

TESCO EGÉSZSÉGŐR II. CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI

1. fejezet – Általános rendelkezések

1.1.

Az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) a jelen Csoportos Egészségbiztosítási Feltételek (továbbiakban: Biztosítási Feltételek) alapján arra vállal kötelezettséget, hogy biztosítási díj ellenében a biztosítási események bekövetkezése esetén a Biztosítási Feltételek szerint meghatározott biztosítási szolgáltatásokat nyújtja.

1.2.

A Biztosítási Feltételekre, illetve a feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak. **Nem válik a Csoportos Biztosítási szerződés (továbbiakban: Szerződés) tartalmává bármely olyan szokás, amelynek alkalmazásában a Szerződő és a Biztosító korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és más gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak, hacsak az előbbieket alkalmazásában a Szerződésben nem állapodnak meg. Nem válik továbbá a Szerződés tartalmává a biztosítási szektorban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás, akkor sem, ha a Szerződés azzal ellentétes kikötést nem tartalmaz, vagy arról nem rendelkezik.**

1.3.

A biztosítási szolgáltatást a Biztosító a Szerződő és a Biztosító által kötött Szerződés alapján nyújtja.

2. FEJEZET – FOGALMAK, MEGHATÁROZÁSOK

2.1. 24 órás orvosi segélyvonal

Telefonon történő orvosi tanácsadás, amelyet a +36 1 461-1584-os telefonszám felhívásával vehet igénybe. Az orvosi call center éjjel-nappal, az év 365 napján fogadja a Biztosítottak hívását és tájékoztatást ad a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi vonatkozású kérdésekre.

2.2. Ambuláns műtét

Az ambuláns sebészi beavatkozás olyan járóbeteg-ellátás keretében végzett sebészeti beavatkozás, amely nem igényel kórházi ellátást.

2.3. Egészségügyi dokumentum, dokumentáció

Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, a hatályos jogszabályok alapján és az egészségügyi, orvosszakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás, vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. Ezek különösen az alábbi dokumentumok: ambulánslap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási, illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény (másolat), beutaló (másolat).

2.4. Egészségügyi ellátás

Az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amelynek célja a páciens egészségének megőrzése, a megbetegedések korai felismerése, megelőzése, megállapítása, kezelése, beteg állapotának javítása, állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálata, kezelése, gondozása, ápolása, fájdalom csökkentése, továbbá a beteg jelen szerződés szerinti vizsgálati anyagainak feldolgozása.

2.5. Egészségi kockázatelbírálás

A Biztosító által a biztosíthatóság érdekében a Biztosítottakon elvégzett egészségi kockázatfelmérés.

2.6. Egészségügyi szakma

Egészségügyi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) minimumfeltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben.

2.7. Egészségügyi szolgáltató

A Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi szolgáltatások nyújtására jogosult szolgáltató, aki az igénybe vett szolgáltatásról érvényes számlát állít ki a Biztosító vagy a Biztosított részére.

2.8. Egészségügyi tevékenység

Az egészségügyi ellátás részét képező minden tevékenység, kivéve azon tevékenységeket, amelyek végzéséhez nem szükséges egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy szakmai felügyelete.

2.9. Egynapos sebészeti beavatkozás

A jelen Biztosítási Feltételek vonatkozásában a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, a várakozási idő leteltét követően szükségessé váló tervezhető, tervezett (elektív), az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendeletben kihirdetett és azóta többször módosított beavatkozás, amely az orvos szakképesítése, jártassága, a kötelezően előírt és szükséges infrastruktúra, a beteg egynapos műtéti kiválasztása és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerekkel működő intézményben történik és a biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát.

2.10. Ellátásszervező

Azon intézmény, amely a Biztosító megbízásából szakértőket és orvosokat alkalmaz, akik segítségével a Biztosító egészségügyi szolgáltatásokat szervezhet a Biztosított részére. Jelen Biztosítási feltételek tekintetében az Advance Medical Hungary Kft. (1092 Budapest, Köztelek u. 6.), aki a szolgáltatást kiszervezett tevékenységként, a Biztosítóval együttműködve nyújtja.

2.11. Előzménybetegség

A kockázatviselés kezdetét megelőzően diagnosztizált, már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely az adott Biztosítottra vonatkozó jogviszony tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tinnel összefügg.

2.12. Kezelés

A páciens betegségével, sérülésével, egészségkárosodásával illetve egészségi állapotával kapcsolatos diagnosztikai, vizsgálati, terápiás eljárás, továbbá ezek keretében végzett beavatkozás, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, melyet (szak)orvos(ok) nyújt(anak), mint kezelőorvos(ok).

2.13. Kezelőorvos

A páciens betegségével, sérülésével, egészségkárosodásával illetve egészségi állapotának felmérésével összefüggő diagnosztikai, vizsgálati, terápiás eljárást felállító, továbbá ezek keretében beavatkozást, egészségügyi ellátást vagy szolgáltatást nyújtó (szak)orvos, aki a páciens egészségi állapotáért, megfelelő egészségügyi ellátásáért felel.

2.14. Szakorvos

Érvényes szakvizsgával és működési engedéllyel rendelkező orvos, ide nem értve a háziorvostan, üzemorvostan, katasztrófaorvostan szakvizsgával rendelkező orvosokat.

2.15. Szolgáltatási csomagok

A Szerződés keretében elérhető fedezetekből a Biztosító által összeállított csomagok (ld. Szolgáltatási táblázat), melyek közül a Biztosított választhat.

2.16. Szolgáltatási limit

A Biztosító meghatározza, hogy a jelen Biztosítási Feltételek Szolgáltatási táblázata szerinti szolgáltatás igénybe vételét a kockázatviselés kezdetétől számított mekkora keretösszegig téríti.

2.17. Várakozási idő

A Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől a szolgáltatási igény teljesítésének megnyílásáig eltelő idő, amely jelen Biztosítási feltételekben meghatározott szolgáltatások esetében 1 hónap.

3. FEJEZET – A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

3.1. Biztosító

Az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. (1091 Budapest, Üllői út 1.), amely a befizetett díj ellenében vállalja az egészségbiztosítási kockázatot, és a Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

3.2. Szerződő

Tesco-Global Zrt. (2040 Budaörs, Kinizsi út 1-3.), amely az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt-vel (Biztosító) csoportos szerződést kötött és a díjfizetésre kötelezettséget vállalt. A Szerződő a biztosítási díj mindenkor összegét a Biztosítottra áthárítja, a fizetés a Biztosított által választott **havi,**

negyedéves vagy éves gyakorisággal, hitel-, illetve bankkártyáról, rendszeresen, a csoportos szerződéshez történő csatlakozás során adott megbízás alapján történik.

3.3. Biztosított

Biztosított a Csatlakozási Nyilatkozatot tevő Tesco ügyfél, akinek életkora a Nyilatkozat megtételekor 18-64 év közötti. A belépési kor számítása úgy történik, hogy a naptári évből kivonásra kerül a születési év. **A biztosítási fedezet a Biztosított 65. életévéig, az életkor betöltése évének utolsó napjáig érvényes.**

3.4. Kedvezményezett

A Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás igénybevételére minden esetben a Biztosított jogosult.

4. FEJEZET – A BIZTOSÍTÁS TERÜLETI ÉS IDŐBELI HATÁLYA

A biztosítás a Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, azonban a biztosítási eseményeket kiváltó ok a Föld bármely országában bekövetkezhet.

5. FEJEZET – A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE, HATÁLYA

A Biztosító kockázatviselése az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Csatlakozási Nyilatkozat megtételét követő naptári nap 0 órájakor kezdődik.

A biztosítási időszak 1 év, amely a kockázatviselés kezdetét követő hónap elsején indul. A biztosítási évforduló minden évben a Biztosítottra vonatkozó biztosítási időszak kezdetének napja.

