

A Biztosító a jelen biztosítási feltételek alapján arra vállal kötelezettséget, hogy biztosítási díj megfizetése ellenében a jelen biztosítási feltételek szerint meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén az 1. számú mellékletben szereplő PERFEKT PRO MED Ügyvédi Egészségbiztosítás Biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek táblázatában meghatározott biztosítási limitek erejéig biztosítási szolgáltatást nyújt. A biztosítási feltételekre, illetve a feltételekben nem szabályozott kérdésekben a magyar jog szerint, elsősorban a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyfél-tájékoztató elemei **vastag betűvel**, míg a Ptk-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek **dőlt betűvel** szedettek.

1. Fogalmak

- a) **Alapellátás:** a biztosított lakóhelyén, tartózkodási helyén, illetve annak közelében a biztosított választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatás (házi-orvosi szolgáltatás).
- b) **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.
- c) **Általános járóbeteg-szakellátás:** a biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, ideértve az ambuláns műtétet is.
- d) **Az ellátásszervezővel/biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel/ biztosítóval nem köt szerződést.
- e) **Az ellátásszervezővel/biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt.
- f) **Baleset:** a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső erőbehatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.
- g) **Beavatkozás:** azon megelőző, vagy diagnosztikus, vagy terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- h) **Betegség:** Az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza az életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét.
- i) **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.

- i. Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:
 - a biztosított személyazonosító adatait,
 - cselekvőképes biztosított esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló biztosított esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
 - a kórelőzményt, a kórtörténetet,
 - az első vizsgálat eredményét,
 - a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
 - az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődeményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
 - az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
 - a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
 - a beteg gyógyszer-túlérzékenységére vonatkozó adatokat,
 - a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
 - a biztosítottnak (betegnek), illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
 - a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
 - minden olyan egyéb adatot és tény, amely a biztosított gyógyulására befolyással lehet.
 - ii. Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:
 - az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
 - a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
 - az ápolási dokumentációt,
 - a képalkotó diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint
 - a biztosított testéből kivett szövetmintákat, illetve azok szövettani eredményeit.
- Több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni, és azt a biztosítottnak át kell adni.
- j) **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

- i. a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak,
 - ii. a keresőképességnek,
 - iii. a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.
- k) **Egészségügyi ellátás:** a biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.
- l) **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.
- m) **Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.
- n) **Egynapos sebészet¹:** Az egynapos sebészeti ellátás olyan, a kórházi fekvőbeteg ellátást kiváltó, jogszabályban 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.
- o) **Előzménybetegség: az adott biztosítottra vonatkozó, a kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett baleset/meglévő betegség vagy állapot mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel összefügg.**
- p) **Éves szolgáltatási limit:** a biztosító jelen szerződés meghatározott szolgáltatásai vonatkozásban a kifizetési tekintetében a teljesítendő szolgáltatási összegekre vonatkozóan egy adott biztosítási évre összehatárt állapot meg, melynek mértékét a jelen Feltételek 1. számú mellékletében található Biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek táblázat tartalmazza.
- q) **Fekvőbeteg szakellátó /kórház:** szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és megfelelő intézményi kóddal rendelkezik. A jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóknak a szanatóriumok, nappali kórházak, pszichiátriai intézetek, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, 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, illetve obesitológiai és lipidológiai osztályai.
- r) **Fogyasztó:** fogyasztónak minősül az a természetes személy, aki szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül jár el.
- s) **Kedvezményezett:** a szolgáltatások igénybevételére jogosult személy, aki a PERFEKT PRO MED általános, különös és kiegészítő feltételei vonatkozásában azonos a biztosítottal.
- t) **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.
- u) **Kockázatelbírálás:** a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja.
- v) **Kockázatviselési tartam:** a kockázatviselés kezdetének napja és a kockázatviselés megszűnésének napja közötti időtartam.
- w) **Költségtérítés:** a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig.
- x) **Műtét:** az a sebészeti beavatkozás, amely lehet betegségi vagy baleseti okú, és amelyet az orvosszakmai szabályok megtartásával végeznek el a biztosítotton.
- y) **Orvosi javaslat:** háziorvosi, szakorvosi képesítéssel rendelkező egészségügyi szakember által kiállított, orvosi pecséttel ellátott egészségügyi dokumentum, amely a beteg panaszai háttérében álló betegség feltárása, egészségének megőrzése vagy helyreállítása érdekében elvégzendő vizsgálatok, beavatkozások vagy kezelési terv leírását tartalmazza. Az orvosi javaslathoz kötött szolgáltatások esetén a biztosító az adott szolgáltatással kapcsolatban benyújtott orvosi javaslat alapján szolgáltat. Újra kiállított, javított orvosi javaslatokat nem vesz figyelembe.
- z) **Önrész:** Az önrész az az összeg, amelyet a biztosító az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségének térítésekor levon a térítendő összegből és amelyet a szerződő/biztosított köteles megfizetni. A biztosító kizárólag az egészségügyi szolgáltatás költségének az önrészt meghaladó részét téríti meg.
- aa) **Speciális járóbeteg-szakellátás:** olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel.
- av) **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.
- cc) **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.

- dd) **Várakozási idő:** a kockázatviselés kezdetének szerződéses elhalasztása, vagy a biztosító kockázatvállalásának meghatározott ideig történő korlátozása.
- ee) **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 biztosítási szerződés alanyai

