

A **Posta Családi Biztosítás** Különös Szerződési Feltételek (KSZF) tartalmazzák a biztosításra vonatkozó speciális rendelkezéseket. Az ajánlat aláírásának időpontjában hatályos Baleset- és Betegségbiztosítás Általános Szerződési Feltételek (ÁSZF) és a jelen Különös Szerződési Feltételek (KSZF) együtt alkotják a **Posta Családi Biztosítás** szerződés feltételeit, azzal, hogy eltérés esetén a KSZF az irányadó.

1. Fogalmak

- 1.1. **Agyi érkatasztrófa:** az agyi érkatasztrófa olyan hirtelen fellépő idegrendszeri történés – agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embólia forrásból eredő agyi embólia –, amelynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak és a következménye maradandó idegrendszeri károsodás (érzékszervi, mozgásszervi) mely 60 nap után kimutatható és igazolható.
- 1.2. **Családi módozat: a biztosítási szerződés legalább egy, legfeljebb két nagykorú Biztosítottat** (egy Biztosított és egy Társbiztosított), illetve a Biztosított és Társbiztosított 1.8. pont szerinti Gyermekeit/unokáit foglalhatja magában.
- 1.3. **Egyéni módozat:** a biztosítási szerződés egy Biztosított személyre köthető.
- 1.4. **Koszorúérműtét:** a koszorúérműtét célja két vagy több koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetése. A műtét nyílt mellkasi beavatkozás során végezhető el.
- 1.5. **Orvosi asszisztencia szolgáltatás:** a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló érvényes hatósági engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató által a Biztosítottak, Társbiztosítottak és Gyermekek számára igénybe vehető, a szerződés mellékletét képező 7/24 órás orvosi asszisztencia szolgáltatás szerződési feltételeknek megfelelő egészségügyi szolgáltatások köre.
- 1.6. **Rosszindulatú daganat:** rosszindulatú daganat a rosszindulatú sejtek ellenőrizhetetlen növekedése és terjedése, a szövetek elburjánzása. A rosszindulatú daganat meghatározás magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin, Non-Hodgkin lymphoma és plazmasejtes myeloma) és a leukémiát is, a chronikus lymphoid leukemia kivételével.
- 1.7. **Szívinfarktus:** akut szívizomelhalás, szívroham. A vérkeringésnek egy, a szívizom körülírt részén történt elakadása következtében kialakult helyi szívizomelhalás.
- 1.8. **Gyermek:** jelen KSZF vonatkozásában gyermek a nagykorú Biztosított/Társbiztosított vérszerinti, vagy örökbefogadott 18 éven aluli (kiskorú) gyermeke, unokája.
- 1.9. **Biztosítottnak minősülő személy:**
 - ▶ Egyéni módozat: - **Biztosított** a szerződés megkötésekor 0-60 év közötti természetes személy
 - ▶ Családi módozat: - **Biztosított** a szerződés megkötésekor 18-60 év közötti természetes személy
 - **Társbiztosított** a szerződés megkötésekor 18-60 év közötti természetes személy
 - **Gyermek** a KSZF 1.8. pontja szerint.

2. Biztosítási csomag, biztosítási összegek

A biztosító négy biztosítási csomagot ajánl, melyek egyéni és családi módozatban kerülhetnek megkötésre. A biztosítási csomagokhoz és a módozatokhoz tartozó szolgáltatások a jelen KSZF 1. sz. mellékletében találhatóak.

3. Tartam

A biztosítási szerződés **kizárólag határozatlan tartamra köthető.**

4. A biztosítási szerződés alanyai

- 4.1. **Jelen biztosítás Családi módozat keretében köthető Társbiztosítottra is. Társbiztosítottként kizárólag a Biztosított egy háztartásban élő házastársa, élettársa jelölhető meg.**
- 4.2. **A biztosítás kockázatviselésének kezdetén a Biztosított egyéni módozat esetén 0-60 éves, családi módozat esetén 18-60 éves, míg a Társbiztosított 18-60 éves kor közötti személy lehet. A biztosító kockázatviselése a Biztosított/Társbiztosított 65 éves kor elérése esetén az évforduló napjáig, míg a szerződésben szereplő Gyermekekre a 18. életév betöltéséig áll fenn.**
- 4.3. **A haláleseti szolgáltatás kivételével a Kedvezményezett a biztosítási eseménnyel érintett Biztosított/Társbiztosított, a szerződésben szereplő Gyermek esetében a felügyeleti jogot gyakorló szülő.**
- 4.4. Ha a Szerződő és a Biztosított/Társbiztosított személye nem azonos, Haláleseti Kedvezményezettet a Biztosított vonatkozásában a Szerződő és a Biztosított, a Társbiztosított vonatkozásában a Szerződő és a Társbiztosított közös nyilatkozatával írásban lehet jelölni és módosítani.

5. Kockázatalbírálás, várakozási idő

- 5.1. **Jelen szerződés betegségből eredő műtétet és kritikus betegségre szóló fedezetet nyújtó csomagjai** (III., IV. csomagok) **tekintetében:**
 - ▶ **A csomagok akkor köthetőek, ha a Biztosított és az esetleges Társbiztosított egészségi nyilatkozatot tölt ki személyére és a szerződésben esetlegesen szereplő Gyermekek vonatkozásában.**

- ▶ **A várakozási idő a betegségbiztosítási eseményekre vonatkozóan 6 hónap.**

A várakozási idő alatt bekövetkező betegségbiztosítási eseményekre a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

- 5.2. **A biztosító a baleseti eredetű biztosítási események vonatkozásában várakozási időt nem köt ki.**

6. Biztosítási események

A biztosítási csomagok az alábbi biztosítási fedezetek kombinációjaként kerültek összeállításra:

Baleseti eredetű biztosítási események

Balesetbiztosítási szempontból biztosítási eseménynek minősül az a baleset (ÁSZF 1.1. pont), melynek eredményeképpen a Biztosítottnak minősülő személy olyan szakorvosi irattal igazolható, heveny módon bekövetkező anatómiai károsodást szenved, mellyel okozati összefüggésben valamely, jelen fejezetben meghatározott biztosítási esemény következik be.

