

Védőháló egészségbiztosítás

Általános Biztosítási Feltételek

Jelen Általános Biztosítási Feltételek a Védőháló egészségbiztosítás Különös 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, illetve Szerződő), 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.

Jelen Általános Biztosítási Feltételekben, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Egészségpénztár Alapszabálya (a továbbiakban: Alapszabály) és a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

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 a NN Biztosítási Feltételek alapján létrejött biztosítási jogviszonyokban nem irányadóak, további alkalmazásukat a 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 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 az egészségügyi szolgáltatás ellátására vonatkozó szerződést köt.
- 1.5. **Baleset:** a kockázatviselés ideje alatt a Biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő, olyan egyszeri külső erőbehatás, 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 hóguta, 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. **Beavatkozás:** orvos által végzett megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- 1.7. **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.
- 1.8. **Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- 1.9. **Biztosítási évforduló:** minden év április 1.
- 1.10. **Biztosított:** a Szerződővel tagsági jogviszonyban álló és a Védőháló Szolidáris Alaphoz (Alap) a PRÉMIUM Egészségpénztár Alapszabálya szerint automatikusan csatlakozott Pénztártag, valamint a Pénztártag által bejelentett, pénztári szolgáltatásra jogosult és az Alaphoz csatlakoztatott közeli hozzátartozó.
- 1.11. **Biztosított Pénztártag nyilatkozata:** az a dokumentum, amellyel a biztosított Pénztártag az Alaphoz csatlakoztatja

közeli hozzátartozóját, továbbá amellyel a biztosított Pénztártag az Alap szolgáltatásaira vonatkozó lemondó nyilatkozatát követően az Alap szolgáltatásait ismételten kéri és ezzel hozzájárul a szerződés hatályának rá, illetve a közeli hozzátartozóra történő újbóli kiterjesztéséhez.

- 1.12. **Biztosítási esemény:** a Biztosító által a Különös Biztosítási Feltételekben biztosítási eseményként meghatározott esemény, amelynek bekövetkezése esetén a Biztosító ezen feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.
- 1.13. **Betegség:** az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza a Biztosított személy életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét.
- 1.14. **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.
- 1.15. **Diagnosztikai vizsgálat:** a Biztosított panasza okának 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 (nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok).
- 1.16. **Díjrész:** A Szerződő a Biztosító részére biztosítási díjat fizet, amely az egyes Biztosítottakra vonatkozó díjrészekből áll. A Szerződő az adott Biztosított után fizetendő díjrészt a Biztosítottra áthárítja és beszedi az alábbiak szerint: a Szerződő a Védőháló Szolidáris Alap hozzájárulási díjaként 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.
- 1.17. **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.
- 1.18. **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.
- 1.19. **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) a keresőképességnek,
 - c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.
- 1.20. **Egészségügyi ellátás:** a Biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.
- 1.21. **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.
- 1.22. **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.
- 1.23. **Egynapos sebészet:** olyan, a kórházi fekvőbeteg ellátást kiváltó, a jogszabályban¹ meghatározott tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet az ilyen típusú ellátás elvégzésére hatósági engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató végez el a vonatkozó jogszabály és az orvosi szakvélemény szerint az ilyen típusú ellátásra alkalmas betegen. Az érzéstelenítés jellemzően epidurális, spinális anesztéziában, vagy altatásos, kábítószerrel történik, nem helyi érzéstelenítéssel. A beavatkozás minimum 6, maximum 36 órás intézeti benttartózkodást igényel.

¹ Jelen NN Biztosítási Feltételek hatályba lépésekor a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről és a 16/2002. (XII. 12.) ESZCSM rendelet az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről

