

Védőháló Plusz egészségbiztosítás

Különös Biztosítási Feltételek

Jelen Különös Biztosítási Feltételek a Védőháló Plusz egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételekkel együtt (a továbbiakban: NN Biztosítási Feltételek) az NN Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) és a PRÉMIUM Önkéntes Egészség- és Önszegélyező Pénztár (a továbbiakban: Egészségpénztár illetve, Szerződő) együttesen Felek között megkötött és 2025. november 1. napjától hatályos csoportos egészségbiztosítási szerződés alapján létrejött Védőháló Plusz egészségbiztosítás (a továbbiakban: Csoportos biztosítás) 2025. november 1. napján vagy azt követően a Csoportos biztosításhoz Biztosítottként csatlakozó, a Csoportos biztosítás szolgáltatásának igénybevételére jogosult tagjaira hatályosak, feltéve, hogy a szerződést jelen NN Biztosítási Feltételekre való hivatkozással kötötték.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító Védőháló Plusz 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 irányadóak.

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 rétegfelvétel 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 17. pontja szerint jelentheti be az Ellátásszervezőnek telefonon vagy az Ellátásszervező ügyfélportalján keresztül online.

1.1.2.2. **A Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok keretében elérhető szolgáltatásokat a Biztosító az Ellátásszervező partnere révén az Általános Biztosítási Feltételek 17. 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. **Az 1.1.2.2. pont szerinti, Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokhoz kapcsolódó egyéb egészségügyi kiadások költségei nem terhelhetők át más biztosítási szolgáltatási elem Éves szolgáltatási limitjének terhére.**

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

1.1.2.5. **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 utánkövetése miatt van szükség. Ezen okok fennállását az Ellátásszervező jogosult mérlegelni orvos szakmai szempontok alapján.**

1.1.2.6. 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 17. pontja szerint jelentheti be.
- 1.2.2.2. **Az Egynapos sebészeti ellátásokra szóló biztosítás keretében az egynapos sebészeti ellátást az Ellátásszervező partnere révén az Általános Biztosítási Feltételek 17. 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 Egynapos 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
 - **egynapos 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. **Diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó biztosítás**
- 1.3.1. **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 orvos szakmai szempontok alapján. A biztosítási esemény időpontja az igénybe vett diagnosztikai vizsgálat napja.**
- 1.3.2. **A Biztosító szolgáltatása**
- 1.3.2.1. A Biztosított vizsgálati igényét az Általános Biztosítási Feltételek 17. pontja szerint jelentheti be az Ellátásszervezőnek.
- 1.3.2.2. **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 17. 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.**
- 1.3.2.3. **Több diagnosztikai vizsgálat egyidejű bejelentése esetén az Ellátásszervező az orvosi javaslaton/beutalón meghatározott sorrendben szervezi meg a vizsgálatok időpontját.**
- 1.3.2.4. A diagnosztikai vizsgálat eredményéről szóló vizsgálati leletet az egészségügyi szolgáltató adja át a Biztosítottnak a Biztosított által választott formában.
- 1.4. **Kritikus betegségek biztosítás**
- 1.4.1. **Biztosítási eseménynek minősül a jelen Különös Biztosítási Feltételek szerint 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 elszenvedni:**
- 1.4.1.1. **Rosszindulatú daganatban való megbetegedés (rák)**
- 1.4.1.1.1. 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 mell-daganatokat 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 papillaris mikro carcinomája,
- húgyhólyag papillaris 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.

1.4.1.2. 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-elváltozások igazolása, a szívizom elhalást jelző specifikus enzimek szintjének emelkedésének dokumentálása).

1.4.1.3. 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.

1.4.1.4. 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.