- a) A Biztosító: az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., amely a kockázatot viseli és a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal a Szerződő által fizetett díj ellenében.
- b) A Szerződő: a Magyar Ügyvédek Kölcsönös Biztosító Egyesülete, aki a jelen biztosítási szerződést megkötöti.
- c) A Biztosított: jelen feltételek alkalmazásában biztosítottak minősül, akinek életével, testi épségével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményekre a szerződés létrejön, feltéve, hogy az általa tett nyilatkozattal elfogadja a jelen csoportos biztosítási szerződés feltételeit, és biztosítottként csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez. Jelen feltételek alkalmazásában biztosított lehet a Magyar Ügyvédek Kölcsönös Biztosító Egyesületének tagja, illetve a tag hozzátartozója, **akinek életkora a szerződésbe való belépéskor legalább betöltött 1 év és legfeljebb betöltött 69 év. 18 év alatti biztosítottra kizárólag Gyermekek csomag köthető.** A belépési életkort úgy kell megállapítani, hogy a biztosított születési évszámát le kell vonni a biztosítás kezdetének évszámából.
- d) Jelen feltétel alkalmazásában hozzátartozónak minősül:
- i. a biztosított házastársa, élettársa
 - ii. a biztosítottal egy háztartásban élő vér szerinti gyermeke, más háztartásban élő vér szerinti gyermeke, valamint vele egy háztartásban élő nevelt, avagy örökbefogadott gyermeke
 - iii. a biztosított szülője
 - iv. a biztosított testvére
- e) **Jelen feltétel alkalmazásában gyermek, akinek a szerződésbe való belépéskor életkora legalább betöltött 1 év, legfeljebb betöltött 18 év. Kiskorú biztosított esetén a szerződés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.**

3. A biztosítotti nyilatkozat

- a) A biztosítási fedezetnek az egyes biztosítottakra való kiterjesztéséhez az adott biztosított hozzájárulása, azaz biztosítotti nyilatkozat szükséges.
- b) A biztosítotti nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a biztosítottnak a szerződés hatályának reá történő kiterjesztésére vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát, a biztosított jogaira és kötelezettségeire vonatkozó tájékoztatást, így különösen a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést. A biztosítotti

nyilatkozat a szerződés részét képezi. A biztosítotti nyilatkozatot a szerződő köteles megőrizni, s a biztosító kérésére azt a biztosító rendelkezésére bocsátani.

- c) A biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie.
- d) A Biztosított a szerződésbe szerződként nem léphet be, a biztosítási szerződés módosításához, felmondásához a biztosított írásbeli hozzájárulása nem szükséges.**
- e) A biztosított évente egyszer, a reá irányadó évfordulóval jogosult az általa választott biztosítási csomagot módosítani. A csomagmódosítás folyamata a következő: A biztosítottnak a meglévő csomag megszüntetése iránti igényét az évforduló előtt legalább 60 nappal írásban kell a Biztosító felé bejelentenie a Biztosító által rendelkezésre bocsátott formanyomtatványon. A kiválasztott új biztosítási csomag felvétele pedig egy újabb biztosítási csatlakozási nyilatkozat kitöltésével és a megfelelő csomag kiválasztásával történik. **A biztosító jogfolytonosságot nem vállal az új csomag vonatkozásában, azaz a 15 napos várakozási idő újraindul az új csomagra vonatkozó kockázatviselési kezdet napjával, és a biztosító az új csomag kockázatviselési kezdetének dátumát figyelembe véve vizsgálja az előzménybetegség meglétét az egy napos sebészeti beavatkozások kapcsán.**
- f) A biztosított jogosult visszavonni a biztosítotti nyilatkozatát. A biztosítotti nyilatkozat visszavonására kizárólag évfordulóra van lehetőség, a következőképpen: A biztosítottnak a biztosítotti nyilatkozat visszavonására irányuló igényét a reá irányadó évforduló előtt legalább 60 nappal írásban kell a Biztosító felé bejelentenie a Biztosító által rendelkezésre bocsátott formanyomtatványon.

4. A biztosító kockázatviselése

- a) A biztosítás kockázatviselése kizárólag a biztosított magyarországi egészségügyi intézményben történő ellátására terjed ki.
- b) *A Biztosító kockázatviselése a biztosított nyilatkozat aláírását követő hónap első napjának 0. órájakor kezdődik.* Biztosítási évforduló a biztosított nyilatkozat megtételét követő hónap első napjának évenkénti fordulónapja. A két forduló nap közötti egy év a biztosítási időszak (biztosítási év).
- c) A biztosító kockázatviselése megszűnik:
- i. a biztosított halála esetén, a halál napjával,
 - ii. a Szerződőnél fennálló egyesületi tagsági jogviszony megszűnése esetén mind a tagi, mind a tagi hozzátartozó biztosított vonatkozásában a díjjal fedezett időszak utolsó napjának 24. órájával, a tagsági jogviszony megszűnéséről a biztosított tag köteles írásban tájékoztatni a biztosítót, a tagsági jogviszony megszűnését követő 10 munkanapon belül,
 - iii. a biztosítotti nyilatkozat visszavonásával, a díjjal fedezett időszak utolsó napjának 24. órájával, a tagsági jogviszony megszűnéséről a biztosított tag köteles írásban tájékoztatni a biztosítót, a tagsági jogviszony megszűnését követő 10 munkanapon belül,

- iv. **18 éven felüli biztosított esetén a 70. életévének betöltését követő első biztosítási évfordulón,**
- v. **gyermek biztosított esetén a 18. életévének betöltését követő első biztosítási évfordulón,**
- vi. amennyiben az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási díj nem került megfizetésre, a díjjal fedezett időszak végével,
- vii. a 7. pontban foglaltak szerint,
- viii. a csoportos biztosítási szerződés megszűnésével, a díjjal fedezett időszak utolsó napjának 24. órájával.

5. Várakozási idő

- a) **A biztosító a kockázatviselés kezdetére 15 nap várakozási időt köt ki.**
- b) **A várakozási idő kezdete a kockázatviselés kezdetének napja.**

6. A biztosítási díj

- a) A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének ellenértéke. **A szerződő a biztosítás díja egyes biztosítottra vonatkozó díjrésének megfizetését áthárítja az adott biztosítottra, oly módon, hogy azt a Biztosított közvetlenül köteles a Biztosítónak megfizetni.**
- b) **A biztosítási díjat a biztosító egy biztosítási évre határozza meg. A díjfizetés gyakorisága negyedéves vagy éves lehet.**
- c) **A biztosítás első díja a biztosított csatlakozási nyilatkozat aláírásakor esedékes. Minden folyótalagos díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik.**
- d) **A díjfizetés módja: átutalás.**
- e) Ha az adott biztosított az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal (az utolsó díjjal fedezett nap 24. órája) megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

7. A biztosítási díj módosítása

- a) A Biztosító jogosult a biztosítás díját évente egyszer módosítani.
- b) A Biztosítási díj módosítására a csoportos biztosítási szerződés évfordulóján kerül sor.
- c) A Szerződő a módosult biztosítási díjról az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napja előtt legalább 60 nappal írásban a Biztosítótól kapott tájékoztatás alapján tájékoztatja a Biztosítottat.
- d) A Biztosított jogosult a biztosítási díj módosítását elutasítani, amennyiben a díjmódosítás elutasításáról a rá vonatkozó biztosítási évforduló napja előtt legalább 30 nappal írásban tájékoztatja a Biztosítót.
- e) A biztosítási díj módosításának elutasítása esetén a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik a díjjal fedezett hónap

utolsó napján, de legkésőbb az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási évfordulón.