Biztosított jogviszony egy magánszemély (fogyasztó) részére egy biztosítási időszak alatt egy adott biztosítási csomagra jöhet létre.

6. FEJEZET – A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK MEGSZÚNÉSE AZ EGYES BIZTOSÍTOTTAK VONATKOZÁSÁBAN

A Biztosító kockázatviselése az egyes biztosítottak vonatkozásában megszűnik

- a.) a csoportos biztosítási szerződés megszűnésével, a szerződés megszűnésének napján 24 órakor, melyről a Szerződő küld értesítést a Csatlakozási Nyilatkozatot tevő Biztosítottnak;
- b.) ha a Biztosított a rá áthárított biztosítási díjat a Szerződőnek nem fizeti meg, az esedékesség napján 0 órakor, kivéve, ha a Szerződő a Biztosítottra jutó díjat az esedékességtől számított 30 napon belül a Biztosítónak megfizeti;
- c.) a biztosítási időszak utolsó napján 24 órakor, ha a Csatlakozási Nyilatkozatot tevő Biztosított a Szerződő 2040 Budaörs, Kinizsi út 1-3. postacímére vagy az felmondas@tescobiztositas.hu e-mail címre küldött nyilatkozatával a csoporttagságról legkésőbb a biztosítási időszak végét megelőző 30. napig lemond;
- d.) a Biztosított 65. életévének betöltésekor, az életkor betöltése évének utolsó napján 24 órakor;
- e.) a Biztosított halálával, a haláleset bekövetkezése hónapjának utolsó napján 24 órakor.

7. FEJEZET – ELŐZMÉNYBETEGSÉGI KIZÁRÁS

A Biztosító az Előzménybetegségeket (Isd 2.11 pont) kizárja az egészségbiztosítási fedezetből, erre vonatkozóan szolgáltatást nem teljesít.

8. FEJEZET – A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELE

A Biztosító nem teljesít szolgáltatást azoknak a Biztosítottaknak, akikre vonatkozóan a biztosítási díj nem került megfizetésre.

8.1. A biztosítási esemény

Biztosítási esemény a Biztosított által a **kockázatviselés tartama alatt igénybevett**

- telefonos asszisztencia szolgáltatás,
- telefonos betegút menedzsment szolgáltatás,
- nemzetközi második orvosi vélemény szolgáltatás,
- prevenció (szolgáltatói díjkedvezmény, személyre szabott szűrővizsgálati csomag összeállítása),
- nagyértékű diagnosztikai vizsgálat (CT, Cardio CT, MRI)

- egynapos sebészeti ellátás.
- Biztosítási esemény továbbá a Biztosított kockázatviselés tartama alatt bekövetkező,
- rettegett betegsége,
 - bármely okú műtéte,
 - napi térítésre jogosító kórházi ápolása.

8.2. Telefonos orvosi asszisztenciaszolgáltatás, 24 órás orvosi segélyvonal

8.2.1 A **+36 1 461-1584-os** telefonszámon szakképzett, gyakorló orvosoktól a Biztosított információt kaphat:

- orvosi szakkifejezések, kórházi zárójelentések magyarázatáról,
- laboratóriumi eredmények és ezekből eredő összefüggések magyarázatáról,
- orvosi eljárások magyarázatáról,
- betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
- gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
- orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
- ügyeletes gyógyszertárakról,
- egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

A kapott válaszok kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesíthetik a személyes orvosi vizsgálatot.

8.2.2 A Biztosító a telefonos asszisztencia szolgáltatásra várakozási időt nem alkalmaz.

8.3. Orvosi ellátás - betegség miatti nagyértékű diagnosztika és egynapos sebészet

8.3.1. Az orvosi ellátás elemei és a szolgáltatás korlátozása

Orvosi ellátás keretében a Biztosított **magán egészségügyi szolgáltatónál mindenkor elérhető** orvosszakmákban

- egynapos sebészet keretében végzett műtétet,
- nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokat

vehet igénybe azon ellátások kivételével, melyek a jelen feltételben felsorolásra kerültek.

8.3.1.1.

Amennyiben a Biztosított nem az Ellátásszervező szervezésben vesz igénybe ellátást (maga szervezi meg), a Biztosító csak abban az esetben nyújt szolgáltatást, ha a benyújtott dokumentumokból megállapítható, hogy az ellátást szükségessé tevő tünet vagy betegség biztosítási eseménynak minősül. Ebben az esetben a Biztosító utólag és csak olyan összeghatárig téríti meg az igénybevett szolgáltatás díját, amilyen összegért az Ellátásszervező az adott ellátást megszervezte volna.

8.3.1.2.

A Biztosító fedezete az alábbi nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra terjed ki:

- CT
- Cardio CT
- MRI

8.3.1.3. A Biztosító fedezete nem terjed ki az alábbi egynapos sebészeti ellátásokra:

- Sterilisatio laparoscopica feminae
- Sterilisatio laparoscopia kapoccsal
- Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel
- Sterilisatio laparoscopia monopol. elektródával
- Sterilisatio laparoscopia bipol. elektródával
- Extrauterin graviditas laparoscopos műtéte
- Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából
- Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel
- Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel
- Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal
- Interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal
- Interruptio laminaria tágitással
- Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése
- Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások
- Művi megtermékenyítés

- p) Gyomorballon beültetés
- q) Szépsészeti okból végzett plasztikai műtetek, esztétikai célú beavatkozások
- r) Fénytörési hibát javító (látásjavító) szemműtetek (PRK, LASIK, LASEK, INTRALASIK stb.)
- s) Dialízis kezelés
- t) Meddővé tétel
- u) Meddőség kezelésével kapcsolatos ellátások
- v) Fogászati és szájsebészeti beavatkozások
- w) Szépsészeti műtét szövődménye miatt szükségessé váló műtetek
- x) Ambuláns sebészeti beavatkozások és kúraszerű ellátások.
- y) Gyomorballon beültetés
- z) Pacemaker beültetés
- aa) Orrsövény-műtét
- bb) Orrkagyló rezekció
- cc) Alvási apnoe miatt végzett szájpadrezekció, uvularezekció
- dd) Elhalt terhesség műtéti befejezése
- ee) Visszérbetegség lézeres vagy radiofrekvenciás kezelése, scleroatrópia.

8.3.2. A Biztosítás igénybevétele

8.3.2.1. Telefonos bejelentkezés

Az orvosi ellátás igénybeviteléhez a Biztosított jelentkezni be az Ellátásszervezőnél telefonon. A telefonos szolgáltatás munkanapokon 8-20 óra között áll rendelkezésre a +36 1 461-1584 számon. Megtörténik a telefonáló azonosítása, szükség esetén a jogosultság ellenőrzése név és azonosító szám vagy születési dátum alapján. Amennyiben az Ellátásszervező a szakorvosi javaslat és jelen Feltételek alapján jogosnak ítéli a Biztosított ellátási igényét, megszervezi a kért ellátást. A jelentkezéstől és az ellátás megszervezéséhez szükséges összes dokumentáció beérkezésétől számított 5 munkanapon belül, telefonon vagy e-mail-ben tájékoztatja a Biztosítottat az ellátás időpontjáról, helyéről.

Az Ellátásszervező elérhetőségeit a Biztosító a Szerződő részére eljuttatja, amelyről a Szerződő a Biztosítottakat tájékoztatja.

