.2. **a Molekuláris diagnosztikai vizsgálat költségét – a jelen Különös Feltételek 2. pontjában megjelölt Önrész megfizetését követően – megtéríti. Az Ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatóval kötött szerződésben foglalt részteljesítés esetén az egészségügyi szolgáltatónál felmerült költségek erejéig térít a Biztosító.**

1.5.2.9.3. **A Biztosított Molekuláris diagnosztikai vizsgálat finanszírozás szolgáltatásra jogosult, amennyiben:**

i) **2024.04.01. után felmerülő szolgáltatási igényét az Általános Biztosítási Feltételek 15. pontja szerint bejelentette a Molekuláris diagnosztikai vizsgálat finanszírozása szolgáltatásra;**

ii) **rosszindulatú daganatos megbetegedés vonatkozásában a Biztosító és az Ellátásszervező orvosszakmai szempontból és a vonatkozó Biztosítási Feltételek alapján is megalapozottnak minősítette a Kritikus betegségek Éves szolgáltatási limitjére benyújtott igényét és az Éves szolgáltatási limit felhasználhatósága még nem járt le (3 naptári év).**

iii) **az Ellátásszervezővel szerződésben álló egészségügyi szolgáltató a Biztosított molekuláris diagnosztika vizsgálatra való igényét megvizsgálta és orvosszakmai szempontból indokoltnak (indikáció) találta;**

iv) **a jelen Különös Feltételek 2. pontjában meghatározott Önrész megfizetésre került.**

1.5.2.9.4. **Jelen szolgáltatás rosszindulatú daganatos megbetegedés biztosítási eseményként egy alkalommal vehető igénybe.**



## 2. Éves szolgáltatási limit

A Biztosító az Éves szolgáltatási limit mértékét a Biztosított Alap szolgáltatásaira való jogosultság kezdetén aktuális életkorát alapul véve, a lenti táblázatban foglaltak szerint határozza meg. A Biztosító a Biztosított csatlakozáskori életkorát úgy állapítja meg, hogy az Alap szolgáltatásaira való jogosultság időpontjának naptári évéből levonja a Biztosított születésének évszámát.

A szolgáltatási limit egy biztosítási évre és adott Biztosítottra vonatkozik.

A szolgáltatási limit a Kritikus betegségek biztosítás esetében három naptári évre és adott Biztosítottra vonatkozik.

Szolgáltatás	Biztosított csatlakozási életkora	Szolgáltatási limit
Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok	65 éves korig	300 000 Ft/1 biztosítási év
	66-70 éves korig	150 000 Ft/1 biztosítási év
	71 éves kortól	75 000 Ft/1 biztosítási év
Egynapos sebészeti ellátásokra szóló biztosítás	65 éves korig	450 000 Ft/1 biztosítási év
	66-70 éves korig	225 000 Ft/1 biztosítási év
	71 éves kortól	115 000 Ft/1 biztosítási év
Műtéti extra szolgáltatás	minden életkorban	300 000 Ft/1 biztosítási év
Diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó biztosítás	minden életkorban	25 000 Ft/ 1 biztosítási év
Kritikus betegségek biztosítás	65 éves korig	1 000 000 Ft/3 naptári év
	66-70 éves korig	500 000 Ft/3 naptári év
	71 éves kortól	250 000 Ft/3 naptáriév

Molekuláris diagnosztikai vizsgálat esetén az Önrész mértéke az Ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatónál igénybevehető, az Ellátásszervező Ügyfélportálján elérhető diagnosztikai csomag mindenkori szolgáltatói díjának 10%-a.

