

CIB Egészségőr és Hope Plusz Biztosítotti tájékoztató és Biztosítási Feltételek
a CIB Bank Zrt. vállalati bankszámlához nyújtott biztosítási szolgáltatásról
Hatályos: 2019. június 1-től

Tartalomjegyzék

I. CIB Egészségőr Biztosítottai tájékoztató vállalati bankszámlához.....	33
II. CIB Egészségőr Biztosítási Feltételek vállalati bankszámlához.....	1243
III. CIB Egészségőr biztosítás kiegészítéseként választható Hope Plusz kiegészítő biztosítási csomagra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek	3135
IV. CIB Egészségőr és Hope Plusz biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek és biztosítási díjak	3337

I. CIB Egészségőr Biztosítotti tájékoztató vállalati bankszámlához

Tisztelt Hölygem / Uram!

A biztosítást az UNION Biztosító (www.union.hu) nyújtja, amely ellátásszervező partnerével, az Advance Medical Hungary-vel (www.advance-medical.com) arra törekszik, hogy Ön az igényeinek megfelelő ellátást kapja betegség esetén.

1. Milyen esetben vehető igénybe a biztosítás?

Ha a biztosításhoz csatlakozást követően megbetegszik, bármi panasza lesz az egészségével kapcsolatban, attól függően, hogy Ön melyik biztosítási csomaggal rendelkezik (a csomagok tartalmát a CIB Egészségőr és Hope Plusz biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek és biztosítási díjak fejezetben találja meg), az alábbi szolgáltatásokat nyújtjuk:

1.1. 24 órás call center igénybevétele

Éjjel-nappal hívható a hét minden napján a (06-1) 461-1505 telefonszámon.

Gyakorló orvossal beszélhetnek, és gyakorló orvostól kérhetnek tanácsot például:

- orvosi ügyeletek, gyógyszertárak, egészségügyi intézmények elérhetőségéről,
- egészséggel, betegséggel,
- egészséges életmóddal, megelőzéssel,
- gyógykezeléssel,
- egészséges táplálkozással,
- gyógyszerekkel, azok hatásával, mellékhatásával, alkalmazhatóságával, kölcsönhatásaival, helyettesíthetőségével kapcsolatos kérdésekben.

1.2. Ellátásszervezés

Ha szakorvosi vizsgálatra van szüksége, annak időpontját és helyét – Önnel egyeztetve – megszervezzük Ön helyett. Az ellátásszervezés telefonon történik.

A munkanapokon 8-20 óra között hívható (06-1) 461-1572 telefonszámon bejelenti az ellátás iránti igényét. Szükség esetén – ha nem járt még panaszával orvosnál – ellátásszervezőnk orvosától is kérhet tanácsot, aki a panaszok és kórelőzmény alapján kijelölheti az elvégzendő vizsgálatokat. Az igényelt ellátásokat a call center munkatársai egyeztetik a szolgáltatókkal és az ügyfelekkel. A kölcsönösen elfogadott időpontokról és helyszínekről mindkét felet öt (5) munkanapon belül telefonon vagy írásban értesíti az ellátásszervező, és e-mailben megerősítést küld. **A már egyeztetett időpontot csak egyszer van lehetősége módosítani legkésőbb 24 órával a vizsgálat időpontja előtt.**

Amennyiben Ön 24 órán belül mondja le, módosítja az időpontot vagy nem jelenik meg adott időben a vizsgálaton, a vizsgálat árának 50%-át levonjuk éves keretéből valamint ugyanezen vizsgálat megszervezését legkorábban 3 hónap elteltével kérheti újra.

1.3. Ellátásszervezés kérhető (a választott csomagtól függően) az alábbiakra:

1.3.1. Orvosi képpalkotó diagnosztikai vizsgálatok

Amennyiben Ön betegségének, panaszának kivizsgálása kapcsán rendelkezik szakrendelő orvos által kiállított, CT, MRI vagy PET-CT vizsgálatra szóló beutalóval, a biztosító ellátásszervező partnere megszervezi a szükséges vizsgálatot.. Az ellátás igénylése az 1.2. pontban leírtakkal

azonos módon, azonos telefonszám felhívásával történik. A háziorvos által kiállított javaslatot / beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat

A vizsgálat költségét az éves limit erejéig a biztosító finanszírozza. A vizsgálat után Ön nem fizet a vizsgálatot végző orvosnak, azt a szolgáltató és a biztosító rendezi egymás közt.

1.3.2. Egynapos sebészet

Amennyiben az Ön betegségének gyógyításához olyan műtéti beavatkozás szükséges, amely egynapos sebészeti ellátás keretében elvégezhető, és ehhez Ön rendelkezik szakorvosi beutalóval, akkor a biztosító ellátásszervező partnere megszervezi a szükséges ellátást (a 6. pontban felsorolt, a kockázatviselésből kizárt ellátások kivételével). Az, hogy az Ön által igényelt beavatkozás egynapos sebészeti ellátás keretében elvégezhető-e, függ a szolgáltató engedélyétől, de az Ön egészségi állapotától is, orvosszakmai szabályok döntenek el.

A biztosítás nem fedezi azoknak a műtéteknek a költségét, amelyek elvégzése egy, már a biztosítás megkötésekor is fennálló betegség miatt válnak szükségessé.

Az ellátás igénylése az 1.2. pontban leírtakkal azonos módon, azonos telefonszám felhívásával történik.

Az ellátás költségét az éves limit erejéig a biztosító finanszírozza. Az ellátást követően Ön nem fizet a vizsgálatot végző orvosnak, azt a szolgáltató és a biztosító rendezi egymás közt.

1.3.3. Járóbeteg-szakellátás, diagnosztikai, labordiagnosztikai vizsgálatok

Amennyiben Ön betegségének, panaszának kivizsgálásához szakorvosi (pl. belgyógyászat, nőgyógyászat, fül-orr-gégészet, stb., a 6. pontban felsoroltak kivételével), labor- vagy képalkotó diagnosztikai (röntgen, ultrahang, stb.) vizsgálatra, esetleg ambulánsan elvégezhető műtétre van szüksége, megszervezi Önnek a biztosító ellátásszervező partnere. Az ellátás igénylése az 1.2. pontban leírtakkal azonos módon, azonos telefonszám felhívásával történik.

A vizsgálat költségét az éves limit erejéig a biztosító finanszírozza. A vizsgálat után Ön nem fizet a vizsgálatot végző orvosnak, azt a szolgáltató és a biztosító rendezi egymás közt.

1.3.4. Második orvosi vélemény

Ha Önnél az alábbi betegségek/esetek valamelyike fennáll és szeretné tudni, hogy a legmegfelelőbb kezelést kapja, vagy ezen betegségek valamelyikének gyanúja merült fel, és igazán biztos akar lenni a diagnózisban, igénybe veheti Második orvosi vélemény szolgáltatásunkat:

- életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);
- szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;
- szervátültetés;
- neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;
- veleszületett betegségek és rendellenességek;
- az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;
- a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;
- az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

A szolgáltatás hozzáférést jelent nemzetközileg elismert, nagy szakmai tapasztalattal rendelkező orvos szakértők szaktudásához. A szolgáltatás lényege, hogy az ellátásszervező kiválasztja az adott egészségügyi probléma kezelésében kiemelkedően nagy tapasztalattal bíró szakorvost, aki az Ön által rendelkezésre bocsátott egészségügyi dokumentáció alapján elkészíti távszakvéleményét.

Az ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki végigkalauzolja Önt a folyamaton: egyeztet Önnel, hogy mely kérdésekre vár választ, elkéri Öntől a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart Önnel és kezelőorvosával.

A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.

1.3.5. Szűrővizsgálat

A Biztosító a Biztosított egészségi állapotának felmérése céljából a biztosítási csomagnak megfelelő szűrővizsgálatok elvégzését szervezi meg és viseli ezek költségét. A választott szűrőcsomag vizsgálatai biztosítási évente egy alkalommal vehetők igénybe.

Közepes szűrővizsgálati csomag

- belgyógyászati szakorvosi vizsgálat
- nyugalmi EKG
- laboratóriumi vizsgálatok: teljes vérkép, vércukor, koleszterin, triglicerid, teljes vizeletvizsgálat és üledék.