Amennyiben a Biztosított a számára megszervezett szolgáltatást a megbeszélte időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább a megszervezett ellátás időpontja előtt 24 órával nem értesíti az Ellátásszervezőt telefonon, úgy a Biztosított a megszervezett szakvizsgálat ismételt megszervezésre az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

8.3.3. Azon csomagok esetében, ahol a Biztosító finanszírozza az ellátást, a Biztosított által igénybe vett egészségügyi ellátás költségeit a rá vonatkozó csomagnak **a jelen Biztosítási feltétel Szolgáltatási táblázatában feltüntetett limitek alkalmazásával téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak vagy a Biztosítottnak, amennyiben a Biztosított a szolgáltatást az Ellátásszervező által meghatározott szolgáltatónál veszi igénybe.**

A Biztosító vagy az Ellátásszervezője előzetes orvosi vizsgálat eredményeit kérheti az ellátás indokoltságának megítélésére, illetve a biztosított által igényelt orvosi ellátás szükségességét igazoló dokumentumok és leletek bemutatását kérheti a Biztosítottól.

Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokhoz szakorvosi beutaló vagy javaslat szükséges (mely a szolgáltatás keretén belül beszerezhető).

8.3.4. Az orvosi ellátásra vonatkozó kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:

- Sürgősségi ellátások, életveszély elhárítása
- A művi terhesség-megszakítás, (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását) terhességondozás
- Jogszámban meghatározott, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások, az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatások, a művi meddővé tétel, továbbá a kizárólag a meddőség megszüntetésével kapcsolatos műtetek, illetve a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos vizsgálatok, kezelések és beavatkozások
- Nemi jelleg megváltoztatására irányuló egészségügyi szolgáltatások
- Jogszámban meghatározott szerv és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások, vagy protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése, vagy művesekezelés
- Egészségügyi szakértői tevékenység

- **Esztétikai céllal végzett kezelés és sebészeti beavatkozás**
- **Ápolás és haldokló páciensek gondozása (hospice), életfenntartó beavatkozások, a geriátriai ellátás, jogszabályban meghatározott krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása, kivéve a krónikus betegségek kórismézését, a kezelésük első beállítását, az akut szakaszainak akut ellátását**
- **Állapotfenntartó infúziós kezelések, (pl. akut tünetek nélküli keringésjavító kezelések, vitaminkúrák stb.), jogszabályban meghatározott emberen végzett orvostudományi kutatások**
- **Orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés**
- **Jogszabályban meghatározott, a katasztrófa és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ideértve a kötelező illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, a jogszabályokban és orvosi javaslatokban rögzített védőoltási kötelezettség elmulasztását**
- **Alkohol, drog vagy kábítószer, illetve szenvedélybetegség, továbbá a lelki működészavarok és betegségek miatti elvonókúrák, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, vizsgálatok és kezelések), a lelki működészavarok és betegségek**
- **Jogszabályban meghatározott, a nem-konvencionális eljárások körébe tartozó ellátás, természetgyógyászati kezelés, akupunktúra, alternatív gyógyászat, wellness szolgáltatások, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás**
- **Jogszabályban meghatározott megelőzés, és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, orvosi vizsgálatok, ez alól kivételt képeznek a Biztosító által elrendelt egészségfelmérés részét képező szűrővizsgálatok**
- **HIV-fertőzéssel okozati összefüggésben álló események, továbbá a szexuális úton átvihető betegségek miatti események (STD)**
- **Hajdiagnosztika**
- **Injekciós kezelés**
- **Visszérbetegség injekciós kezelése**
- **Lézerrel végzett kezelések**
- **Fogászati ellátás**
- **Nemibeteg gondozás**
- **Hepatitis fertőzött betegek gondozása**
- **Alkalmassági vizsgálatok**
- **Pszichiátriai vizsgálat, kezelés**
- **Talpdiaagnosztika**
- **Hőterképes vizsgálatok**
- **Meddőséggel kapcsolatos orvosi ellátás, vizsgálat, diagnosztika**
- **Szűrési céllal elvégzett vizsgálatok**

8.3.5. A Biztosító az orvosi ellátásra vonatkozó szolgáltatásokra 1 hónap várakozási időt köt ki.

8.4. Második orvosi vélemény szolgáltatás

8.4.1.

Második orvosi vélemény alatt a jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában a Biztosított által az Ellátásszervezőnek feltett, a Biztosított súlyos betegségekre vonatkozó orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvos-szakértő által készített **orvosi távszakvéleményt kell érteni.**

8.4.2. A biztosítási esemény

Biztosítási esemény a Biztosítottnak az Ellátásszervező +36 1 461-1584-es telefonszámán bejelentett, második orvosi véleményre vonatkozó igénye. A biztosítási esemény időpontja a jelen Biztosítási Feltételek szerint **teljesíthető igény** bejelentésének időpontja.

8.4.2.1. A Biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Ellátásszervező a Biztosított által a részére rendelkezésre bocsátott orvosi dokumentumok birtokában 30 munkanapon belül beszerzi a második orvosi véleményt, amelyet magyar nyelven az egyeztetett módon átad a Biztosítottnak.

8.4.2.2.

A biztosítási esemény bejelentése nem jelenti az Ellátásszervező azonnali rendelkezésre állását. A második orvosi vélemény elkészítésébe bevont orvosok kiválasztásában a szolgáltatást nyújtó Ellátásszervező dönt.

8.4.2.3.

A szolgáltatás keretében készített szakvélemény célja kiegészítő információ nyújtása, és nem egy önálló orvosi diagnózis felállítása és terápiás döntés meghozatala, utóbbiak ugyanis személyes orvos-beteg találkozást tennének szükségessé; ennek megfelelően a szakvéleményért és az abban foglaltak felhasználásáért a Biztosító, illetve a szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltató nem tartozik felelősséggel.

8.4.2.4.

Második orvosi véleményre az alábbi események, illetve körülmények együttes fennállása biztosít jogosultságot:

- 18 év feletti életkor;
- rendelkezésre álló első orvosi vélemény,
- az egészségügyi szolgáltató által meghatározott, a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi dokumentumok Biztosított általi átadása az Ellátásszervező részére (az átadás történhet postai úton, faxon vagy e-mailen),
- az Ellátásszervező által meghatározott egyéb dokumentumok (különösen kérelem, kérdőív vagy jogi nyilatkozat) kitöltése és aláírása.

8.4.2.5.

Második orvosi vélemény az alábbi, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező betegségek esetén kérhető:

- az életet fenyegető rákos (rosszindulatú daganatos) megbetegedés,
- szívbetegség, szív- és érsebészeti beavatkozást igénylő betegség,
- szervátültetés,
- neurológiai és idegsebészeti betegség,
- az idegrendszer degeneratív betegségei és szklerózis multiplex,
- veseelégtelenség következtében kialakult betegség, állapot,
- az életet fenyegető betegség, állapot vagy nagy bonyolultságú beavatkozás szükségessége.

8.4.2.6.

Biztosított a második orvosi vélemény tárgyát képező betegség kapcsán a külföldi gyógykezelése megszervezését is kérheti, mely kapcsán az Ellátásszervező az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- a megfelelő kórház kiválasztása és javaslattevés Biztosított részére,
- árajánlat beszerzése a javasolt kórháztól,
- a kórházi kezelés időpontjának egyeztetése.

8.4.2.7.

A szolgáltatás a betegszállítás és a külföldi gyógykezelés költségét nem fedezi, kizárólag a gyógykezelés megszervezésében nyújt segítséget.

8.4.3. A második orvosi vélemény szolgáltatás igénybevétele

- Biztosított +36 1 461-1584-os számon bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét.
- Az Ellátásszervező tájékoztatást ad a szolgáltatásról, és a Biztosítottnak megküldi a szolgáltatás igénybe vételéhez szükséges kérdőívet és jogi nyilatkozatot.
- A Biztosított a kérdőív kitöltésével, valamint jogi nyilatkozat aláírásával, a 8.6.4. pontban felsorolt egészségügyi dokumentumok, és mindezek Ellátásszervező részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a szolgáltatás igénybe vételét.
- Az Ellátásszervező a Biztosítottal egyeztetett formátumban és módon (email, telefax, nyomtatott formában postai küldemény) megküldi a Biztosított részére a szakvéleményt.
- Az Ellátásszervező ezt követően a második orvosi vélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló további távkonzultációt biztosít a Biztosított számára.

