

A Best Doctors® Csoportos Egészségbiztosítás Különös Feltételei

1) Bevezető rendelkezések

A Best Doctors Csoportos Egészségbiztosítás (továbbiakban: biztosítás) jelen Különös Feltételek, a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei, valamint az ajánlatban foglaltak szerint jön létre a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1., továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (a továbbiakban: szerződő) között.

Amennyiben a Különös Feltételek bármely rendelkezése eltér a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, úgy a jelen Különös Feltételek rendelkezései az irányadók.

2) Definíciók

- a) **Agyi szindróma:** olyan agyi rendellenesség vagy agyi károsodás, mely részleges vagy teljes agyi funkció károsodáshoz vezet.
- b) **Ajánlat:** nyomtatvány, melyen a szerződő ajánlatot tesz a biztosítás megkötésére.
- c) **Alternatív gyógyászat:** orvosi és egészségügyi rendszerek, eljárások és termékek, melyeket jelenleg nem tartoznak a hagyományos gyógyászat körébe és a standard eljárások közé, többek közt: akupunktúra, aromaterápia, kiropraktóri gyógyászat, homeopátiás gyógyászat, természetgyógyászat, oszteopátia.
- d) **Best Doctors:** az a vállalkozás (BDUI Underwriting International, S.L.U.), mely jelen biztosítás vonatkozásában az InterConsultation™ és FindBestCare® elnevezésű egészségügyi szolgáltatásokat nyújtja. E vállalkozás a biztosító szolgáltatásnyújtó partnere.
- e) **Betegség:** az egészségi állapotban bekövetkező nem baleseti eredetű változás, melyet a megfelelő szakképesítéssel rendelkező orvos diagnosztizál és erősít meg. Jelen biztosítás vonatkozásában egy betegségnek kell tekinteni az azonos okból vagy egymással összefüggő okokból kialakult összes betegséget és sérülést. Ha egy betegséget ugyanaz vagy azzal összefüggő tényező okoz, mint egy korábbi betegséget (ideértve a korábbi betegség következményeit és a korábbi betegségből származó komplikációkat), akkor az új betegség a korábbi betegség folytatásának tekintendő, s nem egy önálló betegségnek.
- f) **Biztosítás:** jelen Különös Feltételek, a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei, valamint ezek mellékletei, záradékai alapján létrejött biztosítási szerződés, mely szerződés létrejöttét a biztosítási kötvény igazolja.
- g) **Biztosítási díj:** a biztosítás és a biztosító kockázatviselésének ára, melyre a biztosító jogosult.
- h) **Biztosítási évforduló:** a biztosító által a kötvényen feltüntetett időpont, mely a biztosítás tartamán belül, minden naptári évben a kockázatviselés kezdetével azonos naptári hónap első napjának felel meg.
- i) **Biztosítási szolgáltatások:** azon szolgáltatások (és a hozzájuk tartozó térítési összeghatárok), melyek biztosított általi igénybevétele a biztosítás fedezetet nyújt.
- j) **Biztosított:** az a főbiztosított és hozzátartozó, akit az ajánlatban biztosítottként neveztek meg, továbbá a biztosítási kötvényben ekként van felsorolva. A főbiztosított, illetve jelen feltételek szerint definiált partnerének belépési kora legalább 19, legfeljebb 64 év lehet. A jelen feltételek szerint definiált gyermek hozzátartozó belépési kora legalább 0, legfeljebb 18 év lehet. Gyermek biztosított szerződésbe történő bevonása az újszülött gyermek születésének időpontját, vagy a gyermek adoptálásának, gyámság vagy gondnokság alá kerülésének időpontját követő 30 nap elteltével lehetséges.
Egészségi kockázatelbírálással létrejövő csoportos egészségbiztosítás biztosítottjai a szerződő által, akár egyéni mérlegelés alapján meghatározott személyek (főbiztosítottak és hozzátartozók) összessége.

Egészségi kockázatbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás biztosítottjai az ajánlatban rögzített csoportképző ismérv alapján egyértelműen körülhatárolható személyek (csak főbiztosítottak) összessége. A szerződő köteles a csoportképző ismérv alapján meghatározott csoportba tartozó valamennyi személyt főbiztosítottként megjelölni. Az ilyen szerződésbe is jelölhetők hozzátartozók, de kizárólag egészségi nyilatkozat kitöltésével.