- f) Amennyiben a Biztosított legkésőbb a rá vonatkozó biztosítási évforduló előtt 30 nappal nem nyilatkozik, a Biztosító a díjmódosítást elfogadottnak tekinti.
- g) A biztosítási díj módosításának elfogadása esetén a módosított biztosítási díj egy adott Biztosított vonatkozásában az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napján lép hatályba, és a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napjától már a módosított díjat írja elő.

8. Közlési és változásbejelentési kötelezettség

- a) A közlési és változás bejelentési kötelezettség a biztosítottat terheli.
- b) A közlési kötelezettség abban áll, hogy a biztosított köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt, adatot a biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan, és a valóságnak megfelelő válaszokkal a fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- c) A biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó kérdéseket tehet fel.
- d) A biztosított a reá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt a szerződésben meghatározott lényeges körülmények tekintetében változás bejelentési kötelezettséggel tartozik, melyet írásban kell a biztosítóhoz bejelenteni.
- e) **A közlési kötelezettség vagy a változás bejelentési kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél vagy a biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.**

9. A biztosító mentesülése

- a) **A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.**
- b) **A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be.**
- c) **A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól abban az esetben, ha a biztosított a kármegeelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét megszegi.**
- d) **A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól abban az esetben, ha a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékosan vagy a szerződő, illetve biztosított súlyosan gondatlanul okozta.**
- e) **A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni. Súlyosan gondatlannak minősülhet különösen, ha:**

| | |
|---|--|
| <p>i. a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetleg a biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltságával okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt,</p> <p>ii. a biztosítási esemény kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták.</p> <p>f) A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a biztosított öngyilkossági kísérletével, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be.</p> <p>10. A Biztosító kockázatviseléséből kizárt kockázatok:</p> <p>a) A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményben vagy más háborús cselekményben valamely fél mellett történő aktív részvétellel vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határ-villongás, 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 szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.</p> <p>b) A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be.</p> <p>c) A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény a biztosított alkoholos állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következett be.</p> <p>d) Nem szolgáltat a biztosító az olyan egynapos sebészeti beavatkozások vonatkozásában, amely az orvosszakmai előírások be nem tartása (orvosi műhiba) miatt válik szükségessé.</p> <p>e) A biztosító nem téríti az olyan egynapos sebészeti beavatkozásokat, amelyek egészségügyi ellátás, orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszennvedett ártalom miatt válnak szükségessé.</p> <p>f) Nem biztosítási esemény az írásbeli orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény, kivéve a szakorvosi vizsgálatokat, azonban az ellátásszervező minden esetben jogosult meggyőződni a Biztosított által igényelt szolgáltatás orvosi-szakmai indokoltságáról, és ennek hiányában jogosult elutasítani a szolgáltatási igényt.</p> | <p>g) Nem biztosítási esemény az ellátás iránti igény akkor sem, ha az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét.</p> <p>h) Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amelynek az igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül, azaz nem az ellátásszervezővel történt előzetes egyeztetést követően történt.</p> <p>i) Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett baleset/meglévő betegség vagy állapot következtében válik szükségessé, kivéve a járóbeteg szakellátást (de az ambuláns sebészeti ellátást nem), a diagnosztikai vizsgálatokat és a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokat.</p> <p>j) Nem biztosítási esemény az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül válik szükségessé, vagy amellyel kapcsolatban a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül orvoshoz fordult.</p> <p>k) Nem biztosítási esemény a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó igény, amennyiben a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos/nem a feltételezett diagnózisnak megfelelő szakterület szakorvosa által kiállított javaslatot/beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat.</p> <p>l) Nem téríti a Biztosító utólagos térítés keretében az olyan számlát, amely nem felel meg a jelen Feltételek 12. pontjában leírt tartalmi követelményeknek.</p> <p>m) A biztosító nem viseli a kockázatot az alábbiakra:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából végzett ellátásra, ii. az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységre, iii. katasztrófa miatti ellátásra, iv. járványügyi érdekből végzett ellátásokra, v. tüdőgyógyászati gondozásra, vi. addiktológiai gondozásra, vii. alkoholológiai gondozásra, viii. drogbeteg-ellátásra, gondozásra, ix. foglalkozás-egészségügyi szakellátásra, x. akupunktúrás kezelésre, xi. alternatív gyógyászati eljárásokra, xii. semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra, illetve fogászati diagnosztikára, xiii. lézeres kezelésekre, beavatkozásokra (körömgomba, látásjavító, intimlézer, visszér stb.), xiv. geriátriai kezelésre, gondozásra, xv. szemlencse beültetésre, xvi. dialízis kezelésre, xvii. visszér betegség semminemű kezelésére, xviii. szexuális úton terjedő betegség diagnózisának felállítását követően szükségessé váló gondozásra, kezelésre, xix. meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatokra, xx. genetikai vizsgálatokra, különösen, de nem kizárólagosan: Leiden-mutáció, MTHFR gén mutáció, FII G20210A prothrombin gén mutáció, laktóz genetika, |
|---|--|