- 1.24. **Egészségpénztár Ügyfélportal:** a Prémium Pénztárszolgáltató Kft. által üzemeltett a www.premiumegeszsegpentzar.hu oldalon elérhető Pénztártagok által regisztrációt követően használható internetes felület, ahol a Pénztártag a Biztosított Pénztártag nyilatkozatát megteheti, nyilatkozatát visszavonhatja.
- 1.25. **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 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 feltüntetésre.
- 1.26. **Ellátásszervező ügyfélportalja:** 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.
- 1.27. **Éves szolgáltatási limit:** a Biztosító jelen csoportos biztosítási szerződés vonatkozásában a Védőháló egyes – a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott – szolgáltatásaira és az adott Biztosítottra vonatkozóan a teljesítendő szolgáltatási összegekre egy biztosítási évben – a Kritikus betegségek fedezet esetében három naptári év leforgása alatt – felhasználható összeghatárt állapít meg, melynek mértékét az egyes fedezetek esetében a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazza.
- 1.28. **Extrém sport:** jelen általános szabályzat alkalmazásában különösen veszélyes (extrém) sporttevékenységnek minősül az autó- és motorsportverseny és edzés, tesztúra, raliverseny, quad használata, roncsautó (autocrash), sport barlangászat, szikla- és hegymászás III. foktól, magashegyi expedíció, búvárkodás, jetski, a motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve az ejtőernyőt, a paplanernyőt és a vízisís is), vadvízi evezés, rafting, hydrospeed, tengeri kajak, kitesurf, bungee jumping és rocky jumping, canyoning, bázisugrás, ejtőernyőzés, vadászat, valamint a motor nélküli légi jármű, a segédmotoros vitorlázó repülőgép, a sárkányrepülő, a hőlégballon használata, műrepülés, az egyszemélyes, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, falmászás, valamint a harci és küzdősportok.
Hegymászásnak minősül a hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a Biztosított a kijelölt turistaútról letér, vagy az útviszonyok speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.). Hegymászásnak minősül továbbá a „Klettersteig” („via ferrata”) típusú útvonalakon, valamint a 3500 méteres magasság felett végzett túrázás.
- 1.29. **Hivatásos sportoló:** az a Biztosított, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik a sportági szakszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.
- 1.30. **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
- 1.31. **Kedvezményezett:** a szolgáltatások igénybevételére jogosult személy, aki a Védőháló Különös Biztosítási Feltételek vonatkozásában azonos a Biztosítottal.
- 1.32. **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.
- 1.33. **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.
- 1.34. **Kórház:** a szakmai felügyeletek 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, gyógyfürdőházak, 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.
- 1.35. **Költségtérítés:** a Biztosító a Különös Biztosítási Feltételekben az egyes szolgáltatásoknál meghatározott Éves szolgáltatási limit figyelembevételével a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült és a Biztosító az Ellátásszervező partnere által befogadott költségeket átvállalja, vagy megtéríti a Biztosított részére az Ellátásszervező közreműködésével.
- 1.36. **Orvosi javaslat/beutaló:** szakorvosi képesítéssel rendelkező egészségügyi szakember által Magyarországon és magyar nyelven kiállított egészségügyi dokumentum, amely a beteg panaszai háttérben álló betegség feltárása, egészségének megőrzése vagy helyreállítása érdekében elvégzendő vizsgálatok, beavatkozások, feltételezett diagnózis, vizsgálat javaslatának indoklása, vagy kezelési terv leírását tartalmazza. Az orvosi javaslat/ beutalóhoz kötött szolgáltatások esetén a Biztosító az adott szolgáltatással kapcsolatban benyújtott első orvosi javaslat/beutaló alapján szolgáltat, és nem vesz figyelembe ugyanazon eseményre (orvosi vizitre, diagnosztikai vizsgálatra, sebészeti beavatkozásra) vonatkozóan, de későbbi időpontban kiállított, módosított dokumentumokat. Jelen feltételek vonatkozásában a Biztosító a 90 napnál nem régebben kiállított orvosi javaslatot/beutalót tekinti érvényesnek, kivéve a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetét követően kialakult krónikus betegségével, maradandó egészségkárosodásával összefüggően felmerülő kontrollvizsgálata esetében. Hathónapos javasolt kontrollvizsgálat esetében a Biztosító 180 napnál, éves javasolt kontrollvizsgálat esetében pedig 365 napnál nem régebben kiállított orvosi javaslatot/beutalót tekint érvényesnek. 18. életévüket be nem töltött Biztosítottak esetében a Biztosító a 90 napnál nem régebben kiállított házi gyermekorvosi javaslatot/beutalót is elfogadja. A kockázatviselés kezdete előtt kiállított orvosi javaslatokat/beutalókat a Biztosító nem fogadja el egyetlen szolgáltatás kapcsán sem.
- 1.37. **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.
- 1.38. **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.
- 1.39. **Szerződő:** az a természetes vagy jogi személy, aki a csoportos biztosítási szerződést megkötö, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- 1.40. **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 az 1. életévét betöltötte, valamint a Pénztártag a személyt az Egészségpénztárba szolgáltatásra jogosultként bejelentette. A szolgáltatásra jogosult az Öpt. 1. § (1) bekezdés a) pontja alapján a Pénztártag jogán veheti igénybe az Egészségpénztár szolgáltatásait. Az Egészségpénztár nem áll jogviszonyban a szolgáltatásra jogosulttal, a vele kapcsolatos ügyeket az Egészségpénztár a Pénztártag bevonásával intézi.

- 1.41. **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.
- 1.42. **Várakozási idő:** a Biztosító kockázatviselése az NN Biztosítási Feltételekben meghatározott egyes szolgáltatások esetében várakozási idő leteltét követően indul, vagy – ha a biztosítási esemény a kikötött várakozási időn belül következik be – a Biztosító jogosult a szolgáltatást csökkenteni.
- 1.43. **Védőháló Szolidáris Alap (továbbiakban: Alap):** az Egészségpénztár közösségi szolgáltatása, amelyre minden, érvényes egészségpénztári tagsággal rendelkező Pénztártag jogosulttá válik a pénztári tagság létesítését követő hónap első napjával. A Pénztártag az Alaphoz csatlakoztathatja azon 1. életévet betöltött közeli hozzátartozóját is, aki a csatlakoztatás időpontjában sem Pénztártagként, sem közeli hozzátartozóként nem tagja az Alapnak. Az Egészségpénztárnál a csatlakoztatás időpontjában már pénztári tagsági jogviszonnal rendelkező személyt közeli hozzátartozóként csak akkor lehet csatlakoztatni, ha a csatlakoztatni kívánt Pénztártag nem tagja az Alapnak. Megszűnik az Alapban való tagság és az Alap szolgáltatásaira való jogosultság a Pénztártag egészségpénztári tagsági viszonyának megszűnése, kilépési nyilatkozat megtételével történő megszüntetése, vagy az Alap szolgáltatásaira való jogosultságra vonatkozó lemondó nyilatkozat megtétele esetén. A közeli hozzátartozó Alaphoz való csatlakozása és az Alap szolgáltatásaira való jogosultsága megszűnik a Pénztártag közeli hozzátartozóra vonatkozó lemondó vagy személyét módosító nyilatkozatával vagy a Pénztártag egészségpénztári tagsági jogviszonyának megszűnésével, kilépési nyilatkozat megtételével történő megszüntetésével, valamint 6 hónapot elérő fedezethiány esetén.
- 1.44. **Versenyszerűen sportoló:** az a természetes személy, aki a sportszövetség által kiírt, szervezett vagy engedélyezett versenyeken, vagy versenyrendszerben vesz részt. A versenyző vagy amatőr vagy hivatásos sportoló.
- 1.45. **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 Öngélelyező Pénztártovábbiakban: Egészségpénztár)