## 3. A kockázatviselés korlátozása

- 3.1. **A Biztosító mentesül az Általános Biztosítási Feltételekben megfogalmazott kizárások és mentesülések esetén a szolgáltatás teljesítése alól.**
- 3.2. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.5.1.1-23. pontjában meghatározott esetekre.**
- 3.3. **Amennyiben az egynapos sebészeti beavatkozás során olyan komplikációk merülnek fel, ami miatt a Biztosított bent tartózkodása meghaladja a 36 órát, vagy fekvőbeteg, illetve sürgősségi ellátásra van szüksége, a Biztosító a felmerülő többletköltségeket nem téríti meg, kivéve a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.3. pontjában leírt esetben, az ott meghatározott mértékig.**
- 3.4. **A Kritikus betegségek biztosítás vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre**
  - amelyek egymással ok-okozati kapcsolatban állnak;
  - amelyek oka részben vagy egészben a Biztosított olyan betegsége, amely a Biztosított az Alap szolgáltatásaira való jogosultsága előtti három évben bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül diagnosztizáltak, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt.

## 4. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- 4.1. **Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok, Egynapos sebészeti ellátásokra és Diagnosztikai vizsgálatokra szóló biztosítás**
  - 4.1.1. A szolgáltatás igénylésekor **a Biztosítottnak az alábbi, a biztosítási eseményt igazoló dokumentumokat kell az Általános Biztosítási Feltételek 15.1.1. pontjában leírt módon eljuttatnia az Ellátásszervezőnek:**

- diagnosztikai vizsgálatra szóló, az igénybejelentés időpontjában érvényes, 90 napnál nem régebbi beutaló, vagy szakorvosi javaslat;
  - releváns szakorvosi ellátásról szóló dokumentáció, amely igazolja, hogy a biztosított az egészségügyi állapotával kapcsolatos szakorvosi ellátást vett igénybe,
  - hivatásos sportoló esetében a sportági szakszövetség által kiállított, hivatásos sportolói engedélye,
  - versenyző sportoló esetében a Biztosított írásbeli nyilatkozata sportszövetségi tagságról,
  - vonatkozó egyéb orvosi dokumentumok (pl.: kórházi zárójelentések, ambuláns lapok stb.).
- 4.1.2. **A Biztosító az Ellátásszervező partner révén köteles az elbíráláshoz szükséges utolsó dokumentum benyújtásától számított 5 munkanapon belül a szükséges ellátásra vonatkozó időpontot ajánlani vagy az időpont választására az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online lehetőséget adni vagy a szolgáltatási igény elutasításáról a Biztosítottat értesíteni.** Az ellátás/vizsgálat tényleges időpontja és helyszíne a Biztosított időbeosztásától, valamint az egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitásoktól függ. Az ellátás/vizsgálat tényleges időpontja és helyszíne a Biztosított időbeosztásától, valamint az egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitásoktól függ. **A vizsgálat helyszínéről és időpontjáról.**
- 4.2. **Kritikus betegségek biztosítás esetében**
- 4.2.1. Az Éves szolgáltatási limitre való jogosultság alapjának elbírálásához **a Biztosítottnak az alábbi, a biztosítási eseményt igazoló dokumentumokat kell az Általános Biztosítási Feltételek 15.1.1. pontjában leírt módon eljuttatnia az Ellátásszervezőnek:**
- **a diagnózist alátámasztó orvosi dokumentumok (ideértve a kórházi záró jelentést, műtéti leírást, ambuláns lapot stb.);**
  - **elvégzett diagnosztikai vizsgálatok eredményét leíró dokumentumok és leletek;**
  - **szakorvosi javaslat/beutaló.**
- 4.2.2. A jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.5. pontjában meghatározott biztosítási események bármelyikére vonatkozóan a beküldött dokumentumok és orvos szakmai szempontok alapján a Biztosító elbírálja az Éves szolgáltatási limitre való jogosultság alapját és erről az elbíráláshoz szükséges utolsó dokumentum beérkezésétől számított 15 napon belül az Ellátásszervező írásban értesíti a Biztosítottat.
- 4.2.3. Az Éves szolgáltatási limit terhére a Biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások szervezését és az egészségügyi szolgáltatás költségeinek térítését a Biztosító abban az esetben teljesíti, ha
- a) **a Biztosított által igénybe veendő egészségügyi szolgáltatás a Biztosított egészségének helyreállításához vagy megőrzéséhez, betegségből való meggyógyulásához, egészségkárosodás bekövetkezésének elkerüléséhez szükséges, orvosszakmai szempontból indokolt és megalapozott, és az igényelt ellátást a Biztosító és az Ellátásszervező a jelen NN Biztosítási Feltételek alapján is megalapozottnak minősítette,**
  - b) **a Biztosított rendelkezik a hatályos magyar jogszabályok és orvosi protokollok szerinti esetekben, az azokban meghatározott módon és indikáció alapján a javaslat megtételére/beutaló kiállítására jogosult fél által javasolt ellátásra vonatkozó írásbeli orvosi javaslattal/beutalóval, mely tartalmazza az orvos pecsétjét vagy pecsétszámát,**
  - c) **a kritikus betegség biztosítási eseményhez kapcsolódó a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.1-1.4. pontjában felsorolt egészségügyi szolgáltatásokat Biztosított az Ellátásszervező előzetes tájékoztatásával, tudtával és/vagy szervezésében veheti igénybe;**
  - d) **a 4.2.3 c) pontban leírtakon felül a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.5.2.6. és 1.5.2.7. pontjai szerinti egészségügyi szolgáltatásokat a Biztosított utófinanszírozással, előzetes bejelentés nélkül veheti igénybe;**
  - e) **az igényelt ellátás/vizsgálat költségét az Egészségügyi szolgáltató által a Biztosított nevére kiállított számla igazolja;**
  - f) **a Kritikus betegségek fedezet keretében utófinanszírozásra befogadott igények esetében az egészségügyi szolgáltató által elvégzett beavatkozás és az arról kiállított számla teljesítési dátuma későbbi, mint a kritikus betegség igény jóváhagyásának napja;**
  - g) **az Éves szolgáltatási limit erre részben vagy egészben fedezetet nyújt**
- 4.2.4. **Molekuláris diagnosztikai vizsgálat igénybevétele:**
- A Biztosított rosszindulatú daganatos megbetegedésnek minősülő kritikus betegségével kapcsolatos Molekuláris diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó igényét az Ellátásszervező Ügyfélportálján keresztül jelentheti be. Az Ellátásszervező kárelbírálás keretében megvizsgálja, hogy az 1.5.2.9.3. i) -ii) és 1.5.2.9.4 pontokban megha-