- 6.1. **Baleseti halál** az ÁSZF 1.2. pontjában meghatározott biztosítási esemény.
- 6.2. **Baleseti eredetű rokkantság:** a Biztosítottnak minősülő személy egészsége balesetből adódóan bizonyítható módon a balesettől számított egy éven belül véglegesen 30%-ot elérő vagy azt meghaladó mértékben károsodott (rokkantság). Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a végleges rokkantsági határozat kiadásának napja.
- 6.3. **Baleseti eredetű csonttörés:** balesetből adódóan bekövetkezett csonttörés, ahol a külső mechanikai behatás következtében a csont folytonossága teljes keresztmetszetében megszakad. **Nem biztosítási esemény a csontrepedés, fogtörés, és fogpótlás.** Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a csonttörés napja.
- 6.4. **Baleseti eredetű kórházi fekvőbeteg-ellátás:** a Biztosítottnak minősülő személy balesete miatt 1 éven belül ok-okozati összefüggésben bekövetkezett, orvosilag indokolt, 3 napot meghaladó, legalább 24 órás kórházi fekvőbeteg-ellátása (ÁSZF 1.11.). **Nem minősül biztosítási eseménynek a rehabilitáció, a terhesség-megszakítás, vagy a fogamzásgátlás formái, a mesterséges megtermékenyítés, a gyógypedagógiai ellátás, a plasztikai műtétek és ápolások, természetgyógyászati kezelések, valamint a gyógytorna és a szerződés-kötéskor ismert betegségek és műtétek miatti kórházi kezelések.** Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fekvőbeteg ellátás negyedik napja.
- 6.5. **Baleseti eredetű műtét: jelen szerződés szerint baleseti eredetű az a műtét, mely ok-okozati összefüggésben áll a tartam alatt bekövetkező balesettel.** A részletes műtéti lista megtalálható a Biztosító honlapján. Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének a napja.
- 6.6. **Baleseti eredetű plasztikai műtét**
Biztosítási esemény, ha a Biztosítottnak minősülő személy baleset következtében olyan mértékben károsodik/deformálódik, hogy szakorvosi javaslatra a biztosítás kockázatviselése alatt kórházi rekonstrukciós műtét elvégzése válik szükségessé. **A jelen szerződési feltételek alapján csak az olyan plasztikai műtét minősül biztosítási eseménynek, amelyet a kockázatviselési idő alatt bekövetkezett balesetet követő 2 éven belül szakorvosi javaslatra végeztek el.** Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének a napja.
Nem biztosítási esemény a Biztosítottnak minősülő személy korábbi esztétikai célú plasztikai műtétet követő rekonstrukciós műtétje, valamint orvosi műhibából eredő rekonstrukciós műtét, illetve a kozmetikai jellegű műtétek.
- 6.7. **Baleseti égés**
Biztosítási esemény, ha a Biztosítottnak minősülő személy baleset következtében a legalább II. fokú égési sérülést szenved. Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

Betegséggel kapcsolatos biztosítási események

- 6.8. **Betegségből eredő műtét**
Jelen szerződés szerint betegségből eredő az a műtét, mely ok-okozati összefüggésben áll a tartam alatt diagnosztizált betegséggel. A részletes műtéti lista megtalálható a biztosító honlapján. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének napja.
- 6.9. **Kritikus betegséggel összefüggő biztosítási események**
Biztosítási eseménynek számít, ha a Biztosítottnak minősülő személy a biztosítási tartamon belül
- ▶ **rosszindulatú daganatos betegségben megbetegszik. Nem biztosítási esemény**
 - a körülírt, a környezetét nem elárasztó ún. lokális daganat (carcinoma in situ), a szövettanilag premalignus, korai stádiumú, non-invazív daganat (ide számítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 méhnyaki diszpláziákat),
 - korai stádiumú prosztatatarák (T1a, 1b, 1c),
 - bazálsejtes rák (basalioma), pikkelyes bőrrák (epithelioma), áttét nélküli melanoma, ha a tumor vastagsága 1,5 mm alatt van vagy a Clark osztályozás szerint a 3-as szint alatti,
 - HIV vírus jelenléte mellett kialakult malignus tumorok,
 - pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papilláris mikrocarcinómája,
 - húgyhólyag papilláris mikrocarcinómája,
 - RAI III stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus lymphoid leukémia.
- A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.
- ▶ **szívinfarktust szenved. A diagnózist a biztosító az alábbi kritériumok együttes fennállásánál tekinti megalapozottnak: típusos mellkasi fájdalom, friss és bizonyító EKG-eltérés, szívizom elhalására specifikus enzimek (kardiális) felszaporodása a vérben. Nem biztosítási esemény a nem ST-szakasz**

elevációval járó, emelkedett Troponin I vagy T-vel kísért szívinfarktus (NSTEMI) és a non-Q infarktus. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

- ▶ **agyi érkatasztrófát szenved. Nem biztosítási esemény a baleseti eredetű koponyán belüli vagy agyhártya alatti vérzés, illetve az átmeneti, maradandó tüneteket nem okozó agyi vérkeringési zavar (TIA), lacunaris stroke idegrendszeri jelek nélkül.** A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának a napja.
- ▶ **szívkoszorú érműtéten esik át. Nem biztosítási esemény a ballonkatéterrel végzett tágítás, illetve a koszorúér részleges vagy teljes elzáródásának lézeres kezelése.** A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének a kezelőorvos által igazolt napja.

Bármely diagnózis megállapítása csak akkor számít biztosítási eseménynek, ha a betegség első diagnosztizálása a biztosító kockázatviselésén belül történik, és a diagnózis megállapítását követően a Biztosított legalább 30 napig életben van.

7. Biztosítási szolgáltatások

7.1. **A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a Biztosítottnak/Társbiztosítottnak minősülő személy – kiskorú Biztosított esetében a törvényes képviselő –**

- ▶ **felhatalmazza a biztosítót, hogy a biztosítási szolgáltatás teljesítésével közvetlenül összefüggő egészségi állapotra vonatkozó adatokat beszeresse, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, továbbá**
- ▶ **felmentse az ezen adatokat nyilvántartó orvosokat, egészségi és társadalombiztosítási intézményeket a titoktartási kötelezettség alól.**

A biztosító a tudomására jutott adatokat az ÁSZF által megfogalmazott körben és módon biztosítási titokként kezeli.

7.2. **Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjáig a szerződés díjhátralékkal rendelkezik, a biztosító**

- ▶ **a biztosítási szolgáltatás összegéből a fennálló díjtartozást levonja, illetve**
- ▶ **amennyiben a biztosítási szolgáltatási összeg nem fedezi a hátralékos díj összegét, a biztosítási szolgáltatás kifizetése a hátralékos díj befizetését követően történik.**

Baleseti eredetű biztosítási szolgáltatások

7.3. **Amennyiben a baleseti esemény olyan testrészt érint, mely a szóban forgó baleseti eseményt megelőzően, vagy az után már másik, nem a jelen biztosítás hatálya alá eső baleset, ortopéd jellegű vagy egyéb természetű megbetegedés miatt károsodott, a biztosító arra a testrészt nem teljesít biztosítási szolgáltatást, és nem veszi figyelembe a rokkantság fokának megállapításánál.**

7.4. **Baleseti halál esetén**

A biztosító az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklet szerinti biztosítási összeget fizeti ki, melyből az ugyanazon balesetből eredő, korábban kifizetett baleseti eredetű rokkantsági szolgáltatást levonja.