8.4.4. A szolgáltatást érintő egyéb tudnivalók

- **A második orvosi véleményt minden esetben a Biztosított kezelőorvosai által készített leletei és a már felállított diagnózis alapján nyújtják, személyes orvosi találkozóra és vizsgálatokra nem kerül sor.**
- A Biztosított **csak akkor jogosult** a második orvosi vélemény igénybe vételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta, és a vizsgálatról leleteket készített, illetve írásos diagnózist állított fel.
- A második orvosi vélemény igénylésekor a **kérelemhez a Biztosítottnak csatolnia kell az esetről készült orvosi / kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetszövetmintákat, és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti**

diagnózt, továbbá csatolnia kell az Ellátásszervező által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket. A Biztosított kérésére és felhatalmazásával az Ellátásszervező kapcsolatba lép a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a második orvosi véleményhez elkészítéséhez szükséges információt.

- A pótlólagosan felmerülő orvosi vizsgálatokkal és kezelésekkkel, orvosi jelentések megírásával, vizsgálatokkal kapcsolatos költséget és díjakat a Biztosított fizeti.
- A második orvosi vélemény nem használható fel a Biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.
- **A második orvosi vélemény tudományos vagy jogi bizonyítékként nem felhasználható.**
- **Biztosító a nemzetközi második orvosi véleményre 1 hónap várakozási időt köt ki.**

8.5. Szolgáltatói díjkedvezmény és személyre szabott szűrővizsgálati csomag összeállítása

8.5.1 Szolgáltatói díjkedvezmény és annak igénybevétele

A Biztosított az Ellátásszervező orvosa által ajánlott és az Ellátásszervező által megszervezett szűrővizsgálatok, szakorvosi vizsgálatok, laboratóriumi vagy képalkotó (RTG, UH, CT, MRI) vizsgálat díjából **az Ellátásszervező számára aktuálisan elérhető kedvezmény igénybevételére jogosult. Az aktuálisan elérhető kedvezmény mértékéről az Ellátásszervező a Biztosítottat a www.tescomed.advance-medical.hu online felületre történő bejelentkezés során tájékoztatja, valamint a kedvezményt Biztosító egészségügyi szolgáltatók listája a honlapján elérhető.**

8.5.1.1 Betegút szervezés

Biztosított betegsége vagy balesete miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, akkor az online portálon elküldött üzenetben kérheti maga számára az orvosi ellátás megszervezését. Az Ellátásszervező az üzenet fogadásától számított 24 munkaórán belül írásban választ küld, és tisztázza a szakvizsgálat megszervezésével kapcsolatos fontos körülményeket.

Amennyiben az ellátás során az egészségügyi szolgáltató további, szakellátást is ajánl, a Biztosított kérésére az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja. A szolgáltatás az információ szolgáltatását és – igény szerint - az ellátás megszervezését tartalmazza.

A Biztosított kérésére az Ellátásszervező tájékoztatást ad arról, hogy a Biztosított által preferált településen mely szakvizsgálatok illetve szűrővizsgálatok elvégzése lehetséges, ugyancsak tájékoztatást ad Biztosítottnak a javasolt vizsgálatok várható kedvezményes díjáról, melyet a Biztosítottnak kell kifizetni a szolgáltatójánál.

8.5.1.2. A megszervezett egészségügyi szolgáltatások kedvezménnyel csökkentett díját minden esetben a Biztosított fizeti. A megszervezett egészségügyi szolgáltatások aktuális díjszabását az Egészségügyi Szolgáltató állapítja meg.

8.5.2. Személyre szabott szűrővizsgálati csomag összeállítása

8.5.2.1. A Biztosított telefonon kérheti az Ellátásszervezőtől a számára - az életkora és neme alapján - ajánlott szűrővizsgálatok megnevezését. Az Ellátásszervező orvosa a Biztosítottal folytatott telefonbeszélgetés során tájékozódik a Biztosított egészségi állapotáról és igényeiről. Az így szerzett információ alapján a Biztosított a számára orvosilag indokolt szűrővizsgálatokra kap javaslatot.

A Biztosított kérésére tájékoztatást kap arról, hogy az általa preferált településen mely szűrővizsgálatok elvégzése lehetséges, továbbá, hogy a javasolt vizsgálatoknak mi a várható díja.

A megszervezett szűrővizsgálatok díját minden esetben a Biztosított fizeti.

8.5.2.2. A személyre szabott szűrővizsgálati csomag szolgáltatás igénybevétele

A szolgáltatás működése az alábbiak szerint történik:

- A Biztosított felhívja az Ellátásszervező +36 1 461-1584-es telefonszámát, ahol egy operátor válaszolja meg a hívást.
- Megtörténik a telefonáló azonosítása, szükség esetén a jogosultság ellenőrzése név, és azonosító szám vagy születési dátum alapján.
- Az operátor orvos munkatársnak továbbítja a hívást, aki tájékozódik a Biztosított egészségi állapotáról, és ezek alapján meghatározza a számára szükséges szűrővizsgálatokat, és tájékoztatja a Biztosítottat azok lehetséges helyszínéről és költségeiről.
- A Biztosító megbízottja a javasolt szűrővizsgálatokról a Biztosított kérésére telefonon vagy e-mail üzenetben tájékoztatást ad.

8.5.3 Amennyiben a Biztosított a számára az Ellátásszervező által megszervezett szolgáltatást a megbeszélte időpontban nem veszi igénybe, és erről legalább az időpont előtt 24 órával értesíti az az Ellátásszervezőt a +36 1 461-1584-es telefonszámán, úgy a Biztosított még egy alkalommal jogosult a lemondott szakvizsgálat ismételt megszervezésre. **Amennyiben a Biztosított a számára megszervezett szolgáltatást a megbeszélte időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább 24 órával korábban nem értesíti az Ellátásszervezőt, úgy a Biztosított a megszervezett szakvizsgálat ismételt megszervezésre az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.**

8.5.4. A Biztosító a szolgáltatói díjkezdvevény és személyre szabott szűrővizsgálati csomag szolgáltatásokra 1 hónap várakozási időt köt ki.

8.6 Retteggett betegség

8.6.1 Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a kockázatviselés hatálya alatt, a jelen feltételek 8.6.2. pontjában meghatározott rettegett betegségekben történő 8.6.3. pont szerint bekövetkező megbetegedése, illetve műtete.

8.6.2 A rettegett betegségek definíciója

8.6.2.1 Rosszindulatú daganatok és szövetileg jóindulatú agydaganat

A/ Rosszindulatú daganatos megbetegedés (rákbetegség)

Jelen feltételek szempontjából rosszindulatú daganat (malignus tumor) a rosszindulatúság jegyeit mutató szövet korlátlan növekedése, illetve a szöveti atypia jegyeit mutató sejtek kontrollálatlan szaporodása, és ezen szövet, illetve sejtek terjedése (inváziója) vagy áttét képzése (metasztázis) a környező vagy távolabbi ép szövetek, sejtek között. A meghatározás magában foglalja a szervezet különböző szerveiből kiinduló (solid) daganatokat, valamint a vér- és nyirokrendszerből kiinduló rosszindulatú daganatos (rendszer)betegségeket (leukémia, lymphóma, Hodgkin-kór).

A jelen biztosítás szempontjából nem biztosítási esemény:

- a bőrdaganatok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganata (melanoma malignum)
- a "korai malignus" ("pre-malignus" és "pre-carcinomás") elfajulást mutató szöveti elváltozások,
- a környezetet nem elárasztó daganatok (carcinoma in situ) esetei,
- a krónikus lymphoid leukémia és a Hodgkin-kór I. stádiumú esetei.