- xxi. étel-intolerancia vizsgálatokra (ide értve az IgG típusú ételintolerancia tesztek (FOOD teszt) és a DAO-tesztet is),
- xxii. pszichiátriai kezelésre, kivéve az első konzultációt,
- xxiii. gyógypedagógiai kezelésre,
- xxiv. fizio- és mozgásterápiás kezelésre,
- xxv. injekció-terápiás sorozatra (az első szakorvosi vizit alkalmával, fájdalom csillapítás céljából beadott első injekciót fedezi a biztosítás, a továbbiakat, illetve a porcpótló hatóanyagot tartalmazó injekciót nem)
- xxvi. intenzív betegellátásra,
- xxvii. klinikai onkológiai gondozásra,
- xxviii. állapotfenntartó infúziós és kúraszerű kezelésekre, ide értve a PRP (sajátvér) kezelést és a GUNA terápiát is,
- xxix. Hepatitis C betegek gondozására,
- xxx. aneszteziológiai ellátásra, kivéve az ambuláns vagy egynapos sebészeti ellátás vonatkozásában szükségessé váló aneszteziológiai ellátást,
- xxxi. a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatos ellátásra, ide értve a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket,
- xxxii. a terhességgel, szüléssel és a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre, amennyiben a szülés a kockázatviselés kezdetét követő 270. napnál korábban következik be
- xxxiii. fogamzásgátlással, meddőséggel, művi megtermékenyítéssel összefüggő ellátási igényekre,
- xxxiv. művi terhesség megszakítással kapcsolatos ellátási igényekre, kivéve, ha a terhesség az anya életét veszélyezteti vagy a magzat egészségi állapota ezt indokoltá teszi,
- xxxv. esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés kapcsán felmerülő ellátási igényekre, kivéve a valamely betegség vagy baleset következtében szükségessé váló rekonstrukciós beavatkozásokat és az ezekhez kapcsolódó vizsgálatokat,
- xxxvi. A biztosított HIV-fertőzésével vagy ezzel okozati összefüggésben felmerülő ellátási igényekre,
- xxxvii. Az alkohol- illetve a drogfüggőség megszüntetésével kapcsolatos ellátási igényekre,
- xxxviii. a Magyarországon elfogadott és általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátásokra,
- xxxix. széklet genomikai tesztre,
- xl. immunterápiára,
- xli. pszichológiai konzultációkra,
- xlii. dietetikai konzultációkra
- xliii. gyomor bypass műtétekre
- xliv. gyomorbypass műtétekre, akkor sem, ha ambuláns sebészeti ellátás keretében végezték el
- xlv. veleszületett betegségekkel, fejlődési rendellenességekkel kapcsolatos műtétekre és beavatkozásokra
- xlvi. az olyan ambuláns műtétekre, amelyek az

- adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett baleset/ meglévő betegség vagy állapot következtében válnak szükségessé.
- xlvii. A Biztosító nem vállal fedezetet az alábbi Egynapos sebészeti beavatkozásokra:
- xlviii. Sterilisatio laparoscopica feminae
- xlix. Sterilisatio laparoscopia kapocccsal
- l. Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel
- li. Sterilisatio laparoscopia monopol. elektródával
- lii. Sterilisatio laparoscopia bipol. elektródával
- liiii. Extrauterin graviditas laparoscopos műtéte
- liv. Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából
- lv. Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel
- lvi. Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel
- lvii. Méhen kívüli terhességben adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal
- lviii. Interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal
- lix. Interruptio laminaria tágitással
- lx. Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése
- n) 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, mind a következő kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül a Biztosítóra vonatkoznak. 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.)

11. Biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása

a) Járóbeteg-szakellátás

- i. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkező balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg-szakellátás, orvosi távkonzultáció keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása.
- ii. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása is, mely ellátás orvosi távkonzultáció, járóbeteg-szakellátás keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azonban a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegséggel, bekövetkezett balesettel összefüggésben szükségessé váló ambuláns sebészeti beavatkozásokra.

- iii. **Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata.** Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a kezelésnek a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.
- iv. Az orvosi távkonzultáció nem személyes találkozó keretében lebonyolított szakorvosi konzultáció. **Az orvosi távkonzultáció semmilyen módon nem helyettesíti az orvosi fizikális vizsgálatot, diagnózis felállítását nem teszi lehetővé. Terápiás javaslat, módosítás orvosi távkonzultáció formájában csak korábban már diagnosztizált esetekben adható, amennyiben az orvosszakmailag indokolt. Az orvosi távkonzultáció alkalmazhatóságát egy adott panasz esetén az ellátásszervező jogosult megítélni és orvosszakmai indokkal elutasítani.** Az orvosi távkonzultáció az alábbi esetekben alkalmazható:
 1. aktuális panaszok, tünetek értékelése, azok súlyosságának, sürgősségének és az orvoshoz fordulás indokoltságának megítélése, javaslat a további teendőkről,
 2. orvos tanácsadás új panaszok esetén – orvosi javaslat a további teendőkre, ajánlás vény nélkül is kapható készítmények használatára vonatkozóan,
 3. meglévő betegséggel, aktuális állapottal, annak változásával kapcsolatos orvosi tanácsadás, tájékoztatás,
 4. korábbi orvosi eredmények, javaslatok, leletek értelmezése, értékelése, orvosi tanácsadás, további vizsgálati javaslatok megfogalmazása,
 5. orvosi kontroll konzultáció, amennyiben a biztosított tünetmentes, az alkalmazott terápia hatására meggyógyult és a konzultáció csak az állapot megerősítését célozza,
 6. recept-felírás – amennyiben a biztosított rendszeresen szed állapot-fenntartó gyógyszereket az ismert, diagnosztizált megbetegedésére és ezt orvosi javaslattal igazolja.
- v. **Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett járóbeteg-szakellátás.**
- vi. **Nem minősül biztosítási eseménynek a biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt fennálló terhessége. Ha a terhesség a kockázatviselés kezdetét követően jött létre, akkor a biztosító a terhességgel összefüggésben egy biztosítási évben összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálathoz tartozó, a hatályos orvosszakmai protokoll által**