tározott feltételek teljesültek. Amennyiben igen, tájékoztatja a Biztosítottat az elbírálás eredményéről.

Ezt követően amennyiben a Biztosított a jelen Különös Feltételek 2. pontjában meghatározott Önrészt az Általános Feltételekben leírt módon megfizeti az Ellátásszervezőnek, úgy a Biztosított részére megrendeli a szerződött egészségügyi szolgáltatónál a Molekuláris diagnosztikai vizsgálat szolgáltatását.

A Molekuláris diagnosztikai vizsgálat elvégzését az Ellátásszervezőtől kapott tájékoztatás alapján a Biztosított kezdeményezi az Ellátásszervező partnerrel szerződött egészségügyi szolgáltatónál.

Amennyiben a Biztosított nem rendelkezik jóváhagyott Kritikus betegségekre vonatkozó igényvel, úgy a Molekuláris diagnosztikai vizsgálati igény elutasításra kerül.

A vizsgálat orvosszakmai megalapozottságának és indokoltságának (indikációjának) megállapítását (1.5.2.9.3. iii) pont) a szerződött egészségügyi szolgáltató végzi szakorvosi konzultáció keretében.

A vizsgálat elvégzését, kiértékelését, valamint utánkövetését az Ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató közvetlenül a Biztosítottal intézi.

- 4.2.5. **A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 3 éven belül (elévülés) be kell jelenteni a Biztosítónak az Ellátásszervezőn keresztül, különben a Biztosító mentesül a szolgáltatás nyújtása alól.**