- 1.4.1.5. **Vakság**
Mindkét szem látóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.
Nem képez biztosítási eseményt a súlyos látásgyengülés, részleges vakság, látótércsökkenés.
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.
- 1.4.1.6. **Süketség**
Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.
A biztosítási esemény bekövetkezését (a hallás minden frekvencia tartományában legalább 80 decibeles csökkenést jelent) 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.
- 1.4.1.7. **Beszédképesség elvesztése**
A beszédképesség teljes és visszafordíthatatlan elvesztése a hangszálak betegsége vagy sérülése következtében.
A biztosítási esemény időpontja megegyezik a beszédképesség el vesztésének időpontjával feltéve, hogy az ettől számított 6 hónap után igazoltan fennáll.
Benyújtandó iratok: a diagnózis felállításakor és az azt követő 6 hónap elteltével elvégzett vizsgálatok leletei és fül-orr-gégészeti szakvélemény.
- 1.4.1.8. **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, morphoea),
 - fasciitis eosinophylica,
 - CREST szindróma.**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.**
Benyújtandó iratok: immunológus szakvélemény, szerológiai, szövettani vizsgálatok eredményei.
- 1.4.1.9. **Szisztémás lupus erythematosus nephritissel**
Több szervet érintő autoimmun betegség, amelyben a veseszövetet autoantitestek és immunkomplexek lera-
kódása károsíthatja, amelynek eredményeképpen lupus nephritis alakulhat ki.
Ebben a biztosításban az SLE diagnózisát azok ra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE érinti a vesét.
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.**
- 1.4.1.10. **Csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anémia)**
Krónikus csontvelő elégtelenség, mely vérszegénységben, csökkent neutrophyl fehérvérsejt és thrombocyta-
számban 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.

1.4.1.11. 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 kilégzett 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.

1.4.1.12. 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 szerződészkötéskor már várólistán levő egyénre.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a legalább 60 napot meghaladó rendszeres dialízis kezelése 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.

1.4.1.13. 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 bekövetkezésének napja.

Benyújtandó iratok: intenzív terápiás szakorvosi vélemény, zárójelentés.

1.4.1.14. Szklerózis multiplex

A sclerosis multiplex krónikus, a központi idegrendszer fehérállományának gyulladásos 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.

1.4.1.15. 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.

1.4.1.16. 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.

1.4.1.17. 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.

1.4.1.18. Bakteriális agyhártyagyulladás

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

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

Benyújtandó iratok: ideggyógyász vagy infektológus szakorvosi vélemény, zárójelentés.

1.4.1.19. 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.

1.4.1.20. 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 szívtultrahang 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.

1.4.1.21. Koponya megnyitásával járó műtét

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

A biztosítás nem terjed ki a katéteres eljárásokra.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének napja.

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

1.4.1.22. 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.

1.4.1.23. 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-, infragugázás, lézer, mikrohullám által okozott égési sérülésekre.

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

Benyújtandó iratok: bőrgyógyászati, sebészeti szakvélemény.

1.4.2. A Biztosító szolgáltatása

1.4.2.1. 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.**

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

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

1.4.2.4. **Különböző típusú kritikus betegségek időben elkülönült bekövetkezése esetén a Biztosított kritikus betegség típusonként jogosult a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.4.2.1. 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.**

1.4.2.5. **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 újból csatlakozik a csoportos biztosításhoz.**

1.4.2.6. **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.