- előírt ultrahang vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig. A Biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a 3D, 4D és 5D ultrahang vizsgálatokra és a magzati szív ultrahangra, sem pedig a terhességgel kapcsolatos laboratóriumi vagy egyéb diagnosztikai vizsgálatokra (pl. NST/CTG).
 - vii. **A biztosítási esemény időpontja az igénybevett járóbeteg szakellátás napja.**
 - viii. **A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.**
- b) Diagnosztikai vizsgálatok**
- i. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, illetőleg a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb, nem a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokhoz sorolt diagnosztikai vizsgálata.
 - ii. **Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata.** Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a 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.
 - iii. **Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybevett diagnosztikai vizsgálat iránti igény.**
 - iv. **A biztosítási esemény időpontja az igénybevett diagnosztikai vizsgálat napja.**
 - v. **A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.**
- c) Nagyértékű diagnosztika**
- i. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, illetőleg a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, nem szűrővizsgálati célból szakorvos által elrendelt, az alábbiakban felsorolt diagnosztikai vizsgálata:
 1. PET-CT (pozitron-emissziós tomográfias diagnosztika)
 2. Cardio-CT (tomográfias diagnosztika)
 3. MR (mágneses rezonancia diagnosztika)
 4. CT (computer tomográf – számítógépes rétegfelvétel diagnosztika)
 5. Endoszkópos vizsgálatok.

| | |
|---|---|
| <p>ii. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett nagyértékű diagnosztikai vizsgálat napja.</p> <p>iii. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.</p> <p>d) Egynapos sebészeti ellátás</p> <p>i. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkezett balesete vagy a kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegsége következtében felmerülő egynapos sebészeti ellátása, amennyiben az orvos-szakmailag indokolt.</p> <p>ii. A biztosítási fedezet nem terjed ki arra az esetre, ha az egynapos sebészeti ellátás alatt vagy utána olyan, a műtéttel összefüggő szövődmény következik be, amely a biztosítottnak a tervezettnél hosszabb ideig tartó, akár más intézményben történő kórházi ellátását vagy a tervezettől eltérő orvosi ellátását igényli.</p> <p>iii. A biztosítási fedezet nem terjed ki arra az esetre sem, ha a biztosított saját felelősségére távozik a műtéti beavatkozást követő 24 órán belül, de a műtéti beavatkozás nem minősül egynapos sebészeti ellátásnak, mert a vonatkozó jogszabályi előírások vagy a biztosított egészségi állapota ezt nem teszi lehetővé.</p> <p>iv. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett egynapos sebészeti ellátás napja.</p> <p>v. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.</p> <p>e) Második orvosi vélemény</p> <p>i. Biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége kapcsán felmerülő második orvosi vélemény szolgáltatás iránti igénye.</p> <p>ii. A második orvosi vélemény szolgáltatást a biztosított kizárólag az alábbi súlyos betegségek kapcsán veheti igénybe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat); 2. szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet; 3. szervátültetések; 4. neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát; 5. az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció; 6. a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák; 7. életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás. <p>iii. A listában nem szereplő betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi véle-</p> | <p>mény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.</p> <p>iv. A biztosítási esemény időpontja a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges kérelem kérdőív és jogi nyilatkozat ellátásszervezőhöz történő benyújtásának időpontja.</p> <p>v. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi a második orvosi vélemény szolgáltatást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.</p> <p>f) Orvosi call center szolgáltatás</p> <p>i. A biztosító a jelen Különös Feltételek alapján a biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által minden nap a nap 24 órájában elérhető egészségügyi információs szolgáltatást nyújt.</p> <p>ii. A szolgáltatás célja, hogy a biztosított egészségmegőréssel kapcsolatos kérdéseire a témában jártas szakembertől, orvosi kérdés esetében orvostól kapjon választ. Az egészségügyi információs központban az alábbi kérdések kapcsán ad tájékoztatást:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. egészségmegőréssel, életmóddal kapcsolatos kérdések, 2. tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően, 3. tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről, 4. tájékoztatás ügyeletes gyógyszertárakról, 5. tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről. <p>iii. A szolgáltatást a biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, korlátlanul veheti igénybe.</p> <p>iv. Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a biztosított vizsgálatát.</p> <p>v. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget.</p> <p>vi. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.</p> <p>vii. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolására céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.</p> <p>g) Rizikó felmérés</p> <p>Biztosítási évente egyszer a biztosító ellátás szervező partnere révén online rizikó felmérést nyújt a biztosított számára. Az online rizikó felmérés egy kockázatbecslés, amely a biztosított által egy online felületen kitöltött kérdőív automatizmus által történő kiértékelését, illetve a biztosított igénye esetén az ellátásszervező orvosa által végzett kiértékelést foglal magában, amelyet az ellátásszervező orvosa az igény beérkezését követő 5 munkana-</p> |
|---|---|

pon belül e-mail-ben juttat el a biztosított részére. Az ellátásszervező orvosa által végzett kiértékelés kiterjed a biztosított számára a rizikófelmérés alapján javasolt szűrővizsgálati protokoll leírására is. A javasolt szűrővizsgálatokat az ellátás szervező a biztosított kérésére megszervezi. Ezen vizsgálatok költsége a biztosítottat terheli, a biztosító nem finanszírozza azokat.

h) Védőoltás tanácsadás

- i. **A biztosító a Gyermek csomag részeként a biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által védőoltásokkal kapcsolatos tanácsadás szolgáltatást nyújt.**
- ii. A szolgáltatás tartalma biztosítási évenként egyszer igényelhető gyermekorvosi konzultáció, amelynek során az alábbi kérdések kapcsán ad a szakorvos tájékoztatást:
 1. jogszabály által előírt kötelező védőoltások,
 2. ajánlott védőoltások és azok költségvonzata
 3. védőoltások lehetséges következményei.
- iii. **A biztosító az esetleges védőoltás beadás és a vakcina költségét nem téríti.**
- iv. A védőoltási tanácsadás igénybevétele nem terheli a biztosított járóbeteg szakellátásra vonatkozó szolgáltatási limitjét.

i) Szűrővizsgálat

- i. A Biztosító szűrővizsgálat keretében lehetőséget nyújt a Biztosított számára, hogy egészségügyi panasz megléte nélkül vegyen igénybe járóbeteg szakellátást, illetve diagnosztikai vizsgálatokat, amennyiben a Biztosított biztosítási csomagja tartalmaz szűrővizsgálati csomagot.
- ii. **A szűrővizsgálati csomag vizsgálati elemei biztosítási évente egy alkalommal vehetők igénybe.**
- iii. *A szűrővizsgálati csomagot a biztosító egyben nyújtja, ami azt jelenti, hogy az ellátásszervező a szűrővizsgálati csomag valamennyi elemének szervezését egyszerre végzi. A biztosítottnak lehetősége van a szűrővizsgálati csomag egyes elemeiről lemondani, ez azonban azt jelenti, hogy adott biztosítási évben a lemondott elemek szervezését már nem igényelheti.*
- iv. Szűrővizsgálat esetében a szűrővizsgálat helyszínét az ellátásszervező jelöli ki, figyelembe véve a szerződő vagy a biztosított földrajzi preferenciáit.
- v. Az ellátásszervező nem tudja garantálni, hogy a szűrővizsgálati csomag valamennyi vizsgálata egy időpontban és egy helyszínen meg tud történni.