Személyre szabott szűrővizsgálati csomag

- Belgyógyászati szakorvosi vizsgálat
- Nyugalmi EKG
- Hasi és kismencedei áttekintő ultrahang vizsgálat
- Mellkas röntgen (egyirányú)
- Laboratóriumi vizsgálatok: teljes vérkép, vércukor, koleszterin, LDL-koleszterin, HDL-koleszterin, triglicerid, GPT, GOT, GGT, bilirubin, húgysav, kreatinin, karbamid, kálium, nátrium, teljes vizeletvizsgálat és üledék
- Nőgyógyászati szűrővizsgálat
- Urológiai szűrővizsgálat
- Fogászati szűrővizsgálat (csak Budapesten, tartalma: orvosi vizsgálat, kezelési terv, panoráma röntgen)

Az ellátásszervezőnek szűrővizsgálat megszervezésére rendelkezésre álló határideje öt (5) munkanap, amely a következőképpen értendő:

- **Az ellátásszervező a szűrővizsgálati csomag esetében, de legalább egy elemére vonatkozóan 5 munkanapon belül tájékoztatja a Biztosítottat telefonon, vagy írásban a vizsgálat helyszínéről és időpontjáról,** valamint a szervezés alatt lévő vizsgálatokra vonatkozóan.
- Az ellátásszervező törekszik arra, hogy a szűrővizsgálati csomagban felsorolt vizsgálatokat minél kevesebb időpontban, minél kevesebb helyszínen szervezze le.
- Szűrővizsgálat az ellátásszervező által felajánlott szolgáltatónál vehető igénybe.

Ezt ugyanúgy, az ellátásszervezőn keresztül tudja igényelni, mint a többi szolgáltatást.

1.4. Hope Plusz Kiegészítő biztosítási csomag

Ha a kockázatviselés ideje alatt Önnél rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak, kiegészítő biztosításunkkal igyekszünk segíteni Önnek, hogy az anyagiak miatt ne kelljen aggódnia, és csak a

gyógyulásra figyelhessen. A betegség diagnosztizálásakor egy egyösszegű szolgáltatást nyújtunk Önnek, majd az orvosi kezelés megkezdését követő 18 hónapon keresztül havi járadékot fizetünk.

Ezek fix összegek, függetlenek a kezelés költségétől és Ön arra költi, amire szeretné. Pótolhatja a munkaképtelenség miatti jövedelem-kiesését vagy kiegészítő terápiák finanszírozására is fordíthatja.

Fontos: ezt a kiegészítő biztosítást csak 18 év felettiek köthetik, és nem kötheti meg olyan személy, akinek korábban már volt ilyen betegsége vagy épp ilyen irányú kivizsgálás alatt áll.

2. Ki veheti igénybe a szolgáltatásokat?

Azon CIB Bank Zrt-nél vállalati bankszámlát vezető vállalatok (Számlatulajdonosok) Tulajdonosa vagy vezető tisztségviselője, vagy munkavállalói (Biztosítottak), amely vállalatok a CIB Egészségőr biztosításra vonatkozóan szerződést kötöttek a bankkal és a biztosítóval. A biztosítottakat a Számlatulajdonos határozza meg, a biztosítottaknak egy adatátadási nyilatkozat kell aláírnia. A Biztosítottak a 18 és-70 év közötti természetes személyek lehetnek. A biztosított életkora az adatátadási nyilatkozat megtételekor alapcsomag választása esetén legalább 18 év legfeljebb 69 év, kiegészítő biztosítási csomag választása esetén legalább 18 év legfeljebb 65 év lehet.

3. Mikortól vehető igénybe szolgáltatás?

A Szerződő a csatlakozás elfogadásáról vagy el nem fogadásáról e-mailben tájékoztatja a Biztosítottat és a Számlatulajdonost.

4. Hogyan fizeti a biztosítás díját?

A Biztosítottat a biztosítási díj megfizetése nem terheli. A díjat a csoportos biztosítás szerződője, a CIB Bank Zrt. utalja a biztosítónak. A biztosítás arányos díját a szerződő a Számlatulajdonosra áthárítja.

5. Mikor és hogyan szűnik meg a biztosítás?

Az Önre vonatkozó kockázatviselés megszűnik:

- a) az Ön halála esetén,
- b) annak a biztosítási év utolsó napjának 24. órájával, amelyben Ön a 70. életévét betöltötte,
- c) amennyiben a Számlatulajdonos Szerződővel fennálló bankszámlaszerződésre vonatkozó jogviszonya megszűnik, a díjjal fedezett hónap utolsó napjának 24.00 órakor.
- d) amennyiben a Bank a Számlatulajdonos számlájáról a biztosítási díjat a biztosítási díj esedékességét követő 60. nap 24.00 óráig a nem tudta beszedni, a biztosítási díj esedékességét követő 61. nap 00.00-kor,
- e) a Biztosított Nyilatkozat Társszerződő általi visszavonása esetén – a Társszerződő által megnevezett valamennyi biztosított vonatkozásában - a díjjal fedezett hónap utolsó napjának 24.00 órakor (a biztosítottra vonatkozó évfordulón).

Ezen felül Hope Plusz esetében a kockázatviselés megszűnik:

- a) a biztosított 70. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján,
- b) a CIB Egészségőr biztosításra vonatkozó kockázatviselés megszűnése esetén azzal egyidejűleg,
- c) a biztosítási szolgáltatás teljesítésével

6. Milyen ellátásokat NEM szervez meg illetve nem térít a biztosító?

6.1. Ha a biztosítási esemény az alábbi eseményekkel összefüggésben áll, az ellátást a biztosító nem szervezi meg, illetve nem téríti meg:

- Harci eseményben vagy háborús cselekményben valamely fél mellett történő részvétel miatt szükségessé váló ellátásokat,
- Állam elleni bűncselekményben való részvétel miatt szükségessé váló ellátásokat,
- Atomkárok miatt szükségessé váló ellátásokat,
- Alkoholos állapot, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőség miatt szükségessé váló ellátásokat,
- Ismételt műtétekre, kezelésre, ha azok az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt válnak szükségessé,
- Orvosi műhiba miatt szükségessé váló ellátásokat,
- Terhesség ideje alatt és a szülés, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeire nem szolgáltat a Biztosító abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt történt. A fogamzás időpontja alatt a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni.;
- Az egészségügyi ellátás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt létrejött egészségkárosodás miatt szükségessé váló ellátásokat;
- Esztétikai célú orvosi beavatkozásokat, kozmetikai kezeléseket;
- Az Egnapos sebészeti ellátások esetében a kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményeit, veleszületett betegségeket.

6.2. Ha az ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor, illetve az alábbi ellátás típusokra:

- sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából,
- az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység miatt,
- katasztrófa miatti ellátás,
- járványügyi érdekből végzett ellátás,
- tüdőgyógyászati gondozás,
- addiktológiai gondozás,
- alkoholológiai gondozás
- drogbeteg-ellátás, gondozás
- foglalkozás-egészségügyi szakellátás,
- akupunktúrás kezelés,
- fogászati szakellátás,
- lézeres körömgomba-eltávolítás,
- lézeres látásjavító műtét,
- szemlencse beültetés,
- geriátriai kezelés, gondozás,
- dialízis kezelés,
- digitális dermatoscopia
- visszér betegség injekciós kezelése (scleroterápia),
- bármilyen visszér-műtét,
- nemibeteg gondozás,
- a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok,

- pszichiátriai kezelés,
- gyógypedagógiai kezelés,
- fizio- és mozgásterápiás kezelés,
- intenzív betegellátás,
- klinikai onkológiai gondozás,
- HIV-betegek gondozása,
- Hepatitis C betegek gondozása,
- aneszteziológiai ellátás,
- krónikus betegségek gondozása..

6.3. Ha az ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt.

6.4. Egynapos sebészetre vonatkozó kizárások:

- Ha az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét
- Sterilisatio laparoscopica feminae
- Sterilisatio laparoscopia kapoccsal Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel
- Sterilisatio laparoscopia monopol. elektródával
- Sterilisatio laparoscopia bipol. elektródával
- Extrauterin graviditas laparoscopos műtete
- Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából
- Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel
- Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel
- Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal
- Interruptio Hegar tágítással, curettage-zsal
- Interruptio laminaria tágítással
- Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése
- Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások
- Művi megtermékenyítés
- Szépsészeti okból végzett plasztikai műtetek.

6.5. Orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó kizárások:

- ha az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét
- ha az orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított javaslatot / beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat,
- a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatban, melyen a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket kell érteni,
- terhesség ideje alatt a biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálatához tartozó, a hatályos orvos szakmai protokoll által előírt ultrahang vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig. A Biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a 3D, 4D és 5D ultrahang vizsgálatokra (ún. „babamózi”).

6.6. Járóbeteg-szakellátásra vonatkozó kizárások:

- a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatok, melyen a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket kell érteni,
- terhesség ideje alatt a biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálatához tartozó, a hatályos orvos szakmai protokoll által előírt

ultrahang vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig. A Biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a 3D, 4D és 5D ultrahang vizsgálatokra (ún. „babamozi”).