7.5. **Baleseti eredetű rokkantság**

- ▶ **A biztosító a 30%-os, vagy azt meghaladó végleges egészségkárosodás (rokkantság) esetén az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklet szerinti biztosítási összeg egészségkárosodásnak megfelelő százalékát fizeti ki, a szolgáltatás teljesítésével az adott Biztosítottnak minősülő személy vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik.**
- ▶ A szolgáltatás mértékét az adott sérülésből, illetve az egyidejűleg elszenvedett többszörös sérülésből adódó végleges állapotot, valamint az állandósult funkcionális egészségkárosodás fokát a rokkantsági táblázat alapján határozza meg a biztosító. A rokkantság fokát az alábbi táblázat tartalmazza tájékoztató jelleggel. A táblázatban nem rögzített szervek, vagy testrészek elvesztése, funkciócsökkenése esetén a biztosító orvosszakértője állapítja meg a Biztosítottnak minősülő személy egészségkárosodásának mértékét.
- ▶ A baleset bekövetkezése utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Ha a biztosító szolgáltatási kötelezettsége egyértelműen megállapítást nyert, de a várható károsodási fok nem állapítható meg pontosan, a Biztosítottnak minősülő személy előlegként kérheti az abban az időpontban előrelátható károsodási fok szerinti összeg 20 százalékának kifizetését. Az előlegként kifizetett összeg nem haladhatja meg a baleseti halálkor esedékes biztosítási összeget.
- ▶ Amennyiben a végleges egészségkárosodás foka nem tisztázott egyértelműen, mind a Biztosítottnak minősülő személynek, mind a biztosítónak joga van a baleset napjától számított 2 évig évenként a rokkantság fokának újbóli megállapítását kérni. Ha az új felülvizsgálat magasabb rokkantsági fokot állapít meg, a biztosító ennek megfelelően térít.

Testrészek	Térítés
	Egészségkárosodás mértéke

Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Egyoldali felkar csonkolása	65%
Egyoldali comb csonkolása	60%
Minkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Agyszűződés utáni állapot, súlyos maradványtünetekkel és állandó ápolási igénnyel	100%
Nyaki, háti, ágyéki gerencvelő sérülése állandósult benuállással	70-100%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Hüvelykujj elvesztése	10%
Mutatóujj elvesztése	5%
Több ujj elvesztése, ujjanként	2%

7.6. **Baleseti eredetű csonttörés esetén** a biztosító **egy éven belül maximum három alkalommal** az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklete szerinti biztosítási összeget fizeti ki.

7.7. **Baleseti eredetű kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén (kórházi napidíj)**

- ▶ A biztosító **egy biztosítási éven belül a kórházi kezelés negyedik napjától** minden olyan kórházi napra kórházi napidíj térítést fizet, amelyen a Biztosítottnak minősülő személy baleset következtében kórházi ellátásban részesül. Egy kórházi nap az egybefüggően 24 órát kórházban töltött naptári nap.
- ▶ A biztosító az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklete szerinti biztosítási szolgáltatást (kórházi napidíj térítést) – a következő pont szerinti korlátozás figyelembevételével – annyszor teljesíti, ahányszor 3 napot (önrész) meghaladóan a Biztosítottnak minősülő személy **24 órát egybefüggően kórházban töltött**.
- ▶ A biztosító egy biztosítási éven belül **maximum 150 kórházi napra térít**.
- ▶ **A biztosító minden egyes kórházi tartózkodás kezdetekor újra számolja a biztosítási esemény bekövetkezésének napját (egybefüggő fekvőbeteg-ellátás negyedik napja).**

7.8. **Baleseti eredetű plasztikai műtét:**

A biztosító az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklet szerinti biztosítási összeget fizeti ki és a szolgáltatás teljesítésével az adott Biztosítottnak minősülő személy vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik.

7.9. **Baleseti égés**

- ▶ A biztosító a baleset következtében ok-okozati összefüggésben bekövetkező égési sérülésre szóló, az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklete szerinti biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő százalékát fizeti az alábbi táblázat szerint.

Fokozat	Testfelület			
	10-19%	20-49%	50-79%	80% felett
II. fokú	---	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100%	160%
IV. fokú	40%	80%	180%	200%

- ▶ Ha a Biztosítottnak minősülő személy egy biztosítási esemény következtében többféle fokozatú és/vagy kiterjedtségű égési sérülés éri, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét a Biztosítottnak minősülő személyt ért egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva és a legmagasabb fokú sérülés fokát figyelembe véve állapítja meg. Azonban **a biztosító által teljesített szolgáltatások értéke nem haladhatja meg az ajánlaton igényelt csomag és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklete szerinti biztosítási összeg 200%-át.**

Balesetből vagy betegségből eredő biztosítási eseményekre vonatkozó szolgáltatások

7.10. **Balesetből vagy betegségből eredő műtét**

Jelen biztosítási esemény esetén a biztosító szolgáltatása négy csoportra tagolódik

- ▶ nem térített műtétek
- ▶ kis műtétek, melyek esetében a Biztosító az ajánlaton igényelt csomag és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. mellékletében megadott biztosítási összeg 50%-át téríti,
- ▶ közepes műtétek, melyek esetében a Biztosító az ajánlaton igényelt csomag és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. mellékletében megadott biztosítási összeg 100%-át téríti
- ▶ nagy műtétek, melyek esetében a Biztosító az ajánlaton igényelt csomag és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. mellékletében megadott biztosítási összeg 200%-át téríti.

A maximális szolgáltatási összeg az ajánlaton igényelt csomag és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. mellékletében megadott **biztosítási összeg 200%-a**. A szolgáltatás 200%-os teljesítésével az adott Biztosítottnak minősülő személy vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik.