12. A szolgáltatás igénybevételének folyamata

- a) Azon biztosítási szolgáltatások vonatkozásában, amelyek az egészségügyi ellátás megszervezését és finanszírozását foglalják magukba az alábbiak szerint kell eljárni:
 - i. A biztosított telefonon vagy e-mail-ben bejelenti az ellátásszervezőnek az ellátásra vonatkozó igényét.
 - ii. Az ellátásszervező az ellátási igények foga-

dására munkanapokon 8-20 óra között áll rendelkezésre.

- iii. A telefonbeszélgetések, online megkeresések visszakéreshető formában rögzítésre kerülnek.
- iv. **Amennyiben az ellátásszervező jogosnak ítéli a biztosított ellátási igényét, a bejelentést követő 5 munkanapon, szűrővizsgálat szervezése esetén 30 napon belül belül megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és a szakorvos között. Az ellátás helyszínéről és időpontjáról telefonon vagy e-mail-ben tájékoztatja a biztosítottat.**
- v. **Amennyiben a szakorvos további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban és helyszínen veheti igénybe a biztosított, amennyiben az ellátást az ellátásszervező is indokoltnak ítéli és a biztosított még nem használta el az adott ellátás típusra vonatkozó éves szolgáltatási limitjét. Az ellátásszervező a további vizsgálatok vonatkozásában is 5 munkanapon belül egyezteti le az időpontot.**
- vi. **Az ellátásszervező rendelkezésére álló határidő az időpontok lefoglalására és a biztosított erre vonatkozó tájékoztatására vonatkozik, az ellátás lebonyolítására nem.**
- vii. 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.
- viii. Amennyiben a biztosított adott ellátásra vonatkozó éves limitjéből rendelkezésre álló összeg nem fedezi az igényelt ellátás teljes költségét, vagy az adott biztosítási évben a biztosított az ellátásra vonatkozó limit 90%-át már felhasználta, a biztosító csak oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.
- ix. *Amennyiben a biztosított olyan szolgáltatónál kívánja az ellátást igénybe venni, amely nem szerződött az ellátásszervezővel, a biztosító csak utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a szolgáltatás díját 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.*
- x. *Az ellátásszervező által nyújtott tájékoztatás előzetes tájékoztatás, nem minősül a biztosító általi kötelezettségvállalásnak. A biztosító fenntartja a jogot, hogy az ellátást követően beküldött egészségügyi dokumen-*

táció birtokában elutasítsa az igényt, ha az nem felel meg a Biztosítási Feltételekben leírtaknak.

b) A biztosító utólagos, számla ellenében történő teljesítéséhez az alábbi dokumentumok benyújtása szükséges:

- i. az ellátást végző egészségügyi szolgáltató által a biztosított nevére kiállított eredeti számla, egészségpénztár nevére kiállított számlát a Biztosítónak nem áll módjában téríteni,
- ii. az ellátásról szóló dokumentumok másolata,
- iii. minden olyan irat, lelet, orvosi dokumentum, amely a jogosultság megítéléséhez szükséges és amely megfelel a jelen Biztosítási Feltételek 1. pontjában leírtaknak,
- iv. biztosított bankszámlaszáma, ahova a térítést kéri,
- v. az ellátásszervezőnek jogában áll bekérni az igénybevett ellátáshoz kapcsolódó egészségügyi dokumentumokat is: szakorvosi vizsgálat esetén a vizsgálatról készült ambuláns lapot; nagyértékű diagnosztika, műtét, diagnosztikai és labor vizsgálatok esetén a megtörtént vizsgálat eredményének és a vizsgálat szükségességéről szóló javaslatnak a másolatát.
- vi. A dokumentumokat a biztosító ellátásszervező partnere címére kell megküldeni.
- vii. Az utólagos térítésre a 12. b. pontban leírtak figyelembe vételével legkésőbb az ott meghatározott dokumentumok hiánytalan beérkezését követő 15 napon belül kerül sor.

c) **A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani, legkésőbb két munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően, az ellátásszervezőnél, telefonon vagy e-mail-ben.**

d) **Amennyiben a biztosított két munkanapon belül vagy másodszor mondja le/módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban vagy nem az ellátásszervezőnél mondja le/módosítja az időpontot, a biztosító a biztosított rendelkezésére álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitet csökkenti a tervezett ellátás elmaradásából eredő költségével, és a biztosított ugyan ezen beavatkozás megszervezésére legkorábban 3 hónap elteltével válik ismét jogosulttá, kivéve, ha bizonyítja, hogy neki fel nem róható okból kifolyólag nem volt lehetősége az ellátást lemondani.**

e) Második orvosi vélemény szolgáltatás igénybevétele

- i. Biztosított jelzi az ellátásszervező felé a szolgáltatásra vonatkozó igényét.
- ii. Az ellátásszervező tájékoztatja a biztosítottat a szolgáltatásról, és megküldi számára a szolgáltatás igénybe vételéhez szükséges kérelem kérdőívet és jogi nyilatkozatot.
- iii. A biztosított a kérelem kérdőív kitöltésével, valamint a jogi nyilatkozat aláírásával, és mindezek ellátásszervező részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a szolgáltatás igénybevételét.

iv. Az ellátásszervező kijelöl egy esetfelelőst, aki kapcsolatot tart a biztosítottal és szükség esetén egyeztet a biztosított kezelőorvosával is.

v. Az ellátásszervező a biztosítottal előre egyeztetett módon (email-ben vagy nyomtatott formában postai küldeményként) megküldi a biztosított részére a távszakvéleményt.