6.7. Hope Plusz kiegészítő biztosításból kizárt kockázatok:

- minden jóindulatú tumor, amelyet a nemzetközi protokoll annak nevez,
- Kaposi-szarkóma és más daganatok egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés vagy AIDS megbetegedés esetén illetve emberi immunrendszer megbetegedését okozó vírus jelenlétében meglévő daganatok,
- amennyiben a diagnosztikai vizsgálatok a szerződés kezdetét megelőzően és kezdődtek meg.

7. Mikor mentesül a biztosító a szolgáltatás teljesítése alól

- 7.1. Ha a biztosítási eseményt Ön jogellenesen súlyosan gondatlanul (rendszeres alkohol fogyasztás vagy 2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó alkoholos befolyásoltság vagy kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése) okozta.
- 7.2. Ha biztosítási esemény okozati összefüggésben áll az Ön öngyilkossági kísérletével vagy az Ön szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben jön létre.
- 7.3. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítási esemény előtt már ismerte vagy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

8. Mit kell tennie, ha orvosi ellátásra van szüksége?

A biztosító szolgáltatását az Advance Medical Hungary Kft. (www.advance-medical.hu), mint ellátásszervező által nyújtja, az egészségügyi ellátást egészségügyi szolgáltatók végzik.

Az 1. pontban található telefonszámot kell tárcsáznia szolgáltatás igényléséhez.

9. Ha bármilyen panasz adódik a biztosítással kapcsolatban:

Viták kérdések rendezése

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

- a) írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségen:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1380 Budapest, Pf. 1076., tel.: (+36-1) 486-4343)
- b) személyesen az alábbi címen:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Központi Ügyfélszolgálati Iroda (1134 Budapest, Váci út 33.)

Az ellátásszervezéssel kapcsolatos panaszokat a Biztosított az ellátásszervező részére közvetlenül e-mailben is eljuttathatja, és telefonon is megteheti.

A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1054 Budapest, Szabadság tér 8-9; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)

Amennyiben a biztosított a biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy

- a) 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: (+36-80) 203-776; web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
- b) 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: (+36-80) 203-776; e-mail: pbt@mnb.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.

10. A megadott adatait a biztosító az alábbiaknak megfelelően kezeli:

Az adatkezelés célhoz kötött, azaz a biztosító csak azokat a személyes és biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosult kezelni, amelyek a biztosítás létrejöttével, nyilvántartásával, a biztosítási szolgáltatással összefüggenek. A személyes adatok kezeléséről a közös adatkezelésre vonatkozó adatkezelési tájékoztató szolgáltat információkat.

10.1. A Szerződő és a Biztosító megállapodnak abban, hogy a jelen Csoportos Biztosítás teljesítése során a Szerződő, illetve a Biztosító vagy munkatársaik, banki megbízottak és megbízottaik tudomására jutott valamennyi információ és adat biztosítási, bank- és üzleti titkot képeznek.

10.2.. A Szerződő és a Biztosító rögzítik, hogy Csoportos Biztosítás Biztosítottjai és Kedvezményezettjei személyes adatainak az ügyfelek biztosítási védelmével összefüggő kezelése vonatkozásában közös adatkezelőknek minősülnek.

10.3. A Szerződő és a Biztosító adatkezelés tárgyában kötött megállapodása jelen biztosítási feltétel mellékletét képezi.

10.4. A Szerződő és a Biztosító a személyes adatokat bizalmasan és a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően kezelik, és megtesznek minden olyan biztonsági, technikai és szervezési intézkedést, amely az adatok biztonságát garantálja, ideértve azon intézkedéseket is, amelyek megakadályozzák különösen, de nem kizárólagosan az adatok elvesztését, megsemmisülését, jogosulatlan megszerzését.

10.5. A Szerződő és a Biztosító kijelentik és szavatolják, hogy a jelen Csoportos Biztosításban meghatározott tevékenységük során végzett adatkezelésük összhangban van az adatvédelemmel kapcsolatos mindenkor hatályos, így különösen az alábbi jogszabályokkal:

- Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendeletét (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről ("Általános Adatvédelmi Rendelet").
- az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény;
- a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény;
- az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. törvény;
- a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény vonatkozó rendelkezéseivel.

10.6. A Szerződő és a Biztosító megállapodnak abban, hogy az Általános Adatvédelmi Rendelet rendelkezései minden Biztosított és Kedvezményezett vonatkozásában alkalmazandó.

10.7. A Szerződő és a Biztosító vállalják, hogy minden szükséges intézkedést megtesznek a Biztosítottak és Kedvezményezettek személyes adatai kezelésének biztonsága érdekében.

10.8. A titoktartási kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítót időbeli korlátozás nélkül terheli. Az üzleti titoknak minősített információkat kizárólag azok a titoktartási kötelezettség alatt álló munkavállalók, megbízottjaik ismertethetik meg, akiknek ezen információk ismerete munkaköri kötelezettségük körébe tartozik, illetve ha az adatok általuk történő megismerése a Biztosítóval szemben szerződésben vállalt kötelezettség teljesítése érdekében szükséges.

10.9. A Szerződő és a Biztosító kötelesek a jelen Csoportos Biztosítással kapcsolatban keletkezett, biztosítási titkot tartalmazó dokumentumokat a mindenkor hatályos jogszabályok szerint megőrizni.

10.10. A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat a jelen feltételekhez csatolt Közös adatkezelésre vonatkozó adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a CIB Bank honlapján elérhető. A Biztosító további adatkezelési műveleteiről, a biztosítási titokkal kapcsolatos további információkról, a Biztosító adatfeldolgozóiról a Biztosító a www.union.hu/adatvedelem adatkezelési aloldalán tájékozódhat.

10. Az alkalmazandó jog

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 fordulhatnak.

Az eljárások nyelve magyar.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

II. CIB Egészségőr Biztosítási Feltételek vállalati bankszámlához

1. A feltételek érvényessége

Jelen Biztosítási Feltételek (továbbiakban: Biztosítási Feltételek) az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és a CIB Bank Zrt között létrejött, vállalati bankszámlához kapcsolódó CIB Egészségőr csoportos biztosítási szerződésre érvényesek.

2. Fogalmak

- 2.1. **Alapellátás:** a biztosított magyarországi 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 (háziorvosi szolgáltatás).
- 2.2. **Alkusz:** A CIB Biztosítási Alkusz Kft. független biztosításközvetítő, amely a szerződéssel kötött megbízási szerződés alapján, a szerződő képviselőjében eljárva a szerződő biztosítási szerződésből eredő jogainak és kötelezettségeinek teljesítésben és lebonyolításában közreműködik.
- 2.3. **Általános járóbeteg-szakellátás:** a biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmyszerű egészségügyi ellátás.
- 2.4. **Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel nem köt szerződést.
- 2.5. **Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt.
- 2.6. **Beavatkozás:** azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- 2.7. **Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- 2.8. **Biztosító:** az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. amely a biztosítási szerződést megkötöi és a biztosítási díjak ellenében kötelezettséget vállal a biztosítási szolgáltatások teljesítésére.
- 2.9. **Biztosítási esemény:** a biztosító azon szolgáltatása, amelyre a biztosító a biztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott egészségügyi ellátás megszervezése vagy az ellátás költségeinek megfizetésére vállal kötelezettséget.
- 2.10. **Csoportos biztosítás:** a bank és a biztosító, számlatulajdonos, mint társszerződő között létrejött, a vállalati bankszámlához kapcsolódó CIB Egészségőr csoportos biztosítási szerződés alapján létrejött egészségbiztosítás.
- 2.11. **Csoportos keretbiztosítási szerződés:** bank és a biztosító között létrejött olyan keretmegállapodás, mely alapján jön létre a Csoportos biztosítás.
- 2.12. **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.

2.12.1. Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:

- a) a biztosított személyazonosító adatait,
- b) cselekvőképes biztosított esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló biztosított esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
- c) a kórelőzményt, a kórtörténetet,
- d) az első vizsgálat eredményét,
- e) a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- f) az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
- g) az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- h) a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
- i) a beteg gyógyszer-túlérzékenységre vonatkozó adatokat,
- j) a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
- k) a biztosítottak (betegnek), illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- l) a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
- m) minden olyan egyéb adatot és tény, amely a biztosított gyógyulására befolyással lehet.

2.12.2. Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:

- a) az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
- b) a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
- c) az ápolási dokumentációt,
- d) a képző diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint
- e) a biztosított testéből kivett szövetmintákat, illetve azok szövettani eredményeit.

2.12.3. Több résztvevőből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni, és azt a biztosítottak át kell adni.

2.13. Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység: az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen:

- a) a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak,
- b) a keresőképességnek,
- c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.