- k) **Biztosított belépési kora:** az adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése kezdetének éve és a biztosított születési évének különbsége. A biztosított így meghatározott életkora minden biztosítási évfordulón eggyel emelkedik.
- l) **Egészségi nyilatkozat:** a biztosított egészségi kockázatainak felmérésére szolgáló nyomtatvány, mely jelen biztosításra vonatkozó ajánlat kockázatbírálásának alapját képezi. 18 év alatti biztosítottak esetén e nyomtatványt a biztosított törvényes képviselője tölti ki és írja alá.
Egészségi kockázatbírálással létrejövő csoportos egészségbiztosítás valamennyi biztosítottja esetében ki kell tölteni az egészségi nyilatkozatot.
Egészségi kockázatbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás főbiztosítottjai esetében a biztosító eltekinthet az egészségi nyilatkozat alkalmazásától.
Hozzátartozók biztosításba történő bevonásakor minden esetben szükség van egészségi nyilatkozat kitöltésére.
- m) **Egészségi kockázatbírálással létrejövő csoportos egészségbiztosítás:** olyan biztosítás, melynek főbiztosítottjait a szerződő önkényesen, csoportképző ismérv alkalmazása nélkül választja ki.
A jelen különös feltételek szerint, egészségi kockázatbírálással létrejövő csoportos egészségbiztosítás minimális kezdeti főbiztosított létszáma 3 fő.
- n) **Egészségi kockázatbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás:** olyan biztosítás, melynek főbiztosítottjai kizárólag az ajánlatban rögzített csoportképző ismérv alapján egyértelműen körülhatárolható személyek. A szerződő köteles a csoportképző ismérv alapján meghatározott csoportba tartozó valamennyi személyt főbiztosítottként megjelölni.
A jelen különös feltételek szerint, egészségi kockázatbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás minimális kezdeti főbiztosított létszáma 10 fő.
- o) **Előzetes fedezetigazolás:** a biztosító vagy a Best Doctors által kibocsátott, kizárólag a biztosított által a külföldi gyógykezelési szolgáltatás helyszínéül választott kórházra érvényes írásos dokumentum, mely a biztosított külföldi, általa választott kórházba megszervezett gyógykezelése előtt igazolja a külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások, gyógykezelések, terápiás tervek biztosítási fedezetének fennállását.
- p) **FindBestCare® szolgáltatás:** a Best Doctors azon szolgáltatása, melynek keretében a különböző egészségügyi szolgáltatókkal egyeztetéseket folytat és minden részletre kiterjedően megszervezi a biztosított külföldi gyógykezelését, ideértve a biztosított külföldi kórházba történő felvételének megszervezését, a külföldi gyógykezelés során a (szak)orvosi vizsgálatok, konzultációk, kezelések megszervezését, a külföldi gyógykezelés során a (szállodai) elhelyezés megszervezését, a külföldi gyógykezelés helyszínére történő elutazás és az onnan történő hazautazás megszervezését, valamint a biztosított számára a megfelelő tájékoztató, információszerezési lehetőségek biztosítását. A Best Doctors a fentiekben túl a szolgáltatás keretében ellenőrzi, hogy a biztosított megfelelő orvosi ellátást kap(ott)-e a külföldi gyógykezelés során. Emellett a Best Doctors foglalkozik a külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó számlák feldolgozásával és kiegyenlítésével, ideértve annak biztosítását, hogy a számlák az igénybevett szolgáltatásokat tükrözzék és összegükben érvényesüljön az a kedvezmény, amit a Best Doctors és az egészségügyi szolgáltatók közti megállapodások lefektetnek, továbbá, hogy a számlázás duplikációktól, hibáktól, csalásoktól mentes legyen.
- q) **Főbiztosított:** a szerződő olyan Magyarországon belföldi illetőségű, teljes munkaidőben foglalkoztatott munkavállalója, akire a vonatkozó biztosítási ajánlatot a biztosító elfogadta.
- r) **Gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények:** olyan szer, vagy szerek kombinációja, melyek kizárólag orvosi rendelvény ellenében hivatalos gyógyszerárban beszerezhetőek, és amelyeket gyógyszeres, immunológiai vagy metabolikus hatás révén a fiziológiai funkciók visszaállítása, javítása vagy módosításának céljából vagy orvosi diagnózis készítéséhez alkalmaznak a biztosítottnál. Originális gyógyszerre vagy gyógyászati készítményre vonatkozó orvosi rendelvény helyett igénybe vehető olyan

generikus gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény is, melynek hatóanyaga, erőssége és adagolásának módja azonos az originális gyógyszerével.