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 Biztosítási Feltételek 1.10. pontjában 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 jön 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.
- 3.2.2. Ha a Biztosított kiskorú, a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.
- 3.2.3. Amennyiben a Biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy, a csoportos biztosítási szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.

4. 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.

5. A Biztosító kockázatviselése

- 5.1. 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:
 - 5.1.1. A Biztosító kockázatviselésének kezdete az egyes Biztosítottak vonatkozásában
 - 5.1.1.1. Biztosított Pénztárg tag esetében
Adott biztosított Pénztárg tag esetében a Biztosító kockázatviselésének kezdete azon hónap első napja, amelytől a Pénztárg tag az Alapban elérhető szolgáltatásokra jogosulttá válik az Általános Biztosítási Feltételek 1.42. pontja szerint, függetlenül attól, hogy a Pénztár tag az Alap hozzájárulási díját, mint biztosítási díjrészt, a Pénztárg tag vonatkozásában át tudta csoportosítani az egyéni számlájáról és/vagy – az Alapszabály szerint szerződés alapján – a célzott szolgáltatások finanszírozására felhasználható összegből az Alap javára. A Biztosító kockázatviselése egyes szolgáltatások esetében a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.1. pontjában meghatározott várakozási idő leteltét követően indul.
 - 5.1.1.2. Biztosított közeli hozzátartozó esetében
Amennyiben a Pénztárg tag tárgyhónap 14. napján 24.00-ig közeli hozzátartozó bevonását kezdeményezi a biztosítási fedezetbe, úgy az adott biztosított közeli hozzátartozó vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a csatlakoztatást követő hónap első napjától kezdődik.
Amennyiben a Pénztárg tag tárgyhónap 15. napján 00.00 órát követően közeli hozzátartozó bevonását kezdeményezi a biztosítási fedezetbe, úgy az adott biztosított közeli hozzátartozó vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a csatlakoztatást követő második hónap első napjától kezdődik.
A Biztosító kockázatviselése a fent jelzett időpontokban megkezdődik, függetlenül attól, hogy a Pénztár tag az Alap hozzájárulási díját, mint biztosítási díjrészt, a közeli hozzátartozó vonatkozásában át tudta csoportosítani a Pénztárg tag egyéni számlájáról és/vagy – az Alapszabály szerint szerződés alapján – a célzott szolgáltatások finanszírozására felhasználható összegből az Alap javára.
A Biztosító kockázatviselése egyes szolgáltatások esetében a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.1. pontjában meghatározott várakozási idő leteltét követően indul.
 - 5.1.2. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése az egyes Biztosítottak vonatkozásában
A Biztosító **egyes Biztosítottakra** vonatkozó kockázatviselése – eltérő megállapodás hiányában – az alábbi esetekben és időpontokban **szűnik meg**.
 - 5.1.2.1. **Biztosított Pénztárg tagok esetében**
 - a) amennyiben a biztosított Pénztárg tag az Alap szolgáltatásaira vonatkozó lemondó nyilatkozatot tesz, a lemondó nyilatkozat Pénztárhoz való beérkezését követő hónap utolsó napjának 24.00 órájával;
 - b) amennyiben a biztosított Pénztárg tag a Pénztárból való kilépési nyilatkozatot tesz, vagy másik egészség-

pénztárba, önszegélyező pénztárba, egészség- és önszegélyező pénztárba vagy nyugdíjpénztárba kérelmezi átlépését, a kilépési nyilatkozat, illetve az átlépési kérelem Pénztárhoz való beérkezését követő hónap utolsó napjának 24.00 órájával;

- c) a biztosítási díjrész hat hónapon túli elmaradása esetén az utolsó díjrészrel fedezett hónapot követő 30. nap 24.00 órájával
- d) a biztosított Pénztártag halála esetén a halál napjával;
- e) a csoportos biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnésekor a csoportos biztosítási szerződés megszűnése napjának 24.00 órájával;
- f) a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott egyéb esetekben és időpontokban.

5.1.2.2. Biztosított közeli hozzátartozók esetében

- a) amennyiben a Pénztártag a biztosított közeli hozzátartozó vonatkozásában az Alap szolgáltatásaira vonatkozó lemondó nyilatkozatot tesz, a lemondó nyilatkozat Pénztárhoz való beérkezését követő hónap utolsó napjának 24.00 órájával;
- b) 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 átlépési kérelem Pénztárhoz való beérkezését követő hónapjának utolsó napjával 24.00 órakor;
- c) a biztosítási díjrész hat hónapon túli elmaradása esetén az utolsó díjrészrel fedezett hónapot követő 30. nap 24.00 órájával;
- d) a Pénztártag halálával a halál napjával;
- e) a biztosított közeli hozzátartozó halála esetén a halál napjával;
- f) a csoportos biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnésekor a csoportos biztosítási szerződés megszűnése napjának 24.00 órájával;
- g) a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott egyéb esetekben és időpontokban.