2.14. Egészségügyi ellátás: a biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.

2.15. Egészségügyi szolgáltatás: az magyar egészségügyi államigazgatási szerv 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.

- 2.16. Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az erre jogosult magyar szerv vagy hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.
- 2.17. Egynapos sebészet¹:** Az egynapos sebészeti ellátás olyan, a kórházi fekvőbeteg ellátást kiváltó, a 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, és a beavatkozás legfeljebb 24 órás benntartózkodást igényel.
- 2.18. Ellátásszervező:** az Advance Medical Hungary Kft., amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy az egészségügyi szolgáltatókkal szerződést kössön, és a biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszervezze, a szolgáltatást lebonyolítsa a biztosítottak számára.
- 2.19. Éves szolgáltatási limit:** a biztosító biztosítási évre (2.7. pont) vonatkozó szolgáltatási limitet alkalmaz, melynek mértékét a CIB Egészségőr biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek dokumentum tartalmazza.
- 2.20. Előzménybetegség:** a biztosítás megkötése előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettől összefügg.
- 2.21. 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.
- 2.22. Kockázatbírálás:** a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja.
- 2.23. Költségtérítés:** a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése az éves szolgáltatási limit mértékig.
- 2.24. Közeli hozzátartozó:** a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér;
- 2.25. Járóbeteg-szakellátás:** olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel.
- 2.26. 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.
- 2.27. Számlatulajdonos és Társszerződő :** A szerződő mindenkor hatályos Általános Lakossági Üzletszabályzatában meghatározott egyéni vállalkozó és a mindenkor hatályos Általános

¹ Jelen 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

Vállalati Üzletszabályzatban meghatározott vállalati üzletfelei, aki a Bankkal forint Bankszámlára vonatkozó szerződéssel rendelkezik. A Bankszámla fogalmára a Bank Általános Vállalati Üzletszabályzatában meghatározott fogalom az irányadó.

- 2.28. Szerződő:** CIB Bank Zrt.
- 2.29. Szűrővizsgálat:** olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségekre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.
- 2.30. 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 megállapítása.

3. Biztosított

A biztosított: az a 18-70 év közötti természetes személy, aki a Társzerződő cég tulajdonosa vagy vezető tisztségviselője, vagy munkavállalója. A Biztosítottat a Társzerződő határozza meg. A Biztosított az adatátadási nyilatkozatot köteles tenni. A biztosított életkora az Adatátadási nyilatkozat megtételekor legfeljebb 69 év lehet. Az életkor számítása úgy történik, hogy a folyóévből ki kell vonni a biztosított születési évét.

4. A csoportos biztosítási szerződés létrejötte és csatlakozás a Csoportos Biztosításhoz

- 4.1.** A Csoportos Biztosítás a biztosító, szerződő, társszerződő és az alkusz megállapodásával jött létre, a társszerződő cég tulajdonosa vagy vezető tisztségviselője, vagy munkavállalói javára.
- 4.2.** A társszerződő cég tulajdonosa vagy vezető tisztségviselője, vagy munkavállalói a Biztosítási Szerződéshez kizárólag biztosított minőségben csatlakozhatnak, őket nem illeti meg a szerződői minőség, illetve a szerződő helyére nem léphetnek be.
- 4.3.** A biztosítottakat a Társzerződő nevezi meg, mely előtt a Társzerződő beszerzi a Biztosítottól az adatátadáshoz történő hozzájárulást.
- 4.4.** Az Adatátadási nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a biztosítottnak arra vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát, hogy az adatait a társszerződő Biztosító és a Szerződő részére átadja abból a célból, hogy a szerződés hatálya rá kiterjed, valamint tartalmazza azt, hogy a biztosított a titoktartási kötelezettség alól felmenti a társadalombiztosítási, igazgatási szervezetekkel, hatóságokkal, kezelőorvosokkal szemben. Egy Biztosított egy biztosítási alapsomaggal és egy kiegészítő biztosítási csomaggal rendelkezhet.
- 4.5.** A Szerződő joghatályosan küldhet értesítést a Számlatulajdonosnak függetlenül attól, hogy ki a biztosított. A Szerződő a csatlakozás megtételének igazolásaként írásbeli (e-mail) visszaigazolást küld a Társzerződő és a Biztosított részére.
- 4.6.** A Szerződő tájékoztatja a Biztosítottat az adatátadási nyilatkozat megtételét követően arról, hogy a szerződés hatálya a Biztosítottra kiterjed, az adatok szerződő általi átvételét követő 5 (öt) munkanapon belül mail címére küldött levélben tájékoztatja a Társzerződőt és a Biztosítottat.
- 4.7.** A Szerződő a Biztosított megnevezését elutasítja, ha
- 4.7.1.** a biztosítási díj nem került megfizetésre legkésőbb a Biztosított adatainak átvételét követő 5 (öt) munkanapon belül, azaz a Bankszámla megterhelése nem vezetett eredményre vagy

- 4.7.2. nem teljesülnek a Biztosítottra vonatkozó feltételek vagy
- 4.7.3. az Adatátadási Nyilatkozatban elírás, téves, hibás adat szerepel.
- 4.8. A Biztosítottak automatikusan, külön kockázatelbírálás nélkül kerülnek a biztosítási fedezetbe.
- 4.9. A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.

4.10. A Biztosítási csomag módosítása

- 4.10.1. A Társzerződő a Biztosítottra vonatkozó biztosítási csomagot a biztosítási évfordulóra módosíthatja.
- 4.10.2. A Biztosítási csomag módosítása esetén a szolgáltatási igény bejelentésének időpontjában érvényes biztosítási csomag alapján szolgáltat a biztosító.

4.11. A Biztosított nyilatkozat visszavonása

- 4.11.1. A Társzerződő a Csoportos Biztosításhoz tett csatlakozási nyilatkozatát – az általa megnevezett Biztosítottak vonatkozásában is - az Alkuszhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítottra vonatkozó évfordulóra visszavonhatja.
- 4.11.2. A csatlakozási nyilatkozat visszavonása költség- és díjmentes.

5. A biztosítás területi hatálya

- 5.1. A biztosító a szolgáltatásait Magyarország területén nyújtja.

6. A kockázatviselés tartama

6.1. Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete

- 6.1.1. A kockázatviselés a Biztosított adatainak Szerződő általi átvételét követő hónap első napján kezdődik, ha:
 - 6.1.1.1. a csatlakozás a Szerződő által elfogadásra került, és ezt a Szerződő írásban 5 munkanapon belül a Társzerződőnek és a Biztosítottnak megerősítette és
 - 6.1.1.2. a biztosítás első havi díja a Biztosított adatainak Szerződő részére történő átadását követő 5 munkanapon belül a Társzerződő által megfizetésre került.

Ez a nap egyben a biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napja is.

- 6.1.2. Ha a csatlakozás elfogadásra kerül, a Szerződő köteles a biztosítás első havi díját legkésőbb a Biztosított adatainak átvételét követő 5. munkanapon áthárítani a Társzerződőre és a Társzerződő által megadott bankszámlát a biztosítás havi díjával megterhelni. Ha a Bank a fenti kötelezettségnek nem tesz eleget, a Biztosított kockázatviselése a 6.1.1. pont szerint (Biztosított adatainak a Szerződő általi átvételét követő hónap első napján) kezdetét veszi, és a Szerződő köteles minden tőle telhetőt megtenni, hogy Társzerződő által megadott bankszámlát a biztosítás havi díjával megterhelje.

7. A kockázatviselés megszűnése

7.1. Az összes biztosított vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik a Csoportos biztosítási keretszerződés megszűnésének a napján 24.00 órakor vagy a Csoportos Biztosítási szerződés megszűnésének a napján 24.00 órakor. A Csoportos Biztosítási szerződés megszűnése esetén a Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a biztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselésének megszűnéséről. A biztosítási szerződés megszűnése a megszűnés előtt bejelentett ellátások megszervezését és kifizetését nem érinti.

7.2. A Biztosító kockázatviselése megszűnik adott Biztosítottra vonatkozóan az alábbi esetekben:

7.2.1.a Biztosított halála esetén,

7.2.2. azon biztosítási év utolsó napjának 24. órájával, amelyben a Biztosított 70. életévét betöltötte,

7.2.3. amennyiben a Társzerződő Szerződővel fennálló bankszámlaszerződésre vonatkozó jogviszonya megszűnik, a díjjal fedezett hónap utolsó napjának 24.00 órakor.