Betegséggel kapcsolatos biztosítási szolgáltatások

7.11. Kritikus betegség

- ▶ Kritikus betegség bekövetkezése esetén a biztosító az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklete szerinti biztosítási összeget fizeti ki a szolgáltatásra jogosult személynek és **a szolgáltatás teljesítésével az adott Biztosítottnak minősülő személy vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik**.
- ▶ **A biztosító kizárólag olyan leletet és diagnosztikai vizsgálati véleményt fogad el, amely dátummal ellátott és a felállított diagnózissal egyértelmű, egyenes összefüggésben áll.**
- ▶ **A biztosító kritikus betegség biztosítási esemény bekövetkezése esetén biztosítási szolgáltatást egyszer, az időben először bejelentett kritikus betegség diagnosztizálása esetén teljesít. Egy időben több betegség fellépése vagy a biztosítási szolgáltatás kifizetése után következő újabb megbetegedés esetén a biztosító további kifizetést – az egy eseménnyel kapcsolatos szolgáltatásán kívül – nem teljesít.**
- ▶ **A várakozási idő (5.1. pont) leteltét követően diagnosztizált kritikus betegségben történő megbetegedés esetén a biztosító csak egyszeresen térít az időben elsőként megkötött biztosítási szerződés ajánlatában rögzítettek szerint.**
- ▶ **A Biztosított, illetve Társbiztosított, mint a Gyermekek törvényes képviselője köteles az ÁSZF 13.2. pontjában foglaltakat lehetővé tenni.**

7.12. Étkezési hozzájárulás

Étkezési hozzájárulást szolgáltat a biztosító a kritikus betegség diagnosztizálása, valamint baleseti eredetű és betegségből eredő nagy műtét (7.10. pont) szerinti biztosítási események bekövetkezése esetén, a kórházi elbocsátást követő munkaképtelenség orvosi igazolt első, maximum 25 naptári napjára 1 000 Ft/nap összegben.

7.13. Orvosi asszisztencia szolgáltatás

A biztosító jelen biztosítás keretében a biztosítás teljes tartama alatt **7/24 órás orvosi call center** orvosi asszisztencia szolgáltatás nyújtását vállalja.

Az orvosi asszisztencia szolgáltatást a biztosító az orvosi asszisztencia partnerén keresztül nyújtja, a biztosítónak jogában áll az orvosi asszisztencia partnert egyoldalúan meghatározni és a biztosító egyoldalú döntésétől függően bármikor másik, azonos szolgáltatási szintet biztosító partnerre cserélni.

Az orvosi asszisztencia szolgáltatásra vonatkozó szabályokat a jelen szerződési feltételek 2. számú melléklete tartalmazza.

8. Biztosítási fedezetek és biztosítási szerződés megszűnése

8.1. Egyéni módozat

A biztosítási szerződés és ezzel együtt a biztosítási fedezet az ÁSZF-ben rögzítetteken túl megszűnik a Biztosított

- ▶ kritikus betegségben történő megbetegedésével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ balesetből vagy betegségből eredő műtétnél a biztosítási összeg 200%-os kifizetésével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ baleseti eredetű egészségkárosodása (rokkantsága) esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ baleseti eredetű plasztikai műtétével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ a 4.2. pontban rögzített kor elérésével.

8.2. Családi módozat

8.2.1. Betegségbiztosítási fedezetek megszűnése az egyes Biztosítottnak minősülő személyek vonatkozásában

A Biztosítottnak minősülő személy

- ▶ **kritikus betegséggel történő diagnosztizálása,**
- ▶ **illetve betegségből eredő műtété esetén**

a **betegségi fedezetek** a betegségből eredő biztosítási eseménnyel érintett személy vonatkozásában **megszűnnek**, és személyére vonatkozóan kizárólag a baleseti eredetű biztosítási fedezetek maradnak érvényben. A szerződés változatlanul érvényben marad változatlan díjjal a szerződésben szereplő többi Biztosítottnak minősülő személyre vonatkozóan.

8.2.2. Biztosítási szerződése megszűnése

A biztosítási szerződés és egyben a biztosítási fedezet az ÁSZF-ben rögzítetteken túl megszűnik

a. ha a szerződésben nem szerepel Társbiztosított, akkor a Biztosított

- ▶ Balesetből eredő műtéténél a biztosítási összeg 200%-os kifizetésével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,

- ▶ Baleseti eredetű egészségkárosodása (rokkantsága) esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
 - ▶ Baleseti eredetű plasztikai műtétével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
 - ▶ A 4.2. pontban rögzített kor elérésével.
- b. ha a szerződésben szerepel Társbiztosított, akkor a szerződésben szereplő utolsó nagykorú Biztosított vagy Társbiztosított**
- ▶ Balesetből eredő műtéténel a biztosítási összeg 200%-os kifizetésével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
 - ▶ Baleseti eredetű egészségkárosodása (rokkantsága) esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
 - ▶ Baleseti eredetű plasztikai műtétével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
 - ▶ A 4.2. pontban rögzített kor elérésével.

9. Biztosítási díj

A biztosítás **folymatos díjfizetésű**, a szerződés díja életkortól független és a tartam alatt változatlan. Az I. csomag havi rendszerességgel csak csoportos beszédési megbízással fizethető.

10. Reaktiválás

Jelen biztosítás nem reaktiválható.

11. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

Az ÁSZF-ben rögzítettek túl **kritikus betegség biztosítási esemény bekövetkezése esetén** a következő iratokat kell csatolni:

- ▶ rosszindulatú daganat előfordulása esetén: orvosi diagnózist, mely szövettani vizsgálaton alapul, és az ezt igazoló szövettani vizsgálat leírását,
- ▶ szívinfarktus esetén: típusos mellkasi fájdalom leírását a vele járó kísérő tünetekkel, akut transzmurális infarktusra jellemző EKG-eltérézések igazolását, a „kardiális” enzimek jellemző emelkedésének igazolását,
- ▶ agyi érkatasztrófa esetén: idegyógyász szakvéleményt, mely igazolja a 60 napon túl fennálló, maradandó idegrendszeri károsodást,
- ▶ koszorúérműtét esetén: a műtét előtt készített koszorúérfestés (coronarographia) leletét és a műtėti leírást
- ▶ Gyermekkel kapcsolatos biztosítási esemény esetén a felügyeleti jogot gyakorló részére történő kifizetés esetében a felügyeleti jogokat igazoló dokumentumok, illetve anyakönyvi kivonat(ok) másolata.