5.1.3. Amennyiben a Biztosító kockázatviselése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.1.2.1. c) pontja okán szűnik meg és a Pénztártag egyéni számlájáról és/vagy – az Alapszabály szerint szerződés alapján – a célzott szolgáltatások finanszírozására felhasználható összeg keretéből újra átcsoportosíthatóvá válik az Alap hozzájárulási díja, mint biztosítási díjrész, úgy a Biztosító kockázatviselése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.1. pontban meghatározott várakozási idő elteltével az adott Biztosított esetében újraindul azon hónap első napjával, amelyre a vonatkozó díjrészt a Szerződő átcsoportosította.

5.1.4. Amennyiben a Biztosító kockázatviselése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.1.2.1. a) és 5.1.2.2. a) pontjai okán szűnik meg, a biztosított Pénztártag a Biztosított Pénztártag nyilatkozata megtételével újracsatlakozhat, illetve közeli hozzátartozóját újracsatlakoztathatja az Alaphoz. A Biztosító kockázatviselése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.1. pontjában meghatározott várakozási idő elteltével újraindul az adott Biztosított esetében.

5.1.5. A csoportos biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnése esetén a Biztosítottak biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése megszűnik. A csoportos biztosítási szerződés megszűnése esetén a Szerződő köteles a megszűnés előtt 30 nappal – azonnali hatályú felmondás esetén haladéktalanul – tájékoztatni a Biztosítottakat a csoportos biztosítási szerződés megszűnéséről, megjelölve a Biztosítottak biztosítási jogviszonyának és ezzel a Biztosító kockázatviselése megszűnésének időpontját.

6. Várakozási idő

6.1. A Biztosító a szolgáltatás igénybevételére 60 nap várakozási időt köt ki, kivéve a Kritikus betegségek kockázatát – beleértve a Molekuláris diagnosztikai vizsgálatok finanszírozására vonatkozó szolgáltatást is-, valamint a baleset miatt bekövetkező biztosítási eseményeket, ahol nincs várakozási idő.

6.2. Amennyiben valamely Biztosított közeli hozzátartozó a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt Pénztártaggá válik, a szolgáltatás igénybevételére való jogosultsága közeli hozzátartozóként megszűnik, a továbbiakban Pénztártagként válik jogosulttá az Alap szolgáltatásának igénybevételére, úgy, hogy a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.1. pontjában meghatározott várakozási idő nem kezdődik meg újból.

7. A biztosítási díj

- 7.1. 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.
- 7.2. A Szerződő a biztosítási díj adott Biztosítottra, valamint a közeli hozzátartozókra 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.
- 7.3. Az Alapszabály rendelkezéseit kell alkalmazni, amennyiben fedezethiány esetén a biztosítási díjrész nem csoportosítható át maradéktalanul minden Biztosítottra vonatkozóan. A biztosítási díjat a Szerződő minden egyes Biztosított után köteles megfizetni, ahol a díjrész át tudta csoportosítani.
- 7.4. A biztosítási díjat a Biztosító egy biztosítási évre határozza meg. A Csoportos biztosítás folyamatos díjú és havi részletekben fizetendő.

8. A biztosítási díj módosulása

- 8.1. **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.
- 8.2. **A további biztosítási évekre szóló díj meghatározásánál 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.
- 8.3. **A Biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 60 nappal írásban tájékoztatja a Szerződőt a díjmódosulásról. Amennyiben a Szerződő a módosult díjről 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. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei

- 9.1. 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 kitérésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a csoportos biztosítási szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.
- 9.2. **A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a díjesedékességet követő 30. napig áll fenn.**
- 9.3. Amennyiben a Pénztártag egyéni számlájáról és/vagy – az Alapszabály szerint szerződés alapján – a célzott szolgáltatások finanszírozására felhasználható összeg keretéből a Szerződő az Alap hozzájárulási díját, mint biztosítási díjrész nem tudja átcsoportosítani, úgy a Biztosító a díjrészrel 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, illetve Kritikus betegségek esetén a biztosítási esemény bekövetkezik.
- 9.4. Amennyiben a Pénztártag díjrészmaradása eléri a hat hónapot, úgy a Biztosító kockázatviselése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.1.2.1. c) és 5.1.2.2. c) pontjai alapján megszűnik.