7.2.4. amennyiben a Társzerződő a biztosítási díj esedékességét követő 60. nap 24.00 óráig a Szerződő részére a Szerződő által áthárított biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosítási díj esedékességét követő 61. nap 00.00-kor,

8. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

8.1. A Szerződő, Társzerződő joga és kötelezettsége (közlési kötelezettség)

8.1.1. A Szerződő, Társzerződő és a Biztosított a szerződés létrejöttékor köteles a kockázat elvállalása szempontjából minden lényeges körülményt közölni a Biztosítóval, illetve a biztosítás tartama alatt a szerződésben meghatározott lényeges körülmények tekintetében változás-bejelentési kötelezettséggel tartozik. A Társzerződőnek a Biztosítottakra vonatkozó változás-bejelentést a Szerződőnél kell megtennie.

8.2. A Biztosító joga és kötelezettsége

8.2.1. A közlési kötelezettség vagy a változás bejelentési kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig, illetve a változás bejelentési határidő leteltét követő naptól 5 év eltelt.

8.2.2. A Biztosító kárrendezési szerveivel szemben a Biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel.

9. A biztosítási díj

9.1. A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melynek megfizetésére a Társzerződő köteles. A Szerződő az általa megfizetett

díjat áthárítja a Társszerződőre. A Társszerződő köteles a továbbhárított biztosítási díjat megfizetni.

- 9.2. A biztosítás havi díjfizetésű, a Társszerződő a rá áthárított biztosítási díjat előre fizeti meg.
- 9.3. A Társszerződő által az áthárított biztosítási díj megfizetése oly módon történik, hogy a Szerződő havonta megterheli a Társszerződő Szerződőnél vezetett bankszámláját az esedékes biztosítási díj összegével. A biztosítási díj áthárításának napja (bankszámla megterhelésének napja): minden hónap 2. vagy 3. munkanapja.

10. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki:

- 10.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményben vagy más háborús cselekményben valamely fél mellett történő aktív részvétellel vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határvillongás, 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, kémkedésrombolás.
- 10.2. 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.
- 10.3. 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.
- 10.4. Nem térít a Biztosító olyan esetekben sem, amely esetekben a gyógykezelés során nem tartották be az orvos szakmai előírásokat, és ezen ismételt műtétekre, kezelésekre emiatt került sor, illetve a jelen szerződésben meghatározott egyéb biztosítási esemény következett be az orvos szakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba).
- 10.5. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
- 10.5.1. a terhesség ideje alatt és a szülés, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeivel abban az esetben, ha a fogamzás a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt történt (a fogamzás időpontja alatt a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni);

- 10.5.2. az egészségügyi ellátás, az orvosi ellátás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt létrejött egészségkárosodással;
- 10.5.3. olyan orvosi beavatkozással, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés.
- 10.6. A Biztosító nem szervezi meg az egészségügyi ellátást, és annak költségét nem téríti meg az alábbi esetekben:**
- 10.6.1. az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény esetén, kivéve a járóbeteg ellátást ,
- 10.6.2. amennyiben az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét,
- 10.6.3. amennyiben az orvosi képkalkotó diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított javaslatot / beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat,
- 10.6.4. ha az ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt.
- 10.7. A Biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben az ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor:**
- 10.7.1. sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából,
- 10.7.2. az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység miatt,
- 10.7.3. katasztrófa miatti ellátás,
- 10.7.4. járványügyi érdekből végzett ellátásokkal kapcsolatban,
- 10.7.5. tudógyógyászati gondozás,
- 10.7.6. addiktológiai gondozás,
- 10.7.7. alkohológiai gondozás,
- 10.7.8. drogbeteg-ellátás, gondozás,
- 10.7.9. foglalkozás-egészségügyi szakellátás,
- 10.7.10. akupunktúrás kezelés,
- 10.7.11. fogászati szakellátás,
- 10.7.12. lézeres körömgomba-eltávolítás,
- 10.7.13. lézeres látásjavító műtétek,
- 10.7.14. szemlencse beültetés,
- 10.7.15. geriátriai kezelés, gondozás,
- 10.7.16. dialízis kezelés,
- 10.7.17. digitális dermatoscopia,
- 10.7.18. visszér betegség injekciós kezelése (scleroterápia),
- 10.7.19. bármilyen visszérműtét,
- 10.7.20. nemibeteg gondozás,
- 10.7.21. a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok,
- 10.7.22. pszichiátriai kezelés,
- 10.7.23. gyógypedagógiai kezelés,
- 10.7.24. fizio- és mozgásterápiás kezelés,
- 10.7.25. intenzív betegellátás,
- 10.7.26. klinikai onkológiai gondozás
- 10.7.27. HIV-betegek gondozása,
- 10.7.28. Hepatitis C betegek gondozása,

- 10.7.29. aneszteziológiai ellátás,
10.7.30. krónikus betegségek gondozása.
- 10.8. Az alábbi ellátásokra nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése a Járóbeteg-szakellátás és az Orvosi képzőképző diagnosztika biztosítási események kapcsán:**
- 10.8.1. a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatban, melyen a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket kell érteni,
10.8.2. terhesség ideje alatt a biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálathoz tartozó, a hatályos orvos szakmai protokoll által előírt ultrahang vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig. A Biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a 3D, 4D és 5D ultrahang vizsgálatokra (ún. „babamozi”).
- 10.9. A Biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben az Egynapos sebészeti ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor:**
- 10.9.1. Sterilisatio laparoscopica feminae
10.9.2. Sterilisatio laparoscopia kapocccsal
10.9.3. Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel
10.9.4. Sterilisatio laparoscopia monopol. Elektródával
10.9.5. Sterilisatio laparoscopia bipol. Elektródával
10.9.6. Extrauterin graviditas laparoscopos műtéte
10.9.7. Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából
10.9.8. Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel
10.9.9. Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel
10.9.10. Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal
10.9.11. Interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal
10.9.12. Interruptio laminaria tágitással
10.9.13. Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése
10.9.14. Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások
10.9.15. Művi megtermékenyítés
10.9.16. Szépsészeti okból végzett plasztikai műtetek.
- 11. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól**
- 11.1. A Biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól abban az esetben, ha a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenesen súlyosan gondatlanul okozta
- 11.2. A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha:
- 11.2.1. a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetleg a Biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltságával okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt,
11.2.2. 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.
- 11.3. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha:
- 11.3.1. biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított öngyilkossági kísérletével, még akkor is, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be,

- 11.3.2. a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben jön létre.
- 11.4. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy:
- 11.4.1. a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítási esemény előtt már ismerte vagy
- 11.4.2. az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- 11.4.3. Azt, hogy valamelyik fennáll, annak kell bizonyítani, aki erre hivatkozik.

12. A Biztosító szolgáltatása

12.1. Járóbeteg-szakellátás

Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkező váratlan betegsége miatt szükségessé váló egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg-szakellátás vagy házivizit keretén belül valósul meg, amennyiben az orvosilag indokolt és szükséges. A Biztosító kockázatviselése kiterjed az igénybe vett járóbeteg szakellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírására is.

12.2. Egynapos sebészeti ellátás

Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélkül bekövetkezett betegsége miatt szükségessé váló olyan tervezhető, tervezett műtéti beavatkozása, a jelen feltételek 2.17 pontjában meghatározott Egynapos sebészeti ellátás keretében elvégezhető.

12.3. Orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálatok

Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a további gyógyulásához szükségessé váló, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, melyre a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkezett, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegsége miatt van szükség. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy a Biztosított a szakorvostól beutalóval vagy orvosi javaslatral rendelkezzen ezen vizsgálatok elvégzésére.

12.3.1.1. PET-CT (pozitron-emissziós tomográfias diagnosztika)

A Biztosított olyan betegsége miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban rosszindulatú daganatos megbetegedések, szívbetegségek és különböző központi idegrendszeri megbetegedések korai felismerésére, valamint az alkalmazott terápiák meghatározására és eredményességének követésére szolgál.

12.3.1.2. Cardio-CT (tomográfias diagnosztika)

A Biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely alkalmas arra, hogy kimutasson olyan megbetegedéseket is és azok eredetét, melyeket a kardiológiai vizsgálatok (pl. terheléses EKG) nem mutatják ki

egyértelműen. Főként a koszorúerek megbetegedéseinek feltárásában jelentős a szerepe.

12.3.1.3. MR (mágneses rezonancia diagnosztika)

A Biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban a koponya, a gerinc, az ízületek, a hasi és kismedencei szervek, valamint az erek és a szív betegségeinek diagnosztikáját segítik elő.

12.3.1.4. CT (computer tomográf – számítógépes rétegvétel diagnosztika)

A Biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret, struktúra, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy térbeli részletességgel.