12. Kizárások

AZ ÁSZF-ben meghatározott kizárási eseteken túl a biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá

- ▶ **a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés kockázatviselése előtt fennállott betegségekkel, egészségi állapottal, illetve a kockázatviselés előtt bekövetkezett balesetekkel okozati összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre.**
- ▶ **a baleseti eredetű csonttörésre, ha csontbetegség (pl.: rosszindulatú csont- és porcdaganatok minden formája, illetve egyéb szervekből kiinduló daganat áttételeinek következtében létrejött patológiás csonttörés, csontvelőgyulladás (osteomyelitis), súlyos csonttrikulás (osteoporosis), csontlágylulás (osteomalacia)), illetve azok szövődménye közvetve vagy közvetlenül részben vagy egészében közrehatottak a biztosítási esemény bekövetkezésében.**
- ▶ **betegséggel kapcsolatos biztosítási fedezet nem terjed ki az olyan Biztosítottnak minősülő személyre, akinél a jelen biztosítási szerződés technikai kezdetét megelőzően, illetve a biztosítás várakozási ideje alatt**
 - **kritikus betegséget diagnosztizáltak, illetve**
 - **orvosi kivizsgálás kezdődött kritikus betegségre utaló vagy ezzel összefüggésben felmerülő tünetek miatt.**
- ▶ **betegséggel kapcsolatos biztosítási fedezet nem terjed ki az olyan kritikus betegségre, melynek diagnosztizálására a Biztosítottnak minősülő személy halálakor, illetve azt követően került sor.**

13. Egyéb rendelkezések

Egy Biztosított kizárólag egy III. vagy IV. csomagban szerepelhet – egyéni vagy családi módózatra tekintet nélkül – Biztosítottként. Amennyiben a Biztosított több III. vagy IV. csomagban szerepel, a biztosító a rá vonatkozó, időben elsőként létrejött szerződést tekinti érvényesnek, és

- ▶ **az időben később megkötött szerződésre befizetett díjak kamat nélkül kerülnek visszautalásra a befizetést teljesítő Szerződő részére, illetve**
- ▶ **ha a szerződés családi módózatként került megkötésre, és tartalmaz más személyt is Biztosítottként vagy Társbiztosítottként, úgy az időben később létrejött szerződés kizárólag az adott nagykorú Biztosított esetében érvénytelen, de a szerződés továbbra is érvényben marad a szerződésben szereplő többi Biztosítottnak minősülő személy vonatkozásában.**

1. számú melléklet: választható csomagok és módozatok

Érvényes: 2020. július 27-től

Biztosítási csomagok

Egyéni módozat

	I. csomag	II. csomag	III. csomag	IV. csomag
Baleseti halál	1 500 000	4 500 000	4 500 000	6 000 000
Baleseti rokkantság	1 500 000	4 500 000	4 500 000	6 000 000
Baleseti csonttörés		30 000	45 000	60 000
Baleseti kórházi napidíj térítés		3 000	4 500	6 000
Baleseti eredetű műtét	150 000	450 000	450 000	600 000
Betegségből eredő műtét			150 000	300 000
Kritikus betegség			1 500 000	3 000 000
Baleseti plasztikai műtét				600 000
Baleseti égés				600 000
7/24 órás Orvosi Call Center			Igen	Igen
Étkezési hozzájárulás (egy napra vonatkozóan)			1 000	1 000
Havi díj (Ft)*	990	1 990	2 990	4 990

Biztosítási csomagok

Családi módozat

	I. csomag	II. csomag	III. csomag	IV. csomag
Baleseti halál		1 500 000	1 500 000	2 000 000
Baleseti rokkantság		1 500 000	1 500 000	2 000 000
Baleseti csonttörés		10 000	15 000	20 000
Baleseti kórházi napidíj térítés		1 000	1 500	2 000
Baleseti eredetű műtét		150 000	150 000	200 000
Betegségből eredő műtét			50 000	100 000
Kritikus betegség			500 000	1 000 000
Baleseti plasztikai műtét				200 000
Baleseti égés				200 000
7/24 órás Orvosi Call Center			Igen	Igen
Étkezési hozzájárulás (egy napra vonatkozóan)			1 000	1 000
Havi díj (Ft)*		1 990	2 990	4 990

*A táblázat havi díjakat tartalmaz, melyekből a díjfizetési gyakoriság szerint a biztosító az alábbi kedvezményeket adja:

- ▶ **negyedéves díj** esetén a teljes negyedéves időszakra eső havi díj 2%-a, azaz a fizetendő negyedéves díj a **havi díj háromszorosa x 0,98**
- ▶ **féléves díj** esetén a teljes féléves időszakra eső havi díj 4%-a, azaz a fizetendő féléves díj a **havi díj hatszorosa x 0,96**
- ▶ **éves díj** esetén a teljes éves időszakra eső díj havi díj 6%-a, azaz a fizetendő éves díj a **havi díj tizenkétszerese x 0,94**.

Kifizetési költségek: 0 Ft

Kiegészítő biztosítások

Külön díj ellenében a **Képződiagnosztikára szóló kiegészítő és az Egynapos sebészetre szóló kiegészítő biztosítások** 250 000 Ft/fő/éves szolgáltatási limit erejéig szolgáltatnak.

Az egyéni módozathoz köthető kiegészítő biztosítások díja 1 000 Ft/hó, míg a családi módozathoz köthető kiegészítő biztosítások díja 2 000 Ft/hó.

2. számú melléklet – 7/24 órás Orvosi Call Center szolgáltatás biztosítási feltételek

A Magyar Posta Biztosító Zrt. a **Posta Családi Biztosítás** keretében a jelen feltételek 7.13. pontjában szabályozott 7/24 órás Orvosi Call Center szolgáltatást nyújtja.

A jelen szolgáltatás feltételei a **Posta Családi Biztosítás** KSZF 2. sz. mellékleteként a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik.

A jelen feltételek szerinti orvosi asszisztencia szolgáltatást kiszervezett tevékenység keretében a biztosító szerződött partnere, a **Teladoc Hungary Kft.**, mint az ezen feladat ellátásához szükséges engedéllyel, szakértelemmel és technikai felkészültséggel rendelkező gazdasági társaság (továbbiakban: „**Orvosi Szolgáltató**”) nyújtja.

Az 7/24 órás Orvosi Call Center szolgáltatás célja, hogy segítséget nyújtson az ÁSZF, illetve a KSZF szerinti Biztosítottnak minősülő személy (továbbiakban: „Biztosított”) balesetének, illetve megbetegedésének esetére, illetve hogy támogassa a betegek pontosabb tájékozódásának lehetőségét.

I. Orvosi asszisztencia szolgáltatások köre

1. A 7/24 órás Orvosi Call Center szolgáltatás igénybevételére valamennyi Biztosítottnak minősülő személy jogosult.
2. Az Orvosi asszisztencia szolgáltatások a biztosítási szerződés kockázatviselésének első napjától igénybe vehetők. A 7/24 órás orvosi Call Center szolgáltatás a biztosítási szerződés megszűnéséig vehető igénybe.