- 10. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei**
- 10.1. A Szerződő joga és kötelezettsége**
- 10.1.1. A Szerződő a Biztosítottakról adatot szolgáltat a Biztosító részére, amennyiben a Biztosítottak létszáma tekintetében változás állt be, a Biztosító által meghatározott módon és adattartalommal.
- 10.2. A Biztosító joga és kötelezettsége**
- 10.2.1. A Biztosító kárrendezési szerveivel szembeni orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében a Biztosítottat külön nyilatkozattételre hívja fel az Ellátásszervező ügyfélportaljára történő regisztráció során.
- 10.3. Az Ellátásszervező hatásköre**
- 10.3.1. **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.**
- 10.3.2. **A Biztosító és az Ellátásszervező mérlegelési jogával élve a Különös Biztosítási Feltételek 4.2.3 pontban meghatározott esetekben megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését és a költségek megtérítését.**
- 10.3.3. Ezek közé tartoznak különösen, de nem kizárólagosan azok a vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket a Biztosított – beutaló köteles ellátások esetén - érvényes orvosi javaslat/beutaló nélkül szándékozik igénybe venni, vagy ismételt, 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/beutalót kiállító orvos igazolni nem tudja. Úgyszintén megtagadható az ellátás megszervezése, és a költségek megtérítése olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi javaslat/beutaló a szakellátás igénybevételéhez, de azt a Biztosító és az Ellátásszervező orvos szakmailag nem tartja indokoltnak.
- 10.3.4. **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.**
- 10.3.5. 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.
- 11. Biztosítási esemény**
- A jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.12. pontjában meghatározott esemény.
- 12. 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 13. 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.
- 13. A Biztosító mentesülése**
- 13.1. **A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól abban az esetben, ha a Biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét megszegi.**
- 13.2. **A Biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, 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.
- 13.3. **A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni.**
- 13.4. **Fenti szabályokat a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.**

14. Kizárt kockázatok

- 14.1. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményben vagy más háborús cselekményben valamely fél mellett történő aktív részvétellel vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. Jelen NN Biztosítási Feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határviellongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, idegen ország határozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás, vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény. (A kommandó támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a Biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) E feltétel szempontjából állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.**
- 14.2. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény atomkarak (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be.**
- 14.3. **Nem szolgáltat a Biztosító az olyan esetekben, amikor a biztosítási esemény az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba) miatt következik be.**
- 14.4. **A Biztosító nem téríti az olyan kezeléseket, amelyek egészségügyi ellátás, orvosi beavatkozás miatt, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt válnak szükségessé.**
- 14.5. **Nem biztosítási esemény az orvosi javaslat/beutaló nélküli egészségügyi ellátási igény. A Biztosító az adott ellátásra először benyújtott orvosi javaslat/beutaló alapján bírálja el a szolgáltatási igény jogosságát.**
- 14.6. **Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amelynek az igénybevétele nem az Ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően történt, (kivéve: Kritikus betegség kockázat).**
- 14.7. **Nem szolgáltat a Biztosító a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok keretében elérhető szolgáltatásra vonatkozó igény esetén, amennyiben a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot/beutalót nem szakorvos vagy nem a feltételezett diagnózisnak megfelelő szakterület szakorvosa állítja ki. A háziorvos/házi gyermekorvos által kiállított javaslatot/beutalót a Biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos/házi gyermekorvos szakorvosi feladatokat is elláthat. A feltételezett diagnózisnak megfelelő szakterületet az Ellátásszervező a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő gyakorlata alapján határozza meg.**
- 14.8. **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, leletekre,
 - c) a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.30. 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 is, kivéve Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok és Egynapos sebészeti ellátásokra szóló biztosítás esetén, ha azt az ellátást/ vizsgálatot megelőzően az egészségügyi szolgáltató előírja
 - e) tüdőgyógyászati (krónikus légzőszervi beteg – asthma, COPD – szűrése, kezelése; tüdődaganatos és TBC-s betegek gondozása, dohányzásról való leszoktatás) gondozásra,
 - f) addiktológiai gondozásra,
 - g) foglalkozás egészségügyi szakellátásra, háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátásra,
 - h) akupunktúrás kezelésre,
 - i) alternatív gyógyászati eljárásokra, orvosi javaslatra sem
 - j) semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra,
 - k) az ambuláns ellátás, valamint egynapos sebészeti ellátás keretében végzett lézeres kezelésekre, beavatkozásokra, különösen, de nem kizárólagosan: benőtt köröm, körömgomba, látásjavító, intimplézer, visszér kezelés,
 - l) geriátriai kezelésre, gondozásra,
 - m) szemlencse beültetésre,
 - n) dialízis kezelésre,

- o) az alsó végtagi visszerbetegség bármilyen –injekciós, lézeres stb. – kezelésére,
- p) a helytelen testtartás, a test vázrendszerének rossz terhelése és esetleges testsúlytöbblet miatt kialakult ízületi és ortopédiai problémák (pl.: bűtyök, szabóbűtyök, kalapácsujj) műtéti korrekációjára,
- q) 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,
- r) széklet genomikai tesztre,
- s) genetikai vizsgálatokra,
- t) étel intolerancia vizsgálatokra, (ideértve az IgG típusú ételintolerancia tesztek; FOOD tesztet; DAO tesztet; a coeliakia, laktóz, fruktóz, szorbit vizsgálatokat) továbbá a laktulóz vizsgálatra,
- u) intenzív betegellátásra,
- v) aneszteziológiai ellátásra, kivéve az egynapos sebészeti ellátás vonatkozásában szükségessé váló aneszteziológiai ellátást,
- w) a kötelező anya és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatos ellátásra, ideértve a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket,
- x) 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,
- y) a reprodukciós képesség – termékenység, fogamzóképeség – kapcsán végzett diagnosztikai vizsgálatokra, beavatkozásokra, műtétekre,
- z) művi terhesség megszakítással kapcsolatos ellátási igényekre, kivéve, ha a terhesség az anya életét veszélyezteteti vagy a magzat egészségi állapota ezt indokolttá teszi,
- aa) esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés kapcsán felmerülő ellátási igényekre, kivéve a valamely betegség vagy baleset következtében szükségessé váló rekonstrukciós beavatkozásokat és az ezekhez kapcsolódó vizsgálatokat,
- ab) daganatok immunterápiájának megtervezését, végrehajtását célzó ellátási igényekre,
- ac) a külföldön végzett Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra, Diagnosztikai vizsgálatokra és Egynapos sebészeti ellátásokra vonatkozó biztosítás keretében elérhető beavatkozásokra,
- ad) szépészeti okból végzett műtétekre,
- ae) orrsövény műtétekre,
- af) gyomor bypass műtétekre,
- ag) gyomorballon műtétekre akkor sem, ha egynapos sebészeti ellátás keretében végezték el,
- ah) ambuláns műtétekre,
- ai) a Biztosított extrém sport tevékenységével, valamint versenyző sportolói minőségében végzett sporttevékenységével kapcsolatban felmerülő ellátási igényeire,
- aj) a kockázatviselés kezdete előtt már meglévő krónikus betegségek és maradandó egészségkárosodások monitorozását szolgáló kontrollvizsgálatokra,
- ak) a Szűrővizsgálat céljából igényelt Nagyértékű diagnosztikai és Diagnosztikai vizsgálatokra,
- al) a kockázatviselés kezdetekor meglévő egészségi panaszoknak a kockázatviselés kezdetekor már folyamatban lévő kivizsgálására.