- s) **Hozzá tartozó:** jelen biztosítás vonatkozásában hozzátartozónak minősül (1) a főbiztosított jelen definíció későbbi szakaszában akként értelmezett partnere és (2) a főbiztosított, valamint a főbiztosított partnerének nőtlen/hajadon, 0-18 év közötti, eltartott gyermeke (ideértve a mostohagyermeket és az örökbefogadott gyermeket is). A biztosítóval kötött egyéb megállapodás hiányában a hozzátartozóként bevont partner és gyermek állandó lakcímének / tartózkodási helyének a főbiztosítottal egy címen kell lennie. Jelen definíció vonatkozásában a főbiztosított partnere lehet:

- a főbiztosított házastársa;
- a főbiztosított élettársa;
- nőtlen/hajadon vagy élettársi kapcsolatban nem élő biztosított esetén az a főbiztosítottal egy háztartásban élő, 18 év feletti személy, aki pénzügyileg függ a főbiztosítottól (vagy kölcsönösen függenek egymástól).

A főbiztosított partnere nem lehet a főbiztosított rokona, illetve házastárs/élettárs megléte esetén más, tőlük különböző személy. A partner lehet a főbiztosítottal megegyező és eltérő nemű is. Partnerként csak egy személy nevezhető meg.

- t) **InterConsultation™ (második orvosi szakvélemény) szolgáltatás:** a Best Doctors azon szabadalmaztatott orvosi elemző szolgáltatása, melynek keretében egy képzett egészségügyi szakemberekből álló testület áttekinti a biztosítottra vonatkozó és elérhető orvosi dokumentációt (például kórházi zárójelentések, vizsgálati eredmények, kórtörténet), majd egy, az adott orvosi szakterület világszerte elismert, tapasztalt orvos specialista az orvosi dokumentáció részletekbe menő vizsgálata, elemzése és értékelése útján egy korábbi diagnózishoz kapcsolódóan második orvosi szakvéleményt állít ki.
- u) **Káresemény:** olyan esemény, melyre, melynek következményeire részben vagy egészben fedezetet nyújt a biztosítás. Ugyanazon okból eredeztethető, akár több ilyen következmény egy kárnak tekintendő.
- v) **Kedvezményezett:** a biztosítás szolgáltatásaira a biztosított jogosult, tehát a biztosítás szolgáltatásainak kedvezményezettje a biztosított.
- w) **Kizárás:** olyan külön meghatározott helyzet vagy állapot, melyre a biztosítás nem nyújt fedezetet. Kizárt kockázatok esetén a biztosító szolgáltatást nem teljesít. A kizárásokat jelen biztosítás vonatkozásában a 8) pont tartalmazza.
- x) **Kísérleti gyógyellátás:** orvosi, egészségügyi és műtéti felhasználásra, használatra szánt eljárások, folyamatok, kezelések, eszközök, gyógyszerek és gyógyszerészeti termékek, melyeket a nemzetközi orvosszakma által elismert különböző tudományos szervezetek még nem fogadtak el általánosan biztonságos, hatékony és megfelelő módszernek a betegségek és sérülések gyógyítására, kezelésére. Azok a módszerek is ide tartoznak, melyek kutatási, tesztelési fázisban, vagy klinikai kísérletek bármelyik fázisában vannak.
- y) **Kockázatviselés kezdete:** a biztosító kockázatviselése a biztosítottnak a biztosítási szerződésbe való belépésének időpontjától függően:
- a) a biztosítási szerződés létrejöttkor megjelölt biztosítottak tekintetében a biztosítási ajánlat biztosító vagy biztosító képviselője általi átvételét követő hónap első napján kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön, és az első díjrészletet a biztosító számára megfizették vagy a díjfizetést illetően a felek halasztásban állapodtak meg. A felek közös megegyezéssel ennél későbbi kockázatviselési kezdetben is megállapodhatnak.
- b) A biztosítási szerződésbe a tartam során újonnan belépő biztosítandó személy(ek) esetében a biztosító kockázatviselése új biztosított(ak) tekintetében a belépési nyilatkozat biztosító vagy biztosító képviselője általi átvételét követő hónap első napján kezdődik meg feltéve, hogy a személyükre vonatkozó biztosítási díjat a biztosító számára megfizették vagy a díjfizetést illetően halasztásban állapodtak meg.