12.4. Szűrővizsgálat

A Biztosító a Biztosított egészségi állapotának felmérése céljából a biztosítási csomagnak megfelelő szűrővizsgálatok elvégzését szervezi meg és viseli ezek költségét. A választott szűrőcsomag vizsgálatai biztosítási évente egy alkalommal vehetők igénybe.

Közepes szűrővizsgálati csomag

- belgyógyászati szakorvosi vizsgálat
- nyugalmi EKG
- laboratóriumi vizsgálatok: teljes vérkép, vércukor, koleszterin, triglicerid, teljes vizeletvizsgálat és üledék.

Személyre szabott szűrővizsgálati csomag

- Belgyógyászati szakorvosi vizsgálat
- Nyugalmi EKG
- Hasi és kismedencei áttekintő ultrahang vizsgálat
- Mellkas röntgen (egyirányú)
- Laboratóriumi vizsgálatok: teljes vérkép, vércukor, koleszterin, LDL-koleszterin, HDL-koleszterin, triglicerid, GPT, GOT, GGT, bilirubin, húgysav, kreatinin, karbamid, kálium, nátrium, teljes vizeletvizsgálat és üledék
- Nőgyógyászati szűrővizsgálat
- Urológiai szűrővizsgálat
- Fogászati szűrővizsgálat (csak Budapesten, tartalma: orvosi vizsgálat, kezelési terv, panoráma röntgen)

Az ellátásszervezőnek szűrővizsgálat megszervezésére rendelkezésre álló határideje öt (5) munkanap, amely a következőképpen értendő:

- **Az ellátásszervező a szűrővizsgálati csomag esetében, de legalább egy elemére vonatkozóan 5 munkanapon belül tájékoztatja a Biztosítottat telefonon, vagy írásban a vizsgálat helyszínéről és időpontjáról,** valamint a szervezés alatt lévő vizsgálatokra vonatkozóan.
- Az ellátásszervező törekszik arra, hogy a szűrővizsgálati csomagban felsorolt vizsgálatokat minél kevesebb időpontban, minél kevesebb helyszínen szervezze le.
- Szűrővizsgálat az ellátásszervező által felajánlott szolgáltatónál vehető igénybe.

12.5. Biztosítási szolgáltatás igénylése

- 12.5.1. A biztosítási szolgáltatások valamelyikének igénylésekor ellátási igényét a Biztosított telefonon bejelenti az ellátásszervezőnek, aki munkanapokon áll rendelkezésre, és a bejelentést követő öt (5) munkanapon belül megszervezi az első ellátást, vizsgálatot a Biztosított és az orvos között.
- 12.5.2. Amennyiben az orvos ezt követően további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban veheti igénybe a Biztosított, amennyiben az ellátást az ellátásszervező is indokoltnak ítéli és a Biztosított még nem használta el az adott kockázatra vonatkozó éves limitjét.
- 12.5.3. A telefonbeszélgetések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.
- 12.5.4. Az ellátásszervező rendelkezésére álló határidő az időpontok lefoglalására és a biztosított erre vonatkozó tájékoztatására vonatkozik, az ellátás lebonyolítására nem.
- 12.5.5. Az ellátásszervező számára szűrővizsgálat szervezésére rendelkezésére álló határideje öt (5) munkanap a jelen feltételek 12.4. pontjában leírtak szerint.
- 12.5.6. Szűrővizsgálatot kizárólag az ellátásszervező által felajánlott szolgáltatónál lehet igénybe venni. Az ellátásszervező nem tudja garantálni, hogy a szűrővizsgálati csomag valamennyi vizsgálata egy időpontban, illetve egy helyszínen fog megtörténni.
- 12.5.7. **A már egyeztetett időpontot a Biztosított csak egyszer módosíthatja, illetve mondhatja le, legkésőbb a vizsgálat időpontját megelőző 24. óráig. Amennyiben a lemondás avagy időpont módosítás 24 órán belül történik, vagy a Biztosított adott időben a vizsgálaton nem jelenik meg, úgy a Biztosító a vizsgálat árának 50%-át a Biztosított éves keretéből levonja továbbá ugyanezen vizsgálat ismételt megszervezése legkorábban 3 hónap elteltével kérhető.**
- 12.5.8. Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit teljes egészében – a rendelkezésre álló éves limit erejéig – megtéríti a Biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak az Egészségügyi dokumentáció hiánytalan beérkezését követően.
- 12.5.9. Amennyiben a Biztosított az adott ellátásra vonatkozó éves limitjének 90%-át már felhasználta, a Biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, a Biztosító nevére kiállított számla ellenében téríti meg a Biztosított részére az éves limit erejéig bankszámlára történő átutalás útján 15 napon belül a Biztosított részére az éves limit erejéig.
- 12.5.10. Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató esetében a Biztosító az ellátásszervező előzetes engedélye alapján és az általa meghatározott összeg erejéig téríti meg az ellátás költségeit a Biztosítottnak utólag, számla ellenében, a számla beérkezését követő 15 napon belül.
- 12.5.11. Az ellátásszervező igény esetén tájékoztatja a Biztosítottat az adott ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésére álló összegekről a biztosítási szolgáltatás igénylésének bejelentkezéskor.

12.6. A Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 12.6.1. A teljesítés feltétele, hogy a Társszerződő részéről a biztosítási díj megfizetésre kerüljön.
- 12.6.2. A Biztosítónak az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltató részére történő teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, 2. 11. pontnak

megfelelő tartalmú, a Biztosított ellátására vonatkozó Egészségügyi dokumentáció, melyet a szolgáltató küld meg az ellátásszervező részére.

- 12.6.3. Ha Biztosított az éves limitjének 90%-át már felhasználta vagy ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe az ellátást a Biztosító teljesítéséhez a Biztosító nevére kiállított eredeti számla szükséges.

12.7. Egyéb szolgáltatások

12.7.1. Második orvosi vélemény

- 12.7.1.1. A Második orvosi vélemény alatt 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.

- 12.7.1.2. A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza:

- 12.7.1.3. A szolgáltatás hozzáférést jelent nemzetközileg elismert, nagy szakmai tapasztalattal rendelkező orvos szakértők szaktudásához. A szolgáltatás lényege, hogy az ellátásszervező kiválasztja az adott egészségügyi probléma kezelésében kiemelkedően nagy tapasztalattal bíró szakorvost, aki a Biztosított által rendelkezésre bocsátott egészségügyi dokumentáció alapján elkészíti távszakvéleményét.

Az ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki végigkalkulálja a Biztosítottat a folyamaton: egyeztetni a megválaszolandó kérdések körét, elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat és szükség esetén kapcsolatot tart a Biztosítottal és kezelőorvosával.

- 12.7.1.4. A jelen feltételekben ismertetett második orvosi véleményt az ellátásszervező az alábbi betegségek esetén nyújtja:
- a) az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);
 - b) szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;
 - c) szervátültetések;
 - d) neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát
 - e) veleszületett betegségek és rendellenességek;
 - f) az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;
 - g) a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;
 - h) az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

- 12.7.1.5. **A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.**

- 12.7.2. **Orvosi call center igénybevétele**

- 12.7.2.1. A Biztosító a jelen feltételek alapján a biztosított számára egészségügyi szolgáltató és ellátásszervező (továbbiakban: szolgáltató) 24 órás egészségügyi információs szolgálatot nyújt.
- 12.7.2.2. A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon, laikusoknak szóló, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak a Biztosítottaknak. Az egészségügyi információs központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:
- egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,
 - tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
 - tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről,
 - tájékoztatás ügyeleti gyógyszertárakról,
 - tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
- 12.7.2.3. A 24 órás szolgáltatást a Biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, az év minden napján, a nap 24 órájában veheti igénybe. 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. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a Biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.

13. Az ellátásszervező felelőssége

- 13.1. Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában. Ezen mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt. Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket ismételt, 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. Úgyszintén 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. Az ellátásszervező jogosult azon panaszokat, kifogásokat megválaszolni a Biztosítottaknak, amelyek az ellátás megszervezésével kapcsolatban felmerülnek Biztosítóval kötött megállapodása alapján.
- 13.2. Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége az adott időpontban a biztosított kezelőorvosa által orvosilag indokoltnak tartott olyan esetekre és a vonatkozó ellátási igény elbírálására, amelyek nem tartoznak a biztosító fedezeti körébe. Ebben az esetben a biztosított felelőssége, hogy igénybe vegye a TB szabályai szerinti egészségügyi ellátást.
- 13.3. Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége a szolgáltatók által végzett konkrét szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.

- 13.4.** A Biztosító ellátásszervező és egészségügyi szolgáltató partnere jelen biztosítási szerződés vonatkozásában: Advance Medical Hungary Kft.