II. A 7/24 órás Orvosi Call Center szolgáltatás részletes feltételei

1. Az Orvosi **asszisztencia** Szolgáltató a **+36 1 461 1533 telefonszámon** az év minden napján elérhető, 7/24 órás munkarendben folyamatosan üzemelő ügyfélszolgálatot tart fenn.
2. Az Orvosi **asszisztencia** Szolgáltatóhoz intézendő telefonhíváshoz és a szolgáltatások igénybevételéhez szükség van az alábbi adatok megadására:
 - ▶ szerződésszám
 - ▶ telefonáló születési neve, születési helye és ideje, édesanyja neve
 - ▶ érintett biztosított neve, születési neve, születési helye és ideje, édesanyja neve
3. A megadott telefonszám felhívásával a Biztosítottnak minősülő személyeka következőről kaphatnak tájékoztatást:
 - ▶ betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdések
 - ▶ gyógyszerek összetétele, azok alkalmazhatósága, mellékhatásai, ára
 - ▶ orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletek
 - ▶ ügyeletes gyógyszertárak
 - ▶ egészségügyi intézmények elérhetősége
 - ▶ utazás előtti védőoltás
4. **A 7/24 órás Orvosi Call Center szolgáltatás nem helyettesíti az orvosi vizsgálatot, a szolgáltatás során nyújtott információk tájékoztató jellegűek.**

III. Az orvosi asszisztencia szolgáltatásokkal kapcsolatos egyéb rendelkezések

Az orvosi asszisztencia szolgáltatásokkal vagy az Orvosi Szolgáltatóval kapcsolatos panaszok akár az orvosi asszisztencia szolgáltató alábbi, akár a biztosító ÁSZF-ben rögzített elérhetőségein megtehetőek.

Teladoc Hungary Kft.

Cím: 1092 Budapest, Köztelek u. 6. I. épület I.emelet

E-mail: operation@Teladoc.hu

3. számú melléklet: Különös Szerződési Feltételek a Képpalkotó diagnosztikára szóló kiegészítő biztosítás és az Egynapos sebészetre szóló kiegészítő biztosítás esetében

1. Fogalmak

- 1.1. **Ambuláns műtét:** a járóbeteg ellátás keretében végzett olyan műtét, melynek elvégzését követően az ellátott személy megfigyelés után még a beavatkozás napján otthonába bocsátható, és amely nem minősül sem kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésnek, sem egynapos sebészeti beavatkozásnak.
- 1.2. **Egészségügyi dokumentáció:** a beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat tartalmazó dokumentum. Több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén az egészségügyi szolgáltatónak írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni, és azt a biztosítottnak át kell adni.
- 1.3. **Egészségügyi ellátást szervező partner (továbbiakban: EESZP):** a biztosító az egészségügyi ellátást külső partnere, a Teladoc Hungary Kft. (székhely: 1092 Budapest, Köztelek u. 6.; cégjegyzékszám: 01-09-864388; Adószám: 13613781-2-43) igénybevételén keresztül nyújtja, melynek részére a biztosítottak személyes adatai az ellátás szervezésének céljából jogszabálynak megfelelően átadásra kerülnek.
- 1.4. **Egynapos sebészet:** olyan sebészeti beavatkozás, mely orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint indokolt, tervezhető és programozott, és melyet az egynapos sebészeti ellátást szabályozó hatályos jogszabálynak megfelelően, erre specializáltan és engedélyezetten működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek. Az egynapos sebészeti ellátás esetében a biztosított az intézménybe történő felvételét követő 24 órán belül saját lábán, kísérelével elhagyja az intézményt.
- 1.5. **Ellátásszervezés:** orvosszakmai szempontból szükséges MRI, CT diagnosztikai vizsgálatok, illetve egynapos sebészet megszervezése az ellátást igénybe vevő jogosultak részére. Ellátásszervezésnek minősül a bejelentett ügyféligény előzetes elbírálása, az egészségügyi ellátás és a betegút menedzselése, kezelése, ellenőrzése, valamint az igénybe vett egészségügyi ellátások adminisztrációja.
- 1.6. **Járóbeteg-szakellátás:** szakorvos által végzett, egyszeri, illetve alkalmoszerű szakorvosi egészségügyi ellátás, illetve szakorvosi konzílium, ha az nem minősül fekvőbeteg-ellátásnak, sem egynapos sebészettnek, sem pedig fekvőbeteg-szakellátásnak igénylő, krónikus betegség esetében alkalmazott folyamatos, szakorvos által teljesített, egészségügyi ellátásnak, szolgáltatásnak.
- 1.7. **Magyar magán egészségügyi szolgáltató:** a magyar tisztiorvosi szolgálat által engedélyezett és felügyelt, orvosszakmai protokollok szerint működtetett egészségügyi intézmény, melynél az egészségügyi ellátás költségeit a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő nem, vagy csak részlegesen finanszírozza.
- 1.8. **MRI (mágneses rezonanciás képpalkotás) és CT (komputertomográfia) képpalkotó diagnosztika (továbbiakban: képpalkotó diagnosztika):** a biztosított egészségügyi panaszának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló vizsgálat. A képpalkotó diagnosztikai vizsgálatoknak nem célja a biztosított állapotának megváltoztatása.
- 1.9. **Szakorvos:** érvényes szakvizsgával és működési engedéllyel rendelkező orvos, ide nem értve a háziorvostan, üzemorvostan, katasztrófa-orvostan szakvizsgával rendelkező orvosokat.
- 1.10. **Szolgáltatás finanszírozás:** a szerződési feltételben foglalt, a jogosultak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségének – részben vagy egészben való – megtérítése a jelen kiegészítő biztosítási szerződési feltételben foglaltak szerint.

2. Kockázatviselés, területi hatály

A biztosító kockázatviselése kizárólag a biztosítottnak Magyarországon, a kiegészítő biztosítások kockázatviselésének időszakában bekövetkezett balesetéből vagy valószínűsíthető betegségéből eredően igénybe vett magán egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

3. Tartam

A kiegészítő biztosítások tartama megegyezik az alapbiztosítás tartamával. Az alapbiztosítás egyes fedezeteinek megszűnése a jelen kiegészítő biztosítás hatályát nem érinti mindaddig, míg az alapbiztosítás érvényben marad.

4. Biztosítási szerződés alanyai

A kiegészítő biztosítás alanyai megegyeznek az alapbiztosítás alanyaival.

5. Biztosítási díj, díjnemfizetés

A kiegészítő biztosítások folyamatos díjfizetésűek, díjuk az alapbiztosítással együtt kerül megfizetésre. Az ÁSZF-ben és a KSZF-ben meghatározott díjnemfizetési szabályok a kiegészítő biztosítással együtt meghatározott díjra alkalmazandóak.

6. Kockázelbírálás, várakozási idő

A kockázelbírálás folyamat és a várakozási idő megegyezik az alapbiztosítás kockázelbírálási folyamatával és várakozási idejével.

7. Biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása

- 7.1. **Biztosítási esemény** a biztosított kiegészítő biztosítás kockázatviselési időszaka alatt bekövetkező balesetével, vagy előzmény nélküli, olyan betegségével, kóros állapotával összefüggésben szükségessé vált **képalkotó diagnosztika, vagy egynapos sebészet szolgáltatás-finanszírozási igénye**, amelyet az EESZP részére a kockázatviselési időszak alatt, szakorvosi indikáció alapján bejelent.
- 7.2. Amennyiben bejelentett igény a jelen szerződési feltételek szerint alapos, úgy a biztosító **ellátásszervezési és szolgáltatásfinanszírozási szolgáltatást nyújt az EESZP-n keresztül**. A szolgáltatás az EESZP szervezésében, tudtával, illetve előzetes jóváhagyásával, az EESZP által kijelölt, vele szerződéses kapcsolatban lévő magán egészségügyi szolgáltatónál vehető igénybe. **Nem biztosítási esemény az állami egészségügyi ellátás keretében igényelt képalkotó diagnosztika, illetve egynapos sebészeti szolgáltatás igénybevétele.**
- 7.3. A kiegészítő biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a pecséttel ellenjegyzett szakorvosi javaslat alapján igényelt **ellátás a szakma szabályai szerint indokolt és elvégezhető az ellátást igénybe vevő biztosított vizsgálati eredménye, állapota alapján.**
- 7.4. A biztosított beazonosítása után az EESZP az ellátási igény bizonyításához és elbírálásához az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentációt kér. **Amennyiben a biztosított az egészségügyi dokumentáció EESZP részére történő továbbítását megtagadja a szolgáltatás elbírálása során, úgy az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét a biztosító nem téríti meg.**
- 7.5. **A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a Biztosítottnak/Társbiztosítottnak minősülő személy – kiskorú Biztosított esetében a törvényes képviselő –**
- ▶ felhatalmazza a biztosítót, hogy a biztosítási szolgáltatás teljesítésével közvetlenül összefüggő egészségi állapotra vonatkozó adatokat beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, továbbá
 - ▶ felmentse az ezen adatokat nyilvántartó orvosokat, egészségi és társadalombiztosítási intézményeket a titoktartási kötelezettség alól.

A biztosító és az EESZP a tudomására jutott adatokat az ÁSZF által megfogalmazott körben és módon biztosítási titokként kezeli.

- 7.6. **Szolgáltatási limit:** a biztosító magán egészségügyi szolgáltatás ellenértékét

- az egynapos sebészet esetében **250.000 Ft/fő/év, és**
- a képalkotó diagnosztika esetében (MRI és CT vizsgálatoknál összesen) **250.000 Ft/fő/év** szolgáltatási limit erejéig vállalja át.

A biztosított az adott évi szolgáltatási limitből megmaradt összeget a következő évre nem viheti át.

- 7.7. **Képalkotó diagnosztika (MRI/CT) szolgáltatás:**

- A biztosító a biztosított **szakorvosi javaslatra elrendelt** – járóbeteg szakellátás keretében elvégzett képalkotó diagnosztikai vizsgálat költségét az éves szolgáltatási limit erejéig átvállalja.
- A biztosítási **szolgáltatás nem terjed ki** a CT lézer mammográfia és a Cardio CT vizsgálatok költségének, illetve a **képalkotó diagnosztika előtt a szakorvos által szükségesnek tartott laborvizsgálatok, vírusfertőzések kizárására szolgáló tesztek, altatással kapcsolatos költségek** (pl. altatás díja és altató orvosi konzultáció) átvállalására.

- 7.8. **Egynapos sebészeti szolgáltatás:**

- **A biztosító az egynapos sebészet** költségének ellenértékét az éves szolgáltatási limit erejéig átvállalja, ha az EESZP-vel szerződésben álló magán egészségügyi szolgáltatónál a szakorvos által írásos javaslat alapján igényelt konkrét műtéten esik át a biztosított.
- A biztosító szolgáltatása kiterjed az adott egynapos sebészet során **tervezetten vagy a műtét során váratlanul felmerült szükséges plusz költségek térítésére** (ilyen lehet például a beavatkozás során felhasznált gyógyszer, vérkészítmény, egyszer használatos eszközök, implantátumok, ide nem értve a hallókészüléket és kellékeit), ha azok az igényelt műtéti beavatkozás elvégzéséhez szakmailag indokoltak.
- A biztosítási szolgáltatás **nem terjed ki a műtét előtt a szakorvos által szükségesnek tartott előzetes vizsgálatok, illetve a vírusfertőzések kizárására szolgáló tesztek költségeire, gyógyszerre, kötszerre és gyógyászati segédeszközre, protézisekre, korrekciós segédeszközökre és egészségügyi felszerelésekre, melyek nem szükségesek az operáció során, szakorvosi konzultációra, altatóorvosi és diagnosztikai vizsgálatok költségeire, járóbeteg ellátás keretében elvégzett ambuláns műtétekre, illetve nem vonatkozik a műtét komplikációja során felmerülő 24 órán túli kórházi fekvőbeteg benntartózkodás miatt felmerülő esetleges többletköltségek átvállalására.**

- 7.9. **A biztosító teljesítéséhez az egészségügyi szolgáltató által elkészített, a biztosított ellátására vonatkozó Egészségügyi dokumentáció szükséges, melyet a magán egészségügyi szolgáltató küld meg az EESZP részére.**

8. Biztosítási szolgáltatás bejelentése

- 8.1. A **biztosított munkanapokon 8.00-20.00** óra közötti időtartamban a **+36 1 461 1533** telefonszámon jelentheti be ellátásra vonatkozó igényét, mely egyben a biztosítási esemény bejelentésének minősül.