14.9. **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.**

15. A biztosítási szolgáltatás igénybevétele

15.1. A biztosítási szolgáltatások vonatkozásában az alábbiak szerint kell eljárni:

15.1.1. A Biztosított az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online vagy telefonon előzetesen bejelenti az Ellátásszervezőnek az ellátásra vonatkozó igényét. A biztosított jogviszony fennállását az Ellátásszervező vizsgálja.

15.1.2. A telefonbeszélgetések és az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online tett megkeresések visszakérhető formában rögzítésre kerülnek.

15.1.3. A szolgáltatás igénylésekor a Biztosítottnak a Különös Biztosítási Feltételek 4.1.1., 4.2.1., valamint az 1.5.1.1-23. pontokban feltüntetett dokumentumokat kell az Ellátásszervezőnek megküldenie az igény elbírálásra céljából.

15.1.4. A Biztosító az elbírálási folyamat során a Különös Biztosítási Feltételek 4.1.1., 4.2.1., valamint az 1.5.1.1-23. pontokban meghatározott dokumentumok beérkezésétől számított 5 munkanapon belül további kiegészítő dokumentumokat kérhet be, melyet a Biztosított az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül, online teljesíthet. **Amennyiben a Biztosított a Biztosító kérése ellenére a szolgáltatási igény bejelentésétől számított 30 (Kritikus betegségek fedezet esetén 60, azon belül is agyi érkatasztrófa esetén 180) napon belül nem nyújtja be valamennyi, az igény elbírálásához szükséges dokumentumot, úgy a Biztosító jogosult a szolgáltatási igényt elutasítani.**

Amennyiben a Biztosított által bejelentett ellátási igényre a bejelentés dátumától számított 90 napon belül nem történik az Ellátásszervező ügyfélportálján vagy telefonos elérhetőségén keresztül időpontfoglalás, vagy utófinanszírozás esetében számla megküldése, akkor a Biztosító jogosult az adott igényt kifizetés és utófinanszírozás lehetősége nélkül lezárni.

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.

15.1.5. **A Biztosító jogosult a Különös Biztosítási Feltételek 4.1.1., 4.2.1., valamint az 1.5.1.1-23. pontjaiban feltüntetett dokumentumokon túl bekérni a kórtörténetben 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.**

15.1.6. Amennyiben a szolgáltatási igényt bejelentő nem saját nevében jár el, úgy a bejelentéshez a Biztosított meghatalmazását szükséges csatolnia.

15.1.7. A Biztosított ellátási igényét az Ellátásszervező a jelen Különös Biztosítási Feltételek 4.1.2. és 4.2.2. pontjaiban megadott határidőn belül köteles elbírálni és erről a bejelentőt értesíteni, valamint, ha az ellátási igényt jogosnak ítéli meg, és a szerződött szolgáltatói körében a szolgáltatás hozzáférhető, köteles az ellátást megszervezni és arra időpontot ajánlani. Az ellátás/vizsgálat helyszíne az egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitások alapján kerül kiválasztásra a Biztosított lakóhelyének figyelembevételével. Az ellátás helyszínéről és időpontjáról e-mailben, illetve az Ellátásszervező ügyfélportálján tájékoztatja a Biztosítottat. Amennyiben az ellátást szerződött szolgáltatói körében megszervezni nem tudja, erről e-mailben, illetve az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online értesíti a bejelentőt, valamint felajánlja neki az utófinanszírozás lehetőségét.

15.1.8. Amennyiben a szakorvos a Különös Biztosítási Feltételeiben meghatározott további kisértékű 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.