B/ Szövettanilag jóindulatú agydaganat

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szövetileg jóindulatú agydaganat az agy olyan nem rákos daganata, amely a koponyaűrön belüli nyomást fokozza, és ezzel életveszélyes állapotot eredményezhet.

A biztosítás szempontjából nem biztosítási esemény: az agyi és agyi erekből kiinduló cysta, granuloma, malformáció, haematoma, valamint az agyalapi mirigy és a gerinc jóindulatú daganata.

8.6.2.2 Szívizominfarktus

Jelen feltételek szempontjából szívizominfarktus a szívizom egy részének vagy részeinek gyors (órák vagy néhány nap alatti) elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége.

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szívizominfarktus alatt a szívizomelhalásnak azon kóros állapotai értendők, amelyeknél az elhalt terület kiterjedése olyan mértékű, hogy az a szokásos 12 elvezetéses EKG felvételen kóros Q hullám megjelenését eredményezi.

8.6.2.3 Agyi érkatasztrófa

Jelen feltételek szempontjából agyi érkatasztrófa az agyi vérellátásnak – pl. az agyi ér trombózisa, embóliája vagy megrepedése által okozott – gyorsan kialakuló olyan zavara, amely az agyszövet kisebb vagy nagyobb területének elhalásához vezet, akut neurológiai tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak, és amelynek maradandó, az esemény bekövetkezése után 30 nap elteltével is egyértelműen fennálló, az érkárosodással okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tünetei vannak.

8.6.2.4 Krónikus veseelégtelenség

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából krónikus veseelégtelenség akkor áll fenn, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlan módon olyan mértékben csökkentek, hogy a Biztosított élete művesekezelés (dialízis) vagy veseátültetés nélkül nem menthető meg, és a Biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napja rendszeres művesekezelésre szorul.

8.6.2.5 Szívkoszorúér-műtét

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szívkoszorúér-műtét alatt olyan nyitott mellkasban végzett beavatkozás értendő, amelynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt egy vagy több szűkületének vagy elzáródásának kiiktatása, áthidalása a Biztosított más testrészéből kivett ér felhasználásával, a szívizom vérellátásának biztosítása érdekében.

8.6.2.6 Szervátültetés

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szervátültetésen olyan műtéti beavatkozás értendő, amelynek során a Biztosított – mint szervet kapó (recipiens) – testébe más személy (donor) szervezetéből szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.

8.6.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja

- rosszindulatú daganat és szövettanilag jóindulatú agydaganat esetén a diagnózis legkorábbi felállításának időpontja,
- szívizominfarktus esetén a betegség bekövetkeztenek orvosilag megállapított időpontja,
- agyi érkatasztrófa esetén a maradandó kóros idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 30. nap eltelte,
- krónikus veseelégtelenség esetén a rendszeres művese-kezelés megkezdését követő 60 nap eltelte,
- szívkoszorúér-műtét esetén a műtét időpontja,
- szervátültetés esetén a műtét időpontja.

8.6.4. Biztosítási szolgáltatás

Az biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

8.6.5. A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított **1 hónapos várakozási időt** köt ki. A várakozási idő alatt a Biztosító szolgáltatást nem teljesít. **Ha a várakozási idő alatt az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy a jelen biztosítás rá vonatkozóan megszűnik.**

8.6.6. A Biztosító a szolgáltatását a Biztosító orvosának a véleménye alapján teljesíti.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

8.6.7. A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettségének teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy bármelyik, biztosítási eseményként megjelölt kritikus betegség az adott biztosítottnál a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt már bekövetkezett (fennállt).

8.6.8. A biztosítási szolgáltatás teljesítésére a Biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen feltételekben meghatározott bekövetkezésére és a Biztosítóhoz jelen szabályzat szerint történt bejelentésére még a Biztosított életében sor került.

8.6.9. A Biztosító rettegett betegsége vonatkozó kockázatviselése megszűnik az első biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének napján.

8.6.10. Rettegett betegség szolgáltatási igény bejelentése

A biztosítási eseményt 30 napon belül jelenteni kell az Aegon Biztosító részére (Aegon Magyarország Biztosító Zrt., Országos Kárrendezési Központ, 9701 Szombathely, Pf.: 63.) A bejelentéshez szükséges nyomtatvány letölthető az Aegon Biztosító honlapjáról, vagy kérésre az Aegon Biztosító +36 1 476-5612 telefonszámon elérhető munkatársai kiküldik. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 30 napon belül a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik.

A bejelentéshez az alábbi dokumentumokat kell csatolni:

8.6.10.1 Rosszindulatú daganatok és jóindulatú agydaganat

A rosszindulatú daganatos betegség, illetve a jóindulatú agydaganat tényét az orvosi vizsgálatról szóló, részletes leírást és határozott diagnózist tartalmazó dokumentummal (lelettel, zárójelentéssel) kell igazolni, amelynek tartalmaznia kell:

- a daganatos betegség rosszindulatúságát, illetve a koponyaűri nyomásfokozódás veszélyét igazoló diagnózist és a szövettani leletet vagy utóbbi hiányában
- a szöveti mintavétel nélkül végzett sebészi beavatkozásról, endoszkópos vagy képalkotó vizsgálatról szóló, az invazív vagy nyomásfokozó daganatos terjedést egyértelműen kimutató leírást és diagnózist.

8.6.10.2 Szívizominfarktus

A szívizominfarktus bizonyításához az új keletű szívizominfarktus bekövetkeztét és időpontját egyértelműen megállapító olyan egészségügyi dokumentumok (orvosi lelet, zárójelentés) szükségesek, amelyeknek tartalmazniuk kell:

- a friss szívizominfarktusra utaló EKG felvételeket és leleteket,
- a szívizominfarktust jellemző enzimérték változásokat dokumentáló orvosi leleteket,
- a klinikai tünetek leírását.

8.6.10.3 Agyi érkatasztrófa

Az agyi érkatasztrófa bizonyításához szükséges:

- az agyi érkatasztrófa bekövetkeztét, és a bekövetkezés időpontját megállapító egészségügyi dokumentum (orvosi lelet, zárójelentés), és
- a neurológiai szakvélemény, amely az esemény után legalább 30 nappal, az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket állapít meg.

8.6.10.4 Szívkoszorúér-műtét

A szívkoszorúér-műtét elvégzésének igazolásához szükséges a műtétet igazoló zárójelentés vagy a műtéti leírás kivonata, amelyhez mellékelni kell a műtét előtti koszorúérfestés (coronarographia) leletét. Ha a műtétre nem Magyarországon kerül sor, úgy a műtét csak akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli jóváhagyását beszerezték.

8.6.10.5 Szervátültetés

A szervátültetés bekövetkeztének igazolásához szükségesek: a műtét indokoltságát igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó egészségügyi dokumentumok (orvosi leletek, zárójelentés). Ha a műtétre nem Magyarországon kerül sor, úgy a műtét csak akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli jóváhagyását beszerezték.

8.6.10.6 Krónikus veseelégtelenség

A krónikus veseelégtelenség igazolásához szükségesek: a jelen Biztosítási feltételek 8.6.2.4, illetve 8.6.3. pontjában meghatározott állapot fennállását igazoló orvosi dokumentumok.

8.6.11. A Biztosító a rettegett betegség fedezetre 1 hónap várakozási időt köt ki.

Szükség esetén a biztosítási szolgáltatás igényléséhez a 8.6.10. pontban megjelölt iratokon felül a Biztosító a biztosítási eseményt megelőző, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségi állapotra vonatkozó igazolásokat is kérhet.

8.7 Műtétekre szóló biztosítás

8.7.1. Biztosítási esemény

A kockázatviselésének hatálya alatt a Biztosítottnon orvos által elvégzett és orvosilag indokolt, jelen feltételek szerinti **műtét**.