1.4.2.7. **A jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.4.2.6. 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) szakszichológiai 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:
- akupressúra,
 - keleti mozgás- és masszázsterápia,
 - életmód oktatás és tanácsadás,
 - reflexzóna terápia.
- iii) Vizsgával záruló képzésben szerzett képesítéssel végezhető tevékenységek, kiegészítő fizioterápiás módszerek:
- fitoterápia,
 - fülakupunktúrás addiktológiai eljárások,
 - kineziológiai módszerek,
 - szemtréning eljárások.
- 1.4.2.8. **Gyógyszer és gyógyászati segédeszköz vételára nem téríthető meg az Éves szolgáltatási limit összeg terhére.**
- 1.5. **Baleseti költségtérítés**
- 1.5.1. **Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartama alatt bekövetkező baleset miatt szükségessé váló, orvos szakmailag indokolt a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.5.2.3. pontjában meghatározott egészségügyi szolgáltatás igénybevétele, amely a balesettel ok-okozati összefüggésben van, és a Biztosított egészségügyi szolgáltatásban részesül a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt a baleset időpontjától számított 1 éven belül.**
- A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének a napja.**
- 1.5.2. **A Biztosító szolgáltatása**
- 1.5.2.1. **A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az Ellátásszervező partnere révén megszervezheti és megtéríti a baleset időpontjától számított 1 éven belül, a balesettel ok-okozati összefüggésben, a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.5.2.3. pontjában meghatározott Magyarországon igénybe vett Egészségügyi szolgáltatások költségének a Biztosított nevére és címére szóló számlával igazolt összegét, azon biztosítási év szolgáltatási limitjének terhére, amelyben a baleset bekövetkezett az alábbi feltételek szerint:**
- i) **Teljes térítés:** amennyiben a Biztosított kórházi ellátásban részesül, és a kórházi ápolás hossza megszakítás nélkül meghaladja az 8 napot, legfeljebb a jelen Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit összeghatáráig;
 - ii) **Részleges térítés:**
 - amennyiben a Biztosított Kórházi ápolásban részesül, és a kórházi ápolás hossza megszakítás nélkül meghaladja az 1 napot, de maximum 8 nap, legfeljebb a jelen Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit 50%-áig;
 - amennyiben a Biztosított nem részesül Kórházi ápolásban, legfeljebb a jelen Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit 25%-áig.
- A baleset, a Kórház és a Kórházi ápolás fogalmát az Általános Biztosítási Feltételek 1. pontja tartalmazza. Amennyiben egy biztosítási éven belül több baleset következik be az Éves szolgáltatási limit nem többszöröződik.
- 1.5.2.2. **Az első téríthető ellátásra a jelen Különös Biztosítási Feltételek 4.3.2. pontja szerinti baleseti költségtérítési igény jóváhagyásának napját követően van lehetőség.**
- A Biztosított az alább felsorolt kategóriákba tartozó egészségügyi szolgáltatások költségeinek megtérítését kérheti a jelen Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit terhére, figyelembe véve a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.5.2.1. (i) és (ii) pontjaiban meghatározott korlátozásokat:**
- a) a baleset 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 egészségi állapotának javítását célzó egészségügyi szolgáltatások.
- A jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.5.2.3. a-c) pontjaiban meghatározott egészségügyi szolgáltatás kiterjed az alábbi főbb ellátási területekre:

- a) orvosi ellátás (fekvő- és járóbeteg)
- b) betegszállításhoz kapcsolódó költségek
- c) fogászati ellátás, kivéve kivethető fogpótlás készítése és behelyezése
- d) fizioterápia, fizikoterápia
- 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.
 - iii) Vizsgálattal záruló képzésben szerzett képesítéssel végezhető tevékenységek, kiegészítő fizioterápiás módszerek:
 - fitoterápia,
 - fülakupunktúrás addiktológiai eljárások,
 - kineziológiai módszerek,
 - szemtréning eljárások.

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

2. Biztosítási csomagok és Éves szolgáltatási limitek

A Biztosító az Éves szolgáltatási limit mértékét a Biztosított a csoportos biztosításhoz való csatlakozáskori életkora alapján a lenti táblázatban foglaltak szerint határozza meg. A Biztosító a Biztosított csatlakozáskori életkorát úgy állapítja meg, hogy a csoportos biztosításhoz való csatlakozás időpontjának naptári évéből levonja a Biztosított születésének évszámát.

A Biztosított a csoportos biztosításhoz történő csatlakozáskor az alábbi biztosítási csomagok közül választhat.

A Biztosított a csoportos biztosítási szerződéshez kizárólag a jelen Különös Biztosítási Feltételekben megjelölt biztosítási fedezetekkel és biztosítási szolgáltatásokkal (a továbbiakban: Biztosítási csomagok) csatlakozhat.

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			
		S	M	L	
Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok	65 éves korig	100 000 Ft	200 000 Ft	300 000 Ft	/1 biztosítási év
	66-69 éves korig	50 000 Ft	100 000 Ft	150 000 Ft	
Egynapos sebészeti ellátásokra szóló biztosítás	65 éves korig	100 000 Ft	200 000 Ft	300 000 Ft	/1 biztosítási év
	66-69 éves korig	50 000 Ft	100 000 Ft	150 000 Ft	
Diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó biztosítás	minden életkorban	25 000 Ft	35 000 Ft	50 000 Ft	/1 biztosítási év
Kritikus betegségek biztosítás	65 éves korig	200 000 Ft	500 000 Ft	1 000 000 Ft	/3 naptári év
	66-69 éves korig	100 000 Ft	250 000 Ft	500 000 Ft	
Baleseti költségtérítés	65 éves korig	2 000 000 Ft	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft	/1 biztosítási év
	66-69 éves korig	1 000 000 Ft	2 500 000 Ft	5 000 000 Ft	

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 1.4.1.1.-23. pontjaiban 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.
- 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.
- 3.5. A Baleseti költségtérítés fedezet vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt történt baleset miatt szükségesség váló egészségügyi szolgáltatásokra.