- 8.2. A telefonbeszélgetések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek. A rögzített hangfelvételek az érvényes jogszabályoknak megfelelően 5 évig eltárolásra kerülnek és lekérhetőek a biztosított által.
- 8.3. Az EESZP a szolgáltatási igény bizonyításához és elbírálásához a biztosított azonosítására alkalmas adatot, illetve az ÁSZF 3. sz. mellékletében felsorolt dokumentumokon túl szakorvosi beutalót, orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentációt kér.
- 8.4. Amennyiben **a biztosított az egészségügyi dokumentáció EESZP részére történő továbbítását megtagadja, úgy az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét a biztosító nem téríti meg.**
- 8.5. Az EESZP az első kapcsolatfelvételt a biztosított és az egészségügyi szolgáltató között - amennyiben az EESZP jogosnak ítéli a biztosított ellátási igényét - **az összes szükséges dokumentum beérkezésétől** számítottan
- **a képpalkotó diagnosztika** esetében **Budapesten 5 munkanapon, vidéken 10 munkanapon belül**, míg
 - **az egynapos sebészet** esetében **Budapesten 10 munkanapon, vidéken 15 munkanapon belül**
- megszervezi. Az ellátás helyszínéről és időpontjáról telefonon vagy e-mailben tájékoztatja a biztosítottat.
- 8.6. Az EESZP-vel szerződött szolgáltató költségeit a biztosító a rendelkezésre álló éves szolgáltatási limit erejéig megtéríti az EESZP-n keresztül, közvetlenül az egészségügyi szolgáltató részére történő utalással. A szolgáltatás teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, a biztosított ellátására vonatkozó Egészségügyi dokumentáció, melyet a szolgáltató küld meg az EESZP részére.
- 8.7. Amennyiben **a biztosított által igényelt szolgáltatás ellenértéke meghaladja a személyére érvényes éves szolgáltatási limitet, úgy a szolgáltatási limitet meghaladó költségek a biztosítottat terhelik. A különbözet mértékéről, és a megfizetésének módjáról EESZP ad előzetes tájékoztatást a szolgáltatási igény elbírálásakor. A különbözetet a biztosított köteles az egészségügyi szolgáltató részére megfizetni a vizsgálat igénybevételét követően, vagy ennek ismeretében dönthet úgy, hogy az EESZP által szervezett egészségügyi ellátást nem veszi igénybe.**
- 8.8. **Lemondás:** Az adott egészségügyi szolgáltatásra már leegyeztetett, a biztosított által elfogadott időpontot **csak egyszer van lehetősége módosítani** a biztosítottnak, **legkésőbb 2 munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően.** Amennyiben a biztosított ezen határidőn túl **mondja le/módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban, az a biztosított rendelkezésére álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitjét csökkenti a tervezett ellátás költségével. A biztosított ugyanezen beavatkozás megszervezésére legkorábban 3 hónap elteltével válik ismét jogosulttá, valamint a limitet meghaladó költséget maga köteles viselni, kivéve, ha bizonyítja, hogy önhibáján kívüli okból kifolyólag nem volt lehetősége az ellátást korábban lemondani vagy igénybe venni.**

9. Megszűnés

A kiegészítő biztosítások **évfordulót megelőzően legkésőbb 30 nappal benyújtott nyilatkozattal évfordulóra** felmondhatóak a szerződő részéről.

10. Biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez szükséges iratok

Az EESZP a szolgáltatási igény elbírálásához az ÁSZF 3. sz. mellékletében meghatározott dokumentumokon túl az alábbiakat kéri:

- a szakorvos aláírásával, pecsétjével ellátott, az adott biztosítottra vonatkozó szakorvosi beutaló, illetve szakorvosi beutalót, orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció másolata.

11. Kizárások

A biztosító kizárja a kockázatviselési köréből azon eseményeket, melyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak

- **az orvosszakmai előírások be nem tartásával (orvosi műhiba),**
- **öröklött, vagy veleszületett rendellenességekkel kapcsolatos szolgáltatásokkal,**
- **szaruhártyán végzett látásjavító korrekációs műtétekkel,**
- **művesekezéssel,**
- **fogászati és szájsebészeti ellátásokkal és kezelésekkkel,**
- **Hepatits C betegek vizsgálatával,**
- **alsó végtagi visszeresség injekciós, lézeres, radiofrekvenciás vagy egyéb műtéti kezelésekkkel,**
- **a terhességgel, szüléssel és a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekkel, amennyiben a szülés a kockázatviselés kezdetét követő 270. napnál korábban következik be,**
- **esztétikai változtatással, kozmetikai kezeléssel kapcsolatban felmerült ellátási igényekkel, kivéve a valamely betegség vagy baleset következtében szükségessé váló rekonstrukciós beavatkozást és az ezekhez kapcsolódó vizsgálatokat,**
- **anyajeggyel, bőrelváltozással kapcsolatos beavatkozásokkal,**
- **szubjektív panaszokra épülő betegségekkel, melyek orvosilag nem igazolhatóak,**
- **inkontinencia eszközös vagy műtéti kezelésével (pl. intim lézer kezelés),**
- **sürgősségi ellátás vagy vizsgálat, életveszély elhárítással,**

- olyan egészségügyi szolgáltatások, melyeket nem az ellátásszervező szervezésében és előzetes jóváhagyásával vettek igénybe,
- meddőség kezelésével, kivizsgálásával kapcsolatos műtétekkel, beavatkozásokkal (ideértve például a petevezeték átjárhatósági vizsgálat minden formáját),
- meddővé tétel igény szerinti végrehajtással,
- művi terhesség megszakítással, terhesség műtéti befejezéssel, bele nem értve az egészségügyi okból szükséges eseteket és az elhalt terhesség miatt szükséges beavatkozásokat),
- a fogamzásgátlással kapcsolatos beavatkozásokkal, műtétekkel (pl. spirál felhelyezése műtéti körülmények között),
- sztereotaxiás biopsziával,
- szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokkal,
- orrsövényferdülés kezeléssel,
- gyomor bypass műtétekkel és gyomorballon beültetéssel,
- bennalvásos alvásvizsgálattal (somnia, polysomnia, alvásrendszervi);
- emberen végzett orvostudományi kutatásokkal, illetve kísérleti eljárásnak nyilvánított eljárásokkal;
- esztétikai céllal végzett kezelésekkal, sebészeti beavatkozásokkal és szövődényeik kezelésével, plasztikai sebészetével;
- az alábbi - vizsgálatok vagy klinikum (tünetek) alapján - igazolt fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények: TBC, tetanusz, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek, mint malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz, SARS, bármely egyéb járványos megbetegedések (beleértve a pandémiás betegségeket), illetve HIV fertőzéssel, továbbá szexuális úton átvihető betegségek;
- járványügyi érdekből végzett ellátásokkal (figyelembe véve az aktuális járványügyi protokollokat)
- jogszabályban meghatározott megelőzéssel és a más jellegű megelőző ellátásokkal, szűrővizsgálatokkal, állapotfelmérésekkel,
- orvosi végzettséggel és/vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy és/vagy intézmény által folytatott szolgáltatással,
- Magyarországon elfogadott és a magyarországi egészségügyi szolgáltatóknál általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátásokkal, egyszer használatos eszközök és a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek és biológiai terápiás gyógyszerek költségeivel, valamint az OEP által be nem fogadott, illetve nem finanszírozott eljárások, eszközök és gyógyszerek költségeivel.