Jelen biztosítás szempontjából **műtéten** olyan terápiás célú sebészeti eljárást kell érteni, amelyet kórházban (lásd 8.7.3. pont), az érvényes orvosszakmai szabályok betartásával végeznek és szerepel a mellékelt Műtéti táblázatban felsorolt műtétek, illetve sebészeti beavatkozások között, és a beavatkozás ugyanott nem kerül kizárásra.

8.7.2. Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a műtéteket a biztosítási szolgáltatás szempontjából a mellékelt Műtéti táblázat szerint négy kategóriába – **kis, közepes, nagy, kiemelt műtétek** – sorolja be.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozóan **műtéti térítést** fizet. A műtéti térítés összege a biztosítotton végrehajtott műtéti eljárás kategóriájához tartozó biztosítási összeg.

Ha **egyazon műtét során ugyanazon testrészen, vagy szerven több sebészeti eljárást** végeznek, akkor az adott testrészen, vagy szerven végzett sebészeti eljárások miatt esedékes biztosítási szolgáltatás annak a beavatkozásnak alapján kerül meghatározásra, amely az alkalmazott eljárások közül a legmagasabb térítési kategóriába esik.

Ha **egyazon műtét során több testrészen, vagy szerven** végeznek **sebészeti eljárásokat**, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken, vagy szerveken történt beavatkozások alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de nem haladhatja meg a kiemelt műtétekre vonatkozó biztosítási összeget.

Ha **egy biztosítási időszakban több – időben egymástól elkülönült – műtétre** kerül sor, úgy a műtétekre együttesen kifizethető szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a *kiemelt* műtétekre vonatkozó biztosítási összeg kétszeresét.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő **felülvizsgálat**ához kötheti.

8.7.3. Nem biztosítási esemény

8.9.3.1. – az úgynevezett **„halasztott” műtét**, amelynek szükségessége a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően már megállapítást nyert,

8.9.3.2. – az olyan **műtét, amelynek szükségessége okozati összefüggésben áll olyan betegséggel, vagy állapottal, amely** a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét **megelőzően már fennállt** és arról a Biztosított tudott, vagy tudnia kellett, **kivéve** az olyan eseteket, **amikor** a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően **két évig** a Biztosított az adott betegséggel kapcsolatban panasz és **tünetmentes volt** és orvosi gyógykezelésre nem szorult,

8.9.3.3. - a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően már maradandóan károsodott, nem ép testrésznél, szervén végzett műtét, **ha a műtét szükségessége okozati összefüggésben áll** a kockázatviselés kezdete előtt **már kialakult maradandó károsodással**.

8.7.4. Jelen feltétel szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartsanak fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg- gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

8.7.5 Műtét szolgáltatási igény bejelentése

A biztosítási eseményt 30 napon belül jelenteni kell az Aegon Biztosító részére (Aegon Magyarország Biztosító Zrt., Országos Kárrendezési Központ, 9701 Szombathely, Pf.: 63.) A bejelentéshez szükséges nyomtatvány letölthető az Aegon Biztosító honlapjáról, vagy kérésre az Aegon Biztosító +36 1 476-5612 telefonszámon elérhető munkatársai kiküldik. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 30 napon belül a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetlenné válik.

A bejelentéshez az alábbi dokumentumokat kell csatolni:

- kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi, orvosi dokumentum, amely tartalmazza a műtéti beavatkozás pontos megnevezését, illetve leírását,
- a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását.

8.7.6 A Biztosító a műtéti térítésre 1 hónapos várakozási időt köt ki. Ezen időszak alatt a biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki.

8.7.7 Kizárások:

- **fogászati műtétek, fogeltávolítás**
- **bőrvarratok és szövődményeik ellátása, sebek/hegek műtétet követő ellátása (sebtisztítás, váladék-elvezetés)**
- **bőrfelszíni és bőr alatti szövetek elváltozásainak műtéti ellátása**
- **punkciók, kanülök vagy katéterek diagnosztikus és terápiás célú alkalmazás**
- **műtét során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása**
- **idegen test eltávolítása bőr alatti szövetekből, testnyílásokból**
- **I-II fokú égések ellátása**
- **diagnosztikus beavatkozások (invazív, non-invazív)**
- **endoszkópos anyagvétel, felületes elváltozások endoszkópos eltávolítása (pl. polip eltávolítás)**
- **kozmetikai műtétek**
- **terhességgel, szüléssel kapcsolatos műtétek, terhesség-megszakítás, egészségügyi kaparás**
- **meddőséggel, sterilizációval kapcsolatos műtétek**
- **nemek megváltoztatását célzó műtétek**
- **veleszületett rendellenességek műtétei**

Műtéti táblázat
a műtétek szolgáltatási kategóriákba való besorolásához

<p>I. Kis műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> szájsebészeti, de nem fogászati műtétek <input type="checkbox"/> erek kisebb műtétei, perifériás idegvarratok <input type="checkbox"/> kisebb szemműtétek (kötőhártya, szaruhártya, szemhéj varrata, idegentest műtéti eltávolítása a szem felületes rétegeiből) <input type="checkbox"/> kisebb fül-, orrműtétek (pl. lágyszövet elváltozás, dobhártya-műtétek, mandulaműtétek), <input type="checkbox"/> mellüreg drainálása, légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronchoscóppal, bordaresectio <input type="checkbox"/> hasfali helyreállító műtétek, kisebb sérvműtétek <input type="checkbox"/> egyszerűbb ízületi vagy csontelváltozások műtétei végtagokon, ín- és szalagvarratok, arthroszkópos műtétek, <input type="checkbox"/> kisebb amputációk (kézujj, lábujj) <input type="checkbox"/> külső nemi szervek műtétei a nemi szervek megtartásával <input type="checkbox"/> kis területű égés műtéti kezelése (testfelület 6%-a alatt, III-ad, IV-ed fokú), kisebb bőrátültetések, bőrpasztika 	<p>III. Nagy műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> agyállományt is érintő koponya elváltozások műtétei, kiterjedt gerincelváltozások műtétei (pl. több csigolyát érintő műtétek, gerincvelő-elváltozások műtétei) <input type="checkbox"/> arccsont és állkapocs eltávolítása <input type="checkbox"/> nagyerek helyreállító műtétei, idegátültetés <input type="checkbox"/> nagy mellüregi beavatkozások (szívkoszorúér műtétei, egyéb zárt szívű műtétek, féloldali tüdőkiirtás, mellkasfal helyreállítása) <input type="checkbox"/> nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomor, vastagbél teljes kiirtása) <input type="checkbox"/> nagy műtétek ízületeken (pl. csípőn, vállon), nagyízületi protézisek behelyezése, teljes végtag-amputációk, a testfelület 20-40%-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei
<p>II. Közepes műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> agyállományt nem érintő koponya elváltozások műtétei <input type="checkbox"/> izolált gerincelváltozások műtétei (pl. porckorong, egy csigolyára kiterjedő műtétek) <input type="checkbox"/> arccsont- vagy állkapocs részleges elváltozásainak műtétei, lágyszövet és kemény szájpad helyreállító műtétei <input type="checkbox"/> közepes műtétek ereken, ér pótlások, érátültetések, nagyobb idegvarratok <input type="checkbox"/> helyreállító szemműtétek (pl. íriszplasztika, szemizmon végzett műtétek), szemlencse eltávolítás, szembolygó eltávolítás <input type="checkbox"/> közepes fül-, orr- és gége műtétek (pl. gégerectio) <input type="checkbox"/> pajzsmirigy és mellékpajzsmirigy műtétei <input type="checkbox"/> emlő részleges vagy teljes eltávolítása, mellüregi beavatkozások, rekeszizom-műtétek, mellhártyakiirtás, tüdőlebens kiirtás, <input type="checkbox"/> hasüregi beavatkozások (máj, epe, hasnyálmirigy, vese, gyomor, bél elváltozásainak műtétei, lépeltávolítás, veseeltávolítás) <input type="checkbox"/> végtagon végzett csontműtétek (csavar, velőűrszeg, lemez behelyezés, csonteltávolítás, csontpótlás) <input type="checkbox"/> ízületek közepes műtétei <input type="checkbox"/> kisebb protézisek beültetése, ínátültetések <input type="checkbox"/> (részleges) végtag-amputációk kismencedencei műtétek: nemi szervek nagyobb műtétei (pl. méheltávolítás, myoma-eltávolítás, prosztata-eltávolítás), hólyagműtétek, húgyvezeték műtétei, testfelület 6-20 %-át érintő, III-ad, IV-ed fokú égések műtétei 	<p>IV. Kiemelt műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kiterjedt, agyállományt érintő elváltozások műtétei, kiterjedt gerincvelő-műtétek <input type="checkbox"/> testfelület 40%-ánál nagyobb kiterjedésű, III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei <input type="checkbox"/> nyitott szíven végzett műtétek pl. billentyűműtétek <input type="checkbox"/> nyelőcső kiirtás, több hasi szerv együttes és teljes kiirtása <input type="checkbox"/> szerv transzplantáció