- 15.1.9. A Biztosított által egyszerre bejelentett vizsgálatok időpontja és helyszíne az elérhető kapacitások függvényében eltérhet egymástól.
- 15.1.10. Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit a rendelkezésre álló éves limit erejéig megtéríti a Biztosító az Ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak. A Biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, a Biztosított ellátására vonatkozó Egészségügyi dokumentáció, melyet a szolgáltató küld meg az Ellátásszervező részére.
- 15.1.11. A szolgáltatás díját a Biztosító csak az Éves szolgáltatási limitből rendelkezésre álló összeg mértékéig fizeti meg. Amennyiben a szolgáltatás várható díja meghaladja a rendelkezésre álló keretösszeget, a Biztosított a szolgáltatást csak utófinanszírozás (15.1.16.) útján veheti igénybe.
- 15.1.12. Az Éves szolgáltatási limit mértéke adott biztosítási évre vonatkozik.
- 15.1.13. A Biztosító szolgáltatása az ellátás/vizsgálat megszervezésén és az ellátás/vizsgálat, valamint a Nagyrértékű diagnosztikai vizsgálatok esetében az ahhoz kapcsolódó egészségügyi kiadások költségeinek megtérítésén kívül egyéb költségek megtérítésére (pl. útiköltség) nem terjed ki.
- 15.1.14. A már egyeztetett időpontot a Biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani, az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online lemondás esetén legkésőbb 48 órával, e-mailben vagy telefonon történő lemondás esetén legkésőbb 2 munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően. Ebben az esetben az Ellátásszervező újabb időpontot ajánl fel a Biztosítottnak a szerződött egészségügyi szolgáltatónál elérhető szabad kapacitások figyelembevételével a lemondás időpontjától számított 10 munkanapon belül.
- 15.1.15. Amennyiben a Biztosított a 15.1.14. pont szerinti határidőn belül mondja le vagy módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban, illetve nem az Ellátásszervezőnél mondja le vagy módosítja az időpontot, a Biztosító a Biztosított rendelkezésére álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitét csökkenti a tervezett ellátás költségének 50%-val 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.
Egy adott ellátás/ vizsgálat másodszori lemondása esetén az Ellátásszervező nem köteles a Biztosított részére újabb vizsgálati időpontot biztosítani.
- 15.1.16. Amennyiben a Biztosított olyan szolgáltatónál kívánja az ellátást igénybe venni, amely nem szerződött az Ellátásszervezővel vagy az igényelt szolgáltatás nem érhető el a Biztosító szerződött partnereinél, a Biztosító csak utólag, a Biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a szolgáltatás díját a Biztosítottnak, 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 beküldött egészségügyi dokumentáció birtokában elutasítsa az igényt, ha az nem felel meg az Általános és Különös Feltételekben leírtaknak. Az Ellátásszervező köteles a hozzá benyújtott, tartamilag és formailag helyes számlákat 5 munkanapon belül elbírálni és a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően az Egészségpénztár felé azokat kifizetni. Az Egészségpénztár azok tovább utalásáról saját szabályzataiban rendelkezik.
- 15.1.17. A Biztosító utólagos, számla ellenében történő teljesítéséhez az alábbi dokumentumok benyújtása szükséges:
a) az ellátást végző egészségügyi szolgáltató által a biztosított nevére kiállított, a helyszínen készpénzzel vagy bankkártyával kiegyenlített eredeti számla, egészségpénztár nevére kiállított számla nem téríthető,
b) az ellátásról szóló dokumentumok másolata,
c) minden olyan irat, lelet, orvosi dokumentum, amely a jogosultság megítéléséhez szükséges és amely megfelel a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.18. pontjában leírtaknak,
d) a Biztosított bankszámlaszáma, ahova a térítést kéri.
- 15.1.18. A dokumentumokat az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online kell feltölteni az ellátást követő legfeljebb három éven belül. Az utólagos térítésre a jelen Általános Biztosítási Feltételek 15.1.16. pontjaiban leírtak figyelembevételével legkésőbb a 15.1.17. pontban meghatározott dokumentumok hiánytalan beérkezését követő 15 napon belül kerül sor.
- 15.2. Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

- 15.3. Egyéb biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a szolgáltatás igénybevételének folyamatát a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.
- 15.4. Önrész
- 15.4.1. A Molekuláris diagnosztikai vizsgálat szolgáltatásának igénybevétele Önrész megfizetéséhez kötött.
- 15.4.2. Az Önrész megfizetésére a Biztosított köteles.
- 15.4.3. Az Önrész mértékét a Különös Biztosítási Feltételek 2. pontja tartalmazza.
- 15.4.4. Az Önrész megfizetése:
- 15.4.4.1. Az Ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett Molekuláris diagnosztikai vizsgálat esetén: amennyiben az egészségügyi szolgáltatóval történt előzetes (díjmentes) konzultációt követően a Molekuláris diagnosztikai vizsgálat indikációja megállapításra kerül, 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. A Molekuláris diagnosztikai vizsgálat további lépéseit az egészségügyi szolgáltató közvetlenül a Biztosítottal iegyeztetni.
- 15.4.4.2. Amennyiben az Önrész 90 napig nem érkezik be az Ellátásszervező bankszámlájára, úgy a szolgáltatási igény a Biztosító szolgáltatása nélkül lezárásra kerül.
- 15.4.4.3. Amennyiben az Önrész befizetésre kerül, de az ellátás igénybevételére 90 napon belül nem kerül sor, akkor az Önrész összege az Ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatóval kötött szerződésben és annak feltételeiben foglaltak szerint felmerülő költségek összegével csökkentve visszafizetésre kerül – a befizetés módjával megegyezően - a Biztosított részére és a szolgáltatási igény a Biztosító szolgáltatása nélkül lezárásra kerül. Az egészségügyi szolgáltatóval kötött szerződésben és annak feltételeiben foglaltak szerint meghatározott költségek érvényesítése részteljesítés a minta alkalmatlansága esetén is felmerülhet, ami a visszafizetendő önrész összegéből szintén levonásra kerül. Az egészségügyi szolgáltatóval kötött szerződés és annak feltételei az Ellátásszervezőtől független dokumentumok, azokra sem a Biztosítónak sem az Ellátásszervezőnek nincs ráhatása.
- 15.4.4.4. Utólagos finanszírozás esetén az Önrész a benyújtott számla végösszegéből került levonásra.