vi. Az ellátásszervező a távszakvélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló távkonzultációs lehetőséget biztosít a biztosított számára.

vii. A második orvosi véleményt az ellátásszervező 15 munkanapon belül juttatja el a biztosított számára attól a naptól számítva, hogy a vélemény elkészítéséhez szükséges valamennyi dokumentum beérkezett az ellátásszervezőhöz.

f) Rizikófelmérés igénybevétele

i. A szolgáltatást a biztosított az ellátás szervező által biztosított online felületen kitöltött kérdőív segítségével tudja igénybe venni. Az online felület elérhetősége: <http://unionmed.teladoc.hu>, ahol első használat esetén aktiválhatja fiókját és létrehozhatja hozzá kapcsolódó jelszavát.

g) Orvosi call center igénybevétele

i. A Biztosított az orvosi call centert a xxx telefonszám felhívásával érheti el.

h) A biztosító szolgáltatása kiterjed az olyan ellátások finanszírozására, amelyekre vonatkozó igény bejelentése a tartam vége előtt megtörtént, bár az ellátás igénybevitelére már a tartam vége után került sor.

i) Szolgáltatási igény egy adott, a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási esemény vonatkozásában egy éven belül, de legfeljebb a biztosítási tartamon belül jelenthető.

13. Az ellátásszervező felelőssége

a) Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában.

b) Az ellátásszervező **mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.**

c) Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket ismételtén, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségességét a javaslatot tevő orvos igazolni nem tudja. Ügyszintén megtagadhatja az ellátásszervező az ellátás megszervezését olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi javaslat a szakellátás igénybevételéhez, de azt az ellátásszervező orvosilag nem tartja indokoltnak.

d) **Nem terjed ki az ellátásszervező és a biztosító felelőssége a szolgáltatók által végzett orvosi szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottnak okozott károkra.**

14. A személyes adatok kezelésére és a titokvédelemre vonatkozó tudnivalók

A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat az Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a www.union.hu weboldalon is elérhető. A biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosultak megismerni mindazon személyek vagy szervezetek, akikkel szemben a Biztosítónak a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége a Bit. rendelkezései szerint nem áll fenn. Ezen szervezetek listáját az Adatkezelési tájékoztató 1. sz. Függeléke tartalmazza.

A Biztosító az adatkezelések során adatfeldolgozókat, illetve kiszervezett tevékenységet végző szolgáltatókat vesz igénybe erre irányuló szolgáltatási szerződések keretében. Az adatfeldolgozók és a viszontbiztosítók listája, valamint a legfrissebb Adatkezelési tájékoztató az union.hu/adatvedelem weboldalon érhető el. Az Adatkezelési tájékoztató tartalma és az adatfeldolgozó partnerek, viszontbiztosítók listája a jogszabályi változások és a Biztosító által kötött vagy a jövőben kötetendő partneri szerződésektől függően változhat.

15. Jognyilatkozatok

a) A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a biztosítottak az általuk megadott, és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.

b) 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.

16. Elévülés

A szolgáltatási igény a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 1 év elteltével elévül.

17. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve

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

18. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok

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

19. Vitás kérdések rendezése

a) A szerződőnek és a biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a szerződés keretében vagy a szerződéssel kapcsolatban merül fel. Minden, a szerződés megkötése után felmerülő és a felektől független olyan körülményről, amely a szerződés teljesítését akadályozza, a felek kölcsönösen kötelesek egymást tájékoztatni.

b) A biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a biztosító részére kell bejelenteni:

i. írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségen:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

(1082 Budapest, Baross u. 1.,
tel.: (+36-1) 486-4343)

ii. személyesen az alábbi címen:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Központi Ügyfélszolgálati Iroda
(1134 Budapest, Váci út 33.)
A biztosító a szerződéskötést követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közzéteszi.

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

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

e) A biztosító felügyeleti szerve:

Magyar Nemzeti Bank

(1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.;

központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)

f) Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

i. Amennyiben a fogyasztó Biztosítóhoz benyújtott panasz

– elutasításra került, vagy

– nem a biztosítási törvényben előírtak szerint került kivizsgálásra, vagy

– kapcsán a Biztosító válaszából a biztosítási törvényben előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez, vagy

– kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelenül telt el, akkor:

1. a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe:

Magyar Nemzeti Bank,

1534 Budapest BKKP Postafiók: 777;

telefonszám: (+36-40) 203-776;

web: felugyelet.mnb.hu;

e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);

2. a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172; ügyfélszolgálat:

1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Telefon: (+36-1) 489-9100;

e-mail: pbt@mnb.hu),

vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

g) A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.

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

A alábbi pontokon lényegesen eltérek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:

– Amennyiben a tartam lejártát megelőző 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja a másik felet írás-

ban arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását, úgy a szerződés újabb egy évre meghosszabbodik.

- A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított egy év elteltével évül el.
- Amennyiben a biztosított kiskorú, vagy cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott, vagy cselekvőképtelen nagykorú személy a szerződés érvényességéhez a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges

21. Egyebek

- a) Szolgáltatásfinanszírozó kockázatok esetén a tényleges egészségügyi ellátást 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.
- b) 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.
- c) A biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján ([www. unionbiztosito.hu](http://www.unionbiztosito.hu)) teszi közzé.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

¹Jelen 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. sz. melléklet

PERFEKT PRO MED Ügyvédi Egészségbiztosítás
Biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek

| Biztosítási szolgáltatások | Standard csomag szűrés nélkül | Standard csomag szűréssel | Deluxe csomag szűrés nélkül | Deluxe csomag szűréssel | Gyermek csomag |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------|
| Járóbeteg szakellátás* | 250 000 Ft | 250 000 Ft | korlátlanul | korlátlanul | 250 000 Ft |
| Diagnosztika | 100 000 Ft | 100 000 Ft | 100 000 Ft | 100 000 Ft | 100 000 Ft |
| Nagyértékű diagnosztika | 250 000 Ft | 250 000 Ft | korlátlanul | korlátlanul | 250 000 Ft |
| Egynapos sebészet | 300 000 Ft | 300 000 Ft | 600 000 Ft | 600 000 Ft | 300 000 Ft |
| Rizikófelmérés | 1/biztosítási év | 1/biztosítási év | 1/biztosítási év | 1/biztosítási év | – |
| Védőoltási tanácsadás | – | – | – | – | 1/biztosítási év |
| Orvosi call center | korlátlanul | korlátlanul | korlátlanul | korlátlanul | korlátlanul |
| Második orvosi vélemény | korlátlanul | korlátlanul | korlátlanul | korlátlanul | korlátlanul |
| Szűrőcsomag | – | Standard/Deluxe | – | Standard/Deluxe | – |

*Az ambuláns sebészeti ellátás része a járóbeteg szakellátásnak. Bőrgyógyászati szublimit: 100 000 Ft.