8.8. Kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

8.8.1 Biztosítási esemény

A Biztosítottnak az orvosi szempontból indokolt, és a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt megkezdődő, a meghatározott tartamot elérő, vagy azt meghaladó folyamatos kórházi ápolása, melyet kórházi zárójelentéssel igazol.

8.8.2 Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a kórházi ápolás kezdetekor aktuális, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget, a kórházi ápolás minden napjára kifizeti.

Amennyiben a Biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át téríti.

Amennyiben a kórházi ápolás tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő kórházi ápolási napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

8.8.3 A Biztosító **egy biztosítási évben** egy biztosított vonatkozásában **legfeljebb összesen az aktuális kórházi ápolási napra** nyújt térítést. Amennyiben az adott biztosítási évben a Biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A **biztosítási esemény napjainak számlálásánál** a biztosítási esemény minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és az elbocsátás is.

8.8.4 A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartson fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben, szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

8.8.5 A Szerződés alkalmazása szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkoholelvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősek, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve azok betegosztályai.

8.8.6 Nem biztosítási esemény:

- **a Biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő ellátás,**
- **a mesterséges megtermékenyítés és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi kezelés,**
- **a 10 napos folyamatos kórházi ápolási tartamot el nem érő, terhességgel, művi**
- **terhesség-megszakítással és szüléssel kapcsolatos kórházi ápolás,**
- **a kozmetikai és plasztikai műtét, kivéve, ha az baleset vagy betegség következtében fellépő szövetváltozások rekonstrukciós célú helyreállítására irányul,**
- **a krónikus vesedialízissel kapcsolatos kórházi kezelés,**
- **a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés,**
- **az alkohol-elvonókúra, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelés.**

8.8.7 A Biztosító a kórházi ápolás esetére szóló napi térítés esetében **1 hónapos várakozási időt** köt ki. Ezen időszak alatt a biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki.

8.8.8 Kórházi ápolás esetére szóló, napi térítésre vonatkozó szolgáltatási igény bejelentése

A biztosítási eseményt 30 napon belül jelenteni kell az Aegon Biztosító részére (Aegon Magyarország Biztosító Zrt., Országos Kárrendezési Központ, 9701 Szombathely, Pf.: 63.) A bejelentéshez szükséges nyomtatvány letölthető az Aegon Biztosító honlapjáról, vagy kérésre az Aegon Biztosító +36 1 476-5612 telefonszámon elérhető munkatársai kiküldik. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 30 napon belül a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenné válik.

A bejelentéshez az alábbi dokumentumokat kell csatolni:

- kórházi zárójelentés, a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a zárójelentés hiteles fordítása,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.

9. FEJEZET –ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK

9.1.

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbiakban meghatározott sporttevékenységével:

- **Autómotor sportok:** versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rali, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, gokart sport, autocrash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.
- **Repülőtevékenység:** motoros, segédmotoros, illetve motor nélküli légitánc, ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, gumikötél ugrás, mezőgazdasági repülés.
- **Egyéb:** búvárkodás, nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, illetve sziklamászás, barlangászat.

9.2.

Háborús kockázat, zavargások, felkelések esetén a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi eseményekben történő aktív vagy passzív részvétellel:

- háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határviellongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskíséret, népi megmozdulás, terrorcselekmény, felvonulás, sztrájk, munkahelyi rendbontás,
- felkelésben, lázadásban, vagy zavargásban való részvétel, kivéve ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelességteljesítés közben kerül sor.

Jelen Biztosítási Feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

9.3.

Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

9.4.

A Biztosító és az Ellátásszervező nem felel a megszervezett szolgáltatás során végzett konkrét szakmai munkáért, az egészségügyi ellátás során a szolgáltató intézmények által végzett tevékenységért és okozott kárért közvetlenül a szolgáltató tartozik felelősséggel.

10. FEJEZET – A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a biztosítási esemény az alábbi körülményekkel összefüggésben következett be:

- **elme és pszichiátriai kóros állapot,**
- **a Biztosított által (szándékosan) elkövetett bűncselekmény,**
- **a jogszabály szerint ionizáló vagy annak minősülő sugárzás, nukleáris energia,**

- a Biztosított öngyilkossági kísérletének következtében bekövetkező egészségbiztosítási események a biztosítási tartam egészében,
- a Biztosított jogellenes, szándékosan elkövetett vagy súlyosan gondatlan magatartása, így különösen a súlyosan ittas (0,8 ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapot.

11. FEJEZET – MARADÉKJOGOK

A Csoportos Biztosítási szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik, így nem vonatkozik rá a visszavásárlási jog és a díjmentes leszállítási joga, továbbá nincs lehetőség kötvénykölcson felvételére sem.

12. FEJEZET – TÖBBLETHOZAM VISSZATÉRÍTÉS

A Csoportos Biztosítási szerződés többlethozam visszatérítésben nem részesedik.

13. FEJEZET – A BIZTOSÍTÁS ELÉVÜLÉSE

A Csoportos Biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított két éven belül elévülnek.

14. FEJEZET – FELEK KÖZÖTTI JOGVITÁK

A szerződő Felek a közöttük felmerülő jogvitákat megkísérelik peren kívüli eljárás során megállapodással rendezni. Ennek sikertelensége esetén a Felek bármelyike a jogvita eldöntése céljából a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat.

15. FEJEZET – AZ ALKALMAZOTT JOG

A szerződés tekintetében a **magyar jogrend az irányadó, az alkalmazandó jog a magyar.**

16. FEJEZET – A PÉNZMOSÁS ÉS A TERRORIZMUS FINANSZÍROZÁSÁNAK MEGELŐZÉSE ÉS MEGAKADÁLYOZÁSA

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben foglaltak értelmében kötelező az ügyfél-átvilágítás a jogszabályban meghatározott esetekben, így különösen a szerződéses kapcsolat keletkezésénél és a szolgáltatás igénybevételekor, illetve a 3,6 millió forintot elérő vagy meghaladó összegű üzleti megbízás teljesítése esetén. A Szerződő az azonosítás során büntetőjogi felelőssége tudatában köteles valós adatokat szolgáltatni és a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a megadott adatokban bekövetkezett változásokat köteles 5 munkanapon belül bejelenteni a Biztosítónak.

17. FEJEZET - BIZTOSÍTÁSI TITOK

17.1.

A Biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

17.2.

A 17.1. pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést Biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

17.3.

A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

17.4.

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a Biztosító a 17.1. pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

17.5.