16. Fedezetfeltöltés

Jelen csoportos biztosítási szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.

17. Az éves szolgáltatási limit felhasználásának általános szabályai

- 17.1. A Biztosító a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.27. pontja alapján egy biztosítási évre és az adott Biztosítottra vonatkozóan – Kritikus betegségek fedezetek esetében három naptári év leforgása alatt felhasználható – szolgáltatási limiteket állapít meg, melyek mértékét az egyes fedezetek vonatkozásában a Különös Biztosítási Feltételek 2. pontja szabályozza.
Az aktuálisan elérhető szolgáltatási limit egyenlegét az Ellátásszervező tartja nyilván, és a Biztosított kérésére erről tájékoztatást nyújt.
- 17.2. A szolgáltatás díját a Biztosító csak a szolgáltatási limitből rendelkezésre álló összeg mértékéig vállalja át. Amennyiben a szolgáltatás várható díja meghaladja a szolgáltatási limitből rendelkezésre álló összeget, a Biztosított a szolgáltatást csak utólagos finanszírozás (15.1.16. pont) útján veheti igénybe. Az egészségügyi szolgáltatás ellenértékének szolgáltatási limiten felüli része a Biztosítottat terheli.
- 17.3. Az adott biztosítási évben fel nem használt szolgáltatási limit egyenlege nem vihető át a következő biztosítási évre.
- 17.4. Amennyiben a Biztosító kockázatviselése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.1.2.1. c) pontjai okán szűnik meg és a Pénztártag egyéni számlájáról és/vagy – az Alapszabály szerint szerződés alapján – a célzott szolgáltatások finanszírozására felhasználható összeg keretéből újra átcsoportosíthatóvá válik az Alap hozzájárulási díja, mint biztosítási díjrész, úgy az éves szolgáltatási limit fel nem használt része a Biztosított ismételen rendelkezésére áll.
- 17.5. Amennyiben a Biztosító kockázatviselése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.1.2.1. a) és 5.1.2.2. a) pontjai okán szűnik meg és a biztosított Pénztártag a következő biztosítási év kezdetével Biztosított Pénztártag nyilatkozatának megtételével újracsatlakozik, illetve közeli hozzátartozóját újracsatlakoztatja az Alaphoz, úgy az éves szolgáltatási limit teljes egészében rendelkezésére áll.

- 18. A Védőháló Szolidáris Alap révén elérhető csoportos egészségbiztosítási szerződés nem reaktiválható, nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, kölcsönrel nem terhelhető.**
- 19. A nem fogyasztói egészségbiztosítási szerződésekre vonatkozó speciális szabályok**
- 19.1. A Biztosítottak az egészségügyi adataik Biztosító általi kezelésére vonatkozó hozzájárulásukat az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online teszik meg, az első ellátás igénylésekor.
- 19.2. A csoportos biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a Biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges. A Biztosítottak nem jogosultak a csoportos biztosítási szerződésbe szerződőként belépni.
- 20. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól, ill. a Ptk. rendelkezéseitől**
A Védőháló Szolidáris Alap csoportos egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:
- Amennyiben a tartam lejártát megelőző 30 nappal sem a Biztosító, sem a Szerződő nem tájékoztatja írásban a másik felet írásban arról, hogy nem kívánja a csoportos biztosítási szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik. (4. pont)
 - Jelen csoportos biztosítási szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel. (16. pont)
 - A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított három év elteltével évül el. (23. pont)
 - Amennyiben a Biztosított kiskorú, vagy cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott, vagy cselekvőképtelen nagykorú személy a csoportos biztosítási szerződés érvényességéhez a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges. (3.2.2. és 3.2.3. pontok)
 - Nem fogyasztói szerződés esetén amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, a csoportos biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a Biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges. (19.2. 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 kötelező kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül vonatkoznak a Biztosítóra. (14.9. pont).
 - A Biztosító Molekuláris diagnosztikai vizsgálat szolgáltatásának igénybevételéhez önrész megfizetését teszi kötelezővé. (15.4. 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.premiamegeszsegpenztar.hu oldalon, az Ügyfélportálon és a www.nn.hu weboldalon a Dokumentumtárban is elérhető.
- 22. Jognyilatkozatok**
A Biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a Szerződőnek. Az Ellátásszervező a szolgáltatási igény bejelentése esetén a Biztosítottaknak az általuk az Ellátásszervező ügyfélportálján megadott utolsó értesítési címre juttatja el tájékoztatását. 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.
- 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 Biztosítóval 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 Ügyfélportálja, 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 lakcímrre, 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

27.1. A Biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat az NN Biztosító Zrt. 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 fogyasztónak² 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

² Fogyasztó az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.

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

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

28. Egyéb rendelkezések

28.1. **Szolgáltatás finanszírozó kockázatok esetén a tényleges egészségügyi ellátást a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.22. 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.**