A csoportos biztosításba a tartam alatt újonnan bejelentett, a bejelentéskor keresőképtelen állományban lévő biztosított tekintetében a biztosító kockázatviselése annak a hónapnak az utolsó napjáig nem áll fenn, mely naptári hónapban a biztosított keresőképtelen állapota véget ér. A felek ettől eltérően is megállapodhatnak.

A csoportos szerződésekbe új biztosítottat a szerződés tartama alatt bármikor be lehet jelenteni. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változását a szerződő az erre rendszeresített formanyomtatványon (belépési nyilatkozat) köteles a biztosítónak bejelenteni, és az új belépők után járó biztosítási díjat megfizetni.

A szerződő köteles az új főbiztosítottat (egészségi kockázatleltétel nélkül létrejött szerződések esetén) alkalmazásának első napját követő 30 napon belül bejelenteni a biztosítónak. Amennyiben a szerződő a fenti határidőt elmulasztja, a biztosító az új biztosított bevonását egészségi kockázatleltételhez kötheti, illetve elutasíthatja.

- z) **Kardiológus szakorvos:** a szív- és érrendszeri betegségekre szakosodott orvos.
- aa) **Kockázatviselés vége:** adott biztosított vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnésének napja, de legkésőbb a csoportos biztosítás megszűnésének napja. A csoportos egészségbiztosítási szerződés, illetve az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet megszűnésének eseteit a 16) pont tartalmazza. A biztosított csoportból bármely okból kilépő főbiztosított és a csoportos egészségbiztosítási szerződésbe bevont, jelen feltételek szerint definiált hozzátartozói vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a csoportból való kilépés napján 24 órákor véget ér, a biztosítóval szemben támasztható minden igény nélkül. A szerződő köteles haladéktalanul írásban tájékoztatni a biztosítót a biztosított csoport tagjának a biztosított csoportból való kilépéséről és a kilépés időpontjáról.
- bb) **Kórház:** az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó orvosi jelenlétet biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, valamint kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik.
- cc) **Kórházi ápolás:** legalább egy éjszakányi kórházi benttartózkodást szükségessé tevő gyógykezelés.
- dd) **Meglévő betegség:** betegség, melyet a biztosítás kockázatviselésének kezdetét megelőző 10 évben kivizsgáltak, diagnosztizáltak vagy kezeltek, továbbá minden olyan betegség, aminek orvosilag dokumentált tünetei a kockázatviselés kezdetét megelőző 10 évben jelentkeztek.
- ee) **Műtét:** minden olyan, orvos által a mindenkori orvosszakmai szabályoknak megfelelően végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás céljából hajtottak végre, és amelynél a beavatkozást végző orvos és intézménye a szükséges hatályos, érvényes engedélyekkel rendelkezik.
- ff) **Nem invazív és "in situ" rák:** rosszindulatú daganat, mely nem terjed tovább a hámszövet azon sejtjeiről, ahol kialakult, és nem támadja meg a strómát vagy a környező szöveteket. Preinvazív tumor, amit kialakulásának kezdeti szakaszában diagnosztizálnak, és teljes eltávolítása esetén kedvező túlélési rátával rendelkezik.
- gg) **Orvos:** olyan szakember, aki orvosi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai feltételeknek megfelelően nyújt egészségügyi szolgáltatásokat.
- hh) **Orvosszakmai szempontból indokolt egészségügyi szolgáltatás:** olyan egészségügyi szolgáltatás:
- mely a biztosított alapvető egészségi szükségleteinek biztosításához szükséges;
 - amit az orvosszakmai szempontból leginkább megfelelőnek ítélt módon és módszerrel nyújtanak, figyelembe véve az egészségügyi szolgáltatás költségét és minőségét;
 - mely az alkalmazott eljárások típusát, rendszerességét és hosszát tekintve összhangban van a biztosító által elismert, orvostudományi kutatással vagy egészségbiztosítással foglalkozó vállalatok vagy kormányzati szervek tudományosan alátámasztott irányelveivel;
 - mely a betegség vagy kórkép diagnózisával összhangban van;
 - mely nem a biztosított vagy a biztosított orvosának saját egyéni szempontjai alapján válik szükségessé;
 - melyről az uralkodó, általánosan elismert és elfogadott orvosi irodalom bizonyítja, hogy:
 - o biztonságos és hatékony kezelése vagy diagnosztizálása annak a kórképnek vagy betegségnek, amelyre javasolták;
 - o biztonságos abban az értelemben, hogy hatékony:
 - életveszélyes kórképek vagy betegségek kezelésében;
 - ellenőrzött klinikai kísérletekben.
- ii) **Protézis:** olyan eszköz, ami egy emberi szerv egészét vagy részét, vagy egy működésképtelen és diszfunkcionáló testrész funkcióját részben vagy egészben helyettesíti, pótolja.
- jj) **Sérülés:** a biztosított testét ért károsodás.