Szűrővizsgálati csomagok tartalma:

| Standard szűrőcsomag |
|--|
| Fix elemek |
| belgyógyászati szakorvosi vizsgálat , amely az alábbiakat tartalmazza: |
| részletes egyéni kórtörténet és életmód kérdőív felvétele |
| családi anamnézis felvétele, különös tekintettel a szív-, érrendszeri és daganatos betegségek előfordulására, |
| fizikális vizsgálat, |
| pulzus- és vérnyomásmérés, |
| testsúly és testmagasság mérés, BMI (testtömeg index) meghatározás, |
| testösszetétel mérés. |
| nyugalmi EKG |
| laboratóriumi vizsgálatok: Teljes vérkép (kvalitatív és kvantitatív) és süllyedés, vércukor, Na, K, Ca, Mg, vas, karbamid, kreatinin, transzferrin, ferritin, GOT, GPT, GGT, ALP, összes és direkt bilirubin, húgysav, összcholeszterin, triglicerid, HDL, LDL, összfehérje, albumin, teljes vizeletvizsgálat üledékkel |
| Választható elemek |
| A Biztosított két további vizsgálatot választhat az alábbi listából: |
| nőgyógyászati szakorvosi vizsgálat, melynek tartalma: |
| manuális vizsgálat |
| citológiai vizsgálat |
| manuális emlővizsgálat |
| hüvelyi ultrahang vizsgálat |
| emlő ultrahang |
| mammográfia |
| urologiai szakorvosi szűrővizsgálat, 40 év feletti férfiaknak PSA vizsgálattal |
| a mellkas egyirányú röntgen vizsgálata |
| mellkas natív, alacsony dóziszú CT vizsgálata szűrés céljából |
| hasi és kismedencei ultrahang |
| kardiológiai szakorvosi vizsgálat, melynek tartalma: |
| nyugalmi EKG, |
| fizikális vizsgálat, |
| szív ultrahang (echokardiográfia) |
| terheléses EKG (csak kardiológiai vizsgálattal együtt választható) |
| prostatata specifikus antigén (PSA) vizsgálat |
| széklet immun vérteszt (Weber vizsgálat) három különböző mintából |
| nyaki erek ultrahang vizsgálata |
| pajzsmirigy ultrahang vizsgálata |
| csontsűrűség vizsgálat, a vizsgálat helyszínétől függően ODM vagy DEXA vizsgálat |
| szemészeti szűrővizsgálat |
| bőrgyógyászati szakorvosi vizsgálat dermatoszkóppal |
| fül-orr-gégészeti szakorvosi vizsgálat |
| légszűrés vizsgálat tüdőgyógyászati szakorvosi vizsgálattal, mellkasröntgen nélkül |
| hallásvizsgálat |
| fogászati szűrővizsgálat, melynek tartalma: |
| állapotfelmérés |
| száj-garat onkológiai szűrés |
| panoráma röntgen |
| kezelési terv elkészítése |
| allergia vizsgálat bőrtesztel (amennyiben az allergia vizsgálat elvégzése előzetes szakorvosi vizsgálathoz kötött, akkor az allergia vizsgálat és az azt megelőző kötelező szakorvosi vizsgálat együttesen kimerítik a választható elemek körét) |
| covid-19 teszt, amely utólagos térítéssel vehető igénybe, és a Biztosító legfeljebb 10 000 Ft erejéig téríti az elvégzett vizsgálatot a jelen Feltételek 12.b pontjában leírtak teljesülése esetén |

Deluxe szűrőcsomag**belgyógyászati szakorvosi vizsgálat**, amely az alábbiakat tartalmazza:

részletes egyéni kórtörténet és életmód kérdőív felvétele,

családi anamnézis felvétele, különös tekintettel a szív-, érrendszeri és daganatos betegségek előfordulására

fizikális vizsgálat,

pulzus- és vérnyomásmérés

testzsír % mérés

testsúly és testmagasság mérés, BMI (testtömeg index) meghatározás

testösszetétel mérés

nyugalmi EKG**hasi és kismedencei ultrahang vizsgálat**40 év feletti férfiaknak **urologiai szakorvosi vizsgálat** a prosztatata tapintásos vizsgálatával**nőgyógyászati szakorvosi vizsgálat**, melynek tartalma:

manuális vizsgálat,

citológiai vizsgálat,

manuális emlővizsgálat.

laboratóriumi vizsgálatok: Teljes vérkép (kvalitatív és kvantitatív) és süllyedés, vércukor, Na, K, Ca, Mg, vas, karbamid, kreatinin, transferrin, ferritin, GOT, GPT, GGT, ALP, összes és direkt bilirubin, húgysav, összkoleszterin, triglicerid, HDL, LDL, összfehérje, albumin, TSH, teljes vizeletvizsgálat üledékkel**széklet vér-teszt** (Weber vizsgálat) 40 év felett, három különböző mintából **prosztatata specifikus antigén (PSA) vizsgálat** 40 év feletti férfiaknál**szemészeti szűrővizsgálat****emlődiagnosztika**, amelynek tartalma:

emlő ultrahang

40 éves kor felett emlő ultrahang és mammográfia

csontsűrűség vizsgálat 40 év feletti nőknél sarokcsontból**légzésfunkció vizsgálat****a mellkas kétirányú röntgen vizsgálata****covid-19 teszt**, amely utólagos térítéssel vehető igénybe, és a Biztosító legfeljebb 10 000 Ft erejéig téríti az elvégzett vizsgálatot a jelen Feltételek 12.b pontjában leírtak teljesülése esetén