14. Szolgáltatási limit

- 14.1.** A Biztosító biztosítási csomagonként éves szolgáltatási limitet határoz meg, melynek mértékét a CIB Egészségőr és Hope Plusz biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek és biztosítási díjak fejezet tartalmazza.

15. Adatkezelés, biztosítási titok

Az adatkezelés célhoz kötött, azaz a biztosító csak azokat a személyes és biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosult kezelni, amelyek a biztosítás létrejöttével, nyilvántartásával, a biztosítási szolgáltatással összefüggenek. A személyes adatok kezeléséről a közös adatkezelésre vonatkozó adatkezelési tájékoztató szolgáltató információkat.

- 15.1.** A Szerződő és a Biztosító megállapodnak abban, hogy a jelen Csoportos Biztosítás teljesítése során a Szerződő, illetve a Biztosító vagy munkatársaik, banki megbízottak és megbízottaik tudomására jutott valamennyi információ és adat biztosítási, bank- és üzleti titkot képeznek.
- 15.2.** A Szerződő és a Biztosító rögzítik, hogy Csoportos Biztosítás Biztosítottjai és Kedvezményezettjei személyes adatainak az ügyfelek biztosítási védelmével összefüggő kezelése vonatkozásában közös adatkezelőknek minősülnek.
- 15.3.** A Szerződő és a Biztosító adatkezelés tárgyában kötött megállapodását jelen biztosítási feltételek mellékletét képezi.
- 15.4.** A Szerződő és a Biztosító a személyes adatokat bizalmasan és a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően kezelik, és megtesznek minden olyan biztonsági, technikai és szervezési intézkedést, amely az adatok biztonságát garantálja, ideértve azon intézkedéseket is, amelyek megakadályozzák különösen, de nem kizárólagosan az adatok elvesztését, megsemmisülését, jogosulatlan megszerzését.
- 15.5.** A Szerződő és a Biztosító kijelentik és szavatolják, hogy a jelen Csoportos Biztosításban meghatározott tevékenységük során végzett adatkezelésük összhangban van az adatvédelemmel kapcsolatos mindenkor hatályos, így különösen az alábbi jogszabályokkal:
- 15.6.** Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendeletét (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről ("Általános Adatvédelmi Rendelet").
- az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény;
 - a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény;
 - az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. törvény;
 - a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény vonatkozó rendelkezéseivel.
- 15.7.** A Szerződő és a Biztosító megállapodnak abban, hogy az Általános Adatvédelmi Rendelet rendelkezései minden Biztosított és Kedvezményezett vonatkozásában alkalmazandó.

- 15.8.** A Szerződő és a Biztosító vállalják, hogy minden szükséges intézkedést megtesznek a Biztosítottak és Kedvezményezettek személyes adatai kezelésének biztonsága érdekében.
- 15.9.** A titoktartási kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítót időbeli korlátozás nélkül terheli. Az üzleti titoknak minősített információkat kizárólag azok a titoktartási kötelezettség alatt álló munkavállalók, megbízottjaik ismertethetik meg, akiknek ezen információk ismerete munkaköri kötelezettségük körébe tartozik, illetve ha az adatok általuk történő megismerése a Biztosítóval szemben szerződésben vállalt kötelezettség teljesítése érdekében szükséges.
- 15.10.** A Szerződő és a Biztosító kötelesek a jelen Csoportos Biztosítással kapcsolatban keletkezett, biztosítási titkot tartalmazó dokumentumokat a mindenkor hatályos jogszabályok szerint megőrizni.
- 15.11.** A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat a jelen feltételekhez csatolt Közös adatkezelésre vonatkozó adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a CIB Bank honlapján elérhető. A Biztosító további adatkezelési műveleteiről, a biztosítási titokkal kapcsolatos további információkról, a Biztosító adatfeldolgozóiról a Biztosító a www.union.hu/adatvedelem adatkezelési aloldalán tájékozódhat.
- 15.12.** Az ügyfél adatait kizárólag a Biztosító é a Szerződő erre feljogosított munkatársai, megbízott biztosításközvetítői, illetve a Biztosító és a Szerződő részére külön szerződés keretében adatfeldolgozási- vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a Biztosító illetve a Szerződő által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges. A Biztosító és a Szerződő kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.
- 15.13.** A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit. szerint biztosítási titokként kezelni. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó – a Biztosító rendelkezésére álló adat, mely a Biztosító egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- 15.14.** A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másképp nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 15.15.** Amennyiben kiszervezett tevékenység keretében a Biztosító az ügyfeleinek személyes adatát is továbbítja a kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a Biztosító adatfeldolgozójának minősül és titoktartási kötelezettség terheli. Adatfeldolgozási tevékenységet kizárólag erre irányuló megbízási szerződés alapján, kiszervezett tevékenység keretében jogosultak harmadik személyek végezni.
- 15.16.** A Biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján továbbíthatja harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.
- 15.17.** A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a 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 kezelt alábbiakban részletezett adatok vonatkozásában:

a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatok;

- b) a biztosított személy adatfelvételtől, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok;
- c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi élet-, baleset-, betegségbiztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és
- e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.

A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a Bit-ben meghatározott időpontig kezelheti. A biztosító a fentiek szerinti megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az érintett ügyfelet évente legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél sérelmére az Info tv-ben szabályozott módon tájékoztatja.

16. Jognyilatkozatok

- 16.1.** A Biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a Szerződőnek. Társszerződőnek illetve a szolgáltatási igény bejelentése esetén a Biztosítottaknak az általuk megadott, és a Biztosító által ismert utolsó értesítési címre.
- 16.2.** A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. Kivétel ez alól az adatkezeléssel kapcsolatos érintetti megkeresések. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a Biztosítóhoz megérkezett.

17. Elévülés

- 17.1.** A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított egy év elteltével évül el.

18. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve

- 18.1.** A Biztosító és a Szerződő kapcsolattartása, valamint a Biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

19. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok

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

20. Vitás kérdések rendezése

- 20.1.** A Szerződőnek, Társszerződőnek, Biztosítottaknak és a Biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a feltétel keretében vagy a feltétellel 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.

20.2. A Biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a Biztosító részére kell bejelenteni:

a) írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségen:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

(1082 Budapest, Baross u. 1.

tel.: (+36-1) 486-4343)

b) személyesen az alábbi címen:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Központi Ügyfélszolgálati Iroda

(1134 Budapest, Váci út 33.)

Az ellátásszervezéssel kapcsolatos panaszokat a Biztosított az ellátásszervező részére közvetlenül e-mailben is eljuttathatja és telefonon is megteheti.

20.3. A Biztosító a szerződéskötést, csatlakozást követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közlésezi.

20.4. Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a Szerződőhöz érkezik be, a Szerződő a Biztosítottakat a Biztosítóhoz irányítja, illetve a szóban tett panaszról készített jegyzőkönyvet vagy az írásban előterjesztett panaszt pedig továbbítja a Biztosítóhoz.

20.5. A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.

20.6. A Biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank
(1054 Budapest, Szabadság tér 8-9; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)

20.7. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

20.7.1. Amennyiben a Fogyasztó a biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy

a) 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; helyi tarifával hívható kék szám: (+36-80) 203-776; web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mn.hu);

b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi

Békkeltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172; Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. Telefon: (+36-80) 203-776; e-mail: pbt@mn.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

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

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

21.1.1. **A CIB Egészségőr Biztosítási Feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:**

21.1.1.1. a Biztosított nem jogosult a szerződésbe belépni,

21.1.1.2. a szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított egy év elteltével évül el. (17. pont)

22. Egyebek

22.1. A tényleges egészségügyi ellátást a 2.15. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a Biztosító tartozik helytállni.

22.2. 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.

22.3. A Biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést 2017. évtől a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján ([www. unionbiztosito.hu](http://www.unionbiztosito.hu)) teszi közzé.

23. A biztosítási feltétel módosítása

23.1. A Biztosító és a Szerződő, Társzerződő közös megegyezéssel írásbeli megállapodásban jogosultak a Biztosítási Feltételt módosítani.

23.2. A Társzerződő a Biztosítási Feltétel módosításáról köteles a Biztosítottakat tartós adathordozón és hirdetményi úton a módosítás hatályba lépése előtt, kedvezőtlen módosítás esetében legalább 30 nappal, kedvező vagy nem kedvezőtlen módosítás esetében a hatályba lépés előtt értesíteni.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

III. CIB Egészségőr biztosítás kiegészítéseként választható Hope Plusz kiegészítő biztosítási csomagra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek

A Hope Plusz kiegészítő biztosítást a biztosított a CIB Egészségőr csoportos biztosítás alapsomagjai kiegészítéseként választhatja. Jelen feltételek tartalmazzák a CIB Egészségőr biztosítás alapsomagjai mellé kiegészítő biztosításként választható Hope Plusz kiegészítő biztosítás feltételeit. Jelen biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a CIB Egészségőr Biztosítási Feltételek lakossági bankszámlához feltételek az irányadók.