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a Biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

17.6.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége

17.6.1.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nem peres eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) a 17.6.2. pontban foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá - a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján - a károkozóval,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- p) fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,
- t)¹ a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási

¹ Beiktatta: 2016. évi LIII. törvény 156. § (2). Hatályos: 2016. VII. 1-től.

szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel szemben, ha az a)-j), n), s) és t) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)-s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.²

17.6.2.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

17.6.3.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a Biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.

17.6.4.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

17.6.5.

A Biztosító vagy a viszontbiztosító a 17.6.1. és 17.6.7. pontokban, a 17.5., a 17.6. és a 17.7.1-17.7.2. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

17.6.6.

A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a 17.6.1. pontban meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

17.6.7.

A Biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel

b) vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

c) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

17.6.8.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

17.6.9.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a

² Módosította: 2016. évi LIII. törvény 175. § (1) 10.

csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

17.6.10.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn továbbá abban az esetben, ha

- a) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.

17.7.

A biztosítási titok sérelme

17.7.1.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli Biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

- a) ha a Biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b) ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

17.7.2.

A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

17.7.3.

Nem jelenti továbbá a biztosítási titok sérelmét

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- e) Az a)-d) pontokban meghatározott adatok átadását a Biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

18. FEJEZET - ADATKEZELÉS, ADATTOVÁBBÍTÁS, ADATSZOLGÁLTATÁS

18.1.

A Szerződő a Szerződés aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a Szerződés körében a személyes és különös adatokat kezelje, és a 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban Bit) 135-150. 1. §-ai alapján azokat jogszerűen harmadik személynek átadja.

18.2.

Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a 17.4. pont alá eső adatok vagy az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.

18.3.

A Biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 17.6.1. pont b), f) és j) pontjai, illetve a 17.6.7. pont alapján végzett adattovábbításokról.

18.4.

A Biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

18.5.

A Biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

18.6.

A Biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

18.7.

E törvény alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

18.8.

Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

18.9.

Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.

18.10.

Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó - az Infotv-ben meghatározott - adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

18.11.

Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

19. FEJEZET – VEGYES RENDELKEZÉSEK

19.1.

A veszélyközösség védelme érdekében: A Biztosító (e pont alkalmazásában: megkereső biztosító) - a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében - a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az e biztosító által - a 17.1-17.3. pontokban meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével - kezelt és a paragrafusban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

19.2.

A szolgáltatási igény bejelentésekor a biztosított felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek

19.3.

Ha a Szerződő/Biztosított a biztosítási Szerződés szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelőorvosokat nem menti fel, de a Szerződés létrejött, úgy a Biztosító annyiban mentesül a fizetési kötelezettség alól, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

19.4.

A Szerződésre a hatályos Személyi jövedelemadóról (továbbiakban: Szja) szóló törvény, és az Adózás rendjéről szóló törvény (továbbiakban: Art) megfelelő rendelkezései érvényesek.

19.5.

A Biztosító adatai

a) Cégg adatok

Biztosító neve: Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.

Biztosító rövidített neve: Aegon Magyarország Zrt.

Társasági formája: Zártkörűen működő Részvénytársaság

A Biztosítót a Fővárosi Törvényszék, mint cégbíróság a 01-10-041365 szám alatt tartja nyilván.

Adószám: 10389395-4-44

Biztosító székhelye és címe: 1091 Budapest, Üllői út 1.

Székhelyének állama: Magyarország

Felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank, 1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.

b) Ügyfélszolgálat

Telefonszám: 06-1-477-4800

E-mail cím: ugyfelszolgalat@aegon.hu

A személyes ügyfélszolgálati irodák listája megtekinthető: www.aegon.hu/elerhetosegek/kiemelt-ugyfelszolgalati-irodak

c) A Biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés kötelező tartalma a Biztosító honlapján (www.aegon.hu) először 2017-ben tekinthető meg a 2016-os évre vonatkozóan.

19.6.

Panaszkezelés

Az ügyfél jogosult a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölni. A Biztosító „Panaszkezelési szabályzata” elérhető és megtekinthető ügyfélszolgálati irodáiban és a Biztosító honlapján: www.aegon.hu/elerhetosegek/panaszkezelesi-szabalyzat.html

a) Szóbeli panasz

aa) személyesen: valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben (Ügyfélszolgálati Irodák, Értékesítési pontok), azok nyitvatartási idejében. Az irodák címe, és nyitvatartási ideje a <http://www.aegon.hu> honlapon megtalálható;

ab) telefonon: 06-1-477-4800 (hétfőn 8-20 óráig, egyéb munkanapokon 8-18 óráig).

b) Írásbeli panasz:

ab) személyesen vagy más által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján;

ab) postai úton: Központi panasziroda 1813 Budapest, Pf. 245.;

ac) telefaxon: 061-476-5791;

ad) elektronikus úton: www.aegon.hu honlapon elhelyezett on-line panaszbejelentő lapon vagy a panasz@aegon.hu e-mail címen. E-mailen biztonsági okokból csak általános információkat adunk, a panaszra adott érdemi választ postai úton küldjük meg;

ae) adatkezelési ügyben: elektronikus levélben: adatvedelem@aegon.hu

A panasz teljes vagy részleges elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak minősülő ügyfél az alábbi jogorvoslati fórumokhoz fordulhat:

19.7.

Jogorvoslati fórumok:

a) A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén békéltető testületi eljárást kezdeményezhet, vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

Pénzügyi Békéltető Testület:

Székhelye: Magyar Nemzeti Bank 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1525 Budapest, Pf 172., telefon: 06-80-203-776, e-mail cím:

ugyfelszolgalat@mnbb.hu. Bővebben a <https://www.mnb.hu/bekeltetes> honlapon kaphat tájékoztatást.

Az Aegon a Testület előtt általános alávetési nyilatkozatot nem tett.

Bíróság: az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság (www.birosag.hu)

b) A szolgáltató magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó, 2013. évi CXXXIX. MNB tv. fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése (vagy annak vélelmezése) esetén fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárást kezdeményezhet.

Fogyasztóvédelmi eljárás:

Magyar Nemzeti Bank Székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP Pf. 777. telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu. Bővebben a www.mnb.hu/fogyasztovedelem honlapon kaphat tájékoztatást.

A fogyasztónak minősülő ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló "Kérelem" nyomtatvány megküldését igényelheti.

Az igénylés módja: Telefonon: 061-477-4800, postai úton: 9401 Sopron, Pf. 22. és e-mailen: panasz@aegon.hu.

A nyomtatványt igazolható módon, költségmentesen kell kiküldeni az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton. A Biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján, a www.aegon.hu weboldalon és az ügyfélszolgálat részére nyitva álló helyiségeiben is.

c) Fogyasztónak nem minősülő ügyfél esetén:

A fogyasztónak nem minősülő ügyfél panaszának a Biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

Fogyasztón az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személyt kell érteni.

SZOLGÁLTATÁSI TÁBLÁZAT

Egészségbiztosítási szolgáltatások	Alap csomag	Prémium Csomag
24 órás telefonos orvosi tanácsadás	✓	✓
Második orvosi vélemény	✓	✓
Szolgáltatói díjkezdvezmény	✓	✓
Személyre szabott szűrési terv összeállítása és megszervezése	✓	✓
Betegség miatti egynapos sebészet	250 000 Ft / év	500 000 Ft / év
Betegség miatti nagy értékű diagnosztika	250 000 Ft/év	500 000 Ft/év
Rettegett betegség*	250 000 Ft	250 000 Ft
Bármely okú műtét	-	62 500 Ft - 500 000 Ft
Bármely okú kórházi napi térítés 1-30 nap	-	5 000 Ft
Havidíj	2 990 Ft	3 990 Ft
Negyedéves díj	8 970 Ft	11 970 Ft
Éves díj	35 880 Ft	47 880 Ft

***a Rettegett betegségre vonatkozó fedezet megszűnik az első biztosítási esemény bekövetkezése esetén**