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 17.1.1. pontjában leírt módon eljuttatnia az Ellátásszervezőnek:
- diagnosztikai vizsgálatra szóló, az igénybejelentés időpontjában a Védőháló Plusz egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételek 1.pontja szerint érvényes Orvosi javaslat/beutaló;
 - 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 17.1.1. 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 1.4. 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 1.1-1.3. 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 1.4.2.6. és 1.4.2.7. 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**
- 4.3. **Baleseti költségtérítés esetén**
- 4.3.1. Az Éves szolgáltatási limitre való jogosultság alapjának elbírálásához **a Biztosítottnak az alábbi, a biztosítási eseményt igazoló dokumentumokat kell** az Általános Biztosítási Feltételek 17.1.1. pontjában leírt módon eljuttatnia az Ellátásszervezőnek:
- teljes orvosi dokumentáció másolata, (ideértve amennyiben rendelkezésre áll diagnózis és a diagnózis felállításának időpontját igazoló iratokat, orvosi leírást, orvosi szakvéleményt/leletet, zárójelentést, kórházi igazolást, elszámolási nyilatkozatot, műtéti leírást, ambuláns (járóbeteg-ellátási) lapot, röntgenleletet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlapot,)

- rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata,
 - munkahelyi baleset esetén a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolata,
 - Biztosított nevére és címére kiállított számla.
- 4.3.2. A jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.5. pontjában meghatározott biztosítási eseményre 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.
- 4.3.3. Az Éves szolgáltatási limit terhére a Biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások szervezését és az egészségügyi szolgáltatások költségeinek térítését a Biztosító abban az esetben teljesíti, ha
- a) a Biztosított által igénybe veendő egészségügyi szolgáltatás a Biztosított egészségének helyreállításához vagy megőrzéséhez, a balesetből eredő 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 baleset biztosítási eseményhez kapcsolódó a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.1-1.3. pontjában felsorolt egészségügyi szolgáltatásokat Biztosított az Ellátásszervező előzetes tájékoztatásával, tudtával és/vagy szervezésében veheti igénybe,
 - d) a 4.3.3 c) pontban leírtakon felül a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.5.2.3. és 1.5.2.4. 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 és címére kiállított számla igazolja,
 - f) az Éves szolgáltatási limit erre részben vagy egészben fedezetet nyújt.
- 4.4. A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 3 éven belül (elévülés) be kell jelenteni a Biztosító-nak az Ellátásszervezőn keresztül, különben a Biztosító mentesül a szolgáltatás nyújtása alól.
- 5. Szolgáltatási feltételek módosítása**
- 5.1. A szolgáltatási feltételek egy biztosítási évre érvényesek. **A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a jelen Csoportos biztosítás**
- szolgáltatásait,
 - biztosítási eseményeit és a szolgáltatás feltételeit,
 - a biztosítási csomagokat és szolgáltatási limiteket,
 - szolgáltatás igénybevételének folyamatát és igény elfogadás feltételeit,
 - és a megváltozott szolgáltatási feltételek miatt az Általános Biztosítási Feltételek 1. pontja szerinti fogalmakat, a 7. pontja szerinti várakozási időt, a 16. pontja szerinti kizárásokat, a 17. pontja szerinti biztosítási szolgáltatások igénybevételét, évente, a következő biztosítási évre vonatkozóan egyoldalúan **módosítsa** abban az esetben, ha ez a kockázatközösség védelmében szükséges, továbbá hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechika és az orvostudomány fejlődésével, jogszabályváltozás miatt szükséges a módosítás, illetve ha a Biztosító az Ellátásszervező partnerével kötött szerződés módosul vagy megszűnik, és emiatt a jelen Csoportos biztosítás szolgáltatásai változatlan feltételekkel már nem nyújthatóak, illetve ha az új Ellátásszervező partnerrel kötött szerződésben vállalt szolgáltatások eltérőek, és emiatt a jelen Csoport biztosítás szolgáltatásai változatlan feltételekkel már nem nyújthatóak.
- 5.2. A megváltozott szolgáltatási feltételekre vonatkozó szabályokra az Általános Biztosítási Feltételek 9.5. és 9.6. pontja az irányadó.