1. A biztosított

- 1.1. Az a természetes személy, aki a CIB Egészségőr csoportos biztosítás biztosítottjaként szerepel és a adatainak Társzerződő részére történő átadásakor az életkora a 18. évet elérte, de nem haladta meg a 65. évet.
- 1.2. Nem lehet biztosított olyan személy, akinél a kockázatviselés kezdetét megelőzően bármikor már rosszindulatú daganatot diagnosztizáltak.
- 1.3. Egy biztosítottra csak egy rosszindulatú daganatos betegség bekövetkezésére szóló, havi járadékfizetési szolgáltatást tartalmazó kiegészítő biztosítás köthető.
- 1.4. Amennyiben szolgáltatási igény bejelentésekor derül ki, hogy a biztosítottal nem választhatta volna ezt a biztosítást, a biztosító visszafizeti a szerződőnek a kiegészítő biztosításra befizett díj 100%-át, melyet szerződő köteles a tárbiztosított részére visszafizetni.
- 1.5. A kiegészítő biztosítás megszűnik a 18 havi biztosítási járadékszolgáltatás kifizetésével, és a járadékfizetés megkezdését követően a biztosító már nem áll kockázatban.

2. A biztosítás megszűnése

- 2.1. A kockázatviselés megszűnik a CIB Egészségőr Biztosítási Feltételekben foglaltakon túlmenően:
 - 2.1.1. a biztosított 70. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján,
 - 2.1.2. a CIB Egészségőr biztosításra vonatkozó kockázatviselés megszűnése esetén azzal egyidejűleg,
 - 2.1.3. a biztosítási szolgáltatás teljesítésével.
- 2.2. Az 2.1.3. pontban foglalt esetben ugyanilyen biztosítási eseményre szóló biztosítás újra nem köthető.

3. A biztosítás díja

- 3.1. A biztosítás díja a CIB Egészségőr díjával együtt fizetendő.

4. A biztosítási esemény

- 4.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkezett rákos megbetegedése (rosszindulatú daganata) és az arra irányuló, a jelen feltétel 4.5. pontjában meghatározott kezelések megkezdése.
- 4.2. **Jelen feltételek szerint kizárólag a kockázatviselési tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett megbetegedés minősül biztosítási eseménynek.**
- 4.3. Rosszindulatú daganat, amelyet a sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, a szövetek megtámadása és áttétképződés jellemez.
- 4.4. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a betegség diagnosztizálásának a kezelőorvos által igazolt időpontja, a szövettani lelet és a megbetegedés nemzetközi tumor csoportba (TNM) sorolása és/vagy az onko-team véleményének dokumentációja alapján.
- 4.5. Jelen feltétel alkalmazásában kezelésnek minősül a hagyományos, szakmailag elismert kezelési módszerek, eljárások és protokollok (sebészi, gyógyszeres, kemoterápia, sugár, biológiai vagy immunterápia) alkalmazása és követése.

5. Kizárt kockázatok

- 5.1. A CIB Egészségőr Biztosítási Feltételekben foglaltakon túlmenően nem biztosítási esemény:
- 5.1.1. minden jóindulatú tumor, amelyet a nemzetközi protokoll annak nevez,
- 5.1.2. Kaposi-szarkóma és más daganatok egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés vagy AIDS megbetegedés esetén illetve emberi immunrendszer megbetegedését okozó vírus jelenlétében meglévő daganatok,
- 5.1.3. amennyiben a diagnosztikai vizsgálatok a szerződés kezdetét megelőzően kezdődtek meg.

6. A biztosító szolgáltatása

- 6.1. Amennyiben a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt rosszindulatú daganatos betegséget diagnosztizálnak, a biztosító kifizeti a biztosítottra vonatkozó, egyszeri biztosítási összeget, melyet a CIB Egészségőr és Hope Plusz biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek című fejezet tartalmaz.
- 6.2. Amennyiben megkezdődik a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált rosszindulatú daganatos betegsége irányuló, a 4.5. pontnak megfelelő kezelések valamelyike, a biztosító teljesíti a biztosítottra vonatkozó havi járadékfizetését 18 hónapon keresztül – a kezelés tartamától függetlenül –, de legfeljebb a biztosított haláláig.
- 6.3. Az első havi járadék kifizetése a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok beérkezését követő 15 napon belül kerül sor. A további járadékot minden hónap 15. napjáig fizeti ki a biztosító a biztosítottnak.
- 6.4. Amennyiben a biztosított a járadékfizetés tartama alatt meghal, a biztosító a biztosított halálának hónapját követő hónaptól már nem teljesíti a járadékszolgáltatást.
- 6.5. A szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került.

7. A biztosító teljesítése

- 7.1. A szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a CIB Egészségőr Biztosítási Feltételekben megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a biztosítóhoz:
- 7.1.1. az egyszeri biztosítási összeg kifizetéséhez: az orvosi vizsgálatról szóló, részletes leírást és határozott diagnózist tartalmazó dokumentum (lelettel, zárójelentéssel, onko-team véleménye), amelynek tartalmaznia kell a daganatos betegség rosszindulatúságát igazoló diagnózist és a szövettani leletet vagy utóbbi hiányában a szöveti mintavétel nélkül végzett sebészi beavatkozásról, endoszkópos vagy képalkotó vizsgálatról szóló, az invazív daganatos terjedést egyértelműen kimutató leírást és diagnózist,
- 7.1.2. a havi járadék kifizetésének megkezdéséhez: az onkológus kezelőorvos kezelési tervének és az első kezelés megtörténtéről szóló orvosi dokumentumnak a másolatát,
- 7.1.3. a biztosított halála **esetén** a halotti anyakönyvi kivonat másolatát.

8. Értékkövetés

- 8.1. A Hope Plusz kiegészítő biztosítás nem indexálódik, azaz a biztosító a biztosítási díjat nem emeli egyoldalúan értékkövetés céljából..

9. Egyéb rendelkezések

- 9.1. A Hope Plusz kiegészítő biztosítás nem reaktiválható, azaz a megszűnését követően újra hatályba nem helyezhető.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

IV. CIB Egészségőr és Hope Plusz biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek

I. Alap biztosítási csomagok:

Standard csomagba foglalt szolgáltatások	Éves szolgáltatási limit
24 órás call center	korlátlan
Második orvosi vélemény	korlátlan
Orvosi képkövető diagnosztikai eljárások	250 000 Ft
Diagnosztikai és labordiagnosztikai vizsgálatok	50 000 Ft
Járóbeteg szakellátás (belgyógyászat, kardiológia, fül-orr-gégészet, ambuláns sebészet, szemészet, allergológia, bőrgyógyászat)	100 000 Ft
Egynapos sebészet	150 000 Ft

Optimum csomagba foglalt szolgáltatások	Éves szolgáltatási limit
24 órás call center	korlátlan
Második orvosi vélemény	korlátlan
Orvosi képkövető diagnosztikai eljárások	300 000 Ft
Járóbeteg szakellátás (a feltétel X. pontjában felsorolt kizárások kivételével minden szakrendelés*, diagnosztika és labordiagnosztika**)	300 000 Ft
Egynapos sebészet	300 000 Ft
Közepes szűrővizsgálati csomag:	évente egy alkalommal

*bőrgyógyászat legfeljebb évi 100 000 Ft-ig vehető igénybe

**laborvizsgálatok legfeljebb évi 75 000 Ft-ig vehetők igénybe

Prémium csomagba foglalt szolgáltatások	Éves szolgáltatási limit
24 órás call center	korlátlan
Második orvosi vélemény	korlátlan
Orvosi képkövető diagnosztikai eljárások	korlátlan
Járóbeteg szakellátás (minden szakrendelés*, diagnosztika és labordiagnosztika**)	korlátlan
Egynapos sebészet	korlátlan
Személyreszabott szűrővizsgálati csomag:	évente egy alkalommal

*bőrgyógyászat legfeljebb évi 100 000 Ft-ig vehető igénybe

**laborvizsgálatok legfeljebb évi 100 000 Ft-ig vehetők igénybe

II. Kiegészítő biztosítási csomagok

Kiegészítő Hope Plusz csomag bármelyik (A,B,C) alapsomag mellé:

Ezüst csomag	1 000 000 Ft egyszeri térítés / 50 000 Ft havi járadék
Arany csomag	3 000 000 Ft egyszeri térítés / 150 000 Ft havi járadék