- kk) **Szerződő:** az a díjfizető, aki a biztosítani kívánt csoport biztonságának megóvásában érdekelt, egyben a biztosítási szerződést megkötő és a biztosítás tartama alatt a díjfizetést teljesíti.
- ll) **Terrorcselekmény:** olyan cselekmény, mely erőszak, illetve kényszer alkalmazásával, és/vagy ezekkel történő fenyegetéssel jár együtt, függetlenül attól, hogy egy személy, vagy személyek egy csoportja hajtja végre a saját vagy bármely szervezet/kormány nevében, illetve velük kapcsolatban politikai, vallási, ideológiai vagy hasonló célból, ideértve bármely kormány befolyásolására vagy a társadalom (egy részének) megfélemlítésére tett törekvéseket, valamint biológiai, kémiai, radioaktív, nukleáris anyagok, eszközök vagy fegyverek használatát.
- mm) **Területi hatály:** jelen biztosítás kizárólag a Magyarország területén kívül igénybe vett külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó költségekre nyújt fedezetet.
- nn) **Térítési összeghatár:** a 6) pontban részletezett valamely orvosi beavatkozás elvégzését magában foglaló, a biztosítás keretében igénybe vett külföldi gyógykezelési szolgáltatáshoz rendelt maximális szolgáltatási limitösszegek. Az ajánlat aláírásakor érvényben lévő, adókkal és járulékokkal növelt térítési összeghatárokat az I. számú melléklet 1) pontja, illetve a biztosítási kötvény tartalmazza.
- oo) **Várakozási idő: a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónapos időszak. Azon betegség vonatkozásában, melynek tüneteit orvosilag először a várakozási idő alatt dokumentálják, vagy amelyet ebben az időszakban diagnosztizálnak, a biztosító és a Best Doctors szolgáltatást nem teljesít.**

3) Biztosítási esemény

A biztosítottnál a kockázatviselés ideje alatt olyan betegség diagnosztizálása, mely a 6) pontban szerepel és/vagy amelynek kezelésére a 6) pontban meghatározott orvosi beavatkozások valamelyikét javasolták, feltéve, hogy a diagnosztizált betegség tüneteit orvosilag először a kockázatviselés ideje alatt (tekintettel a 2) mm) pontban foglaltakra is) dokumentálják.

4) A biztosító szolgáltatása

Külföldi gyógykezelési szolgáltatás: a következőkben részletezett rendelkezésekre és korlátozásokra is figyelemmel a biztosítási szerződés a térítési összeghatárokig fedezi mindazon egészségügyi szolgáltatásokkal (például diagnosztikai vizsgálatokkal, kezelésekkal, terápiákkal, konzultációval, terápiás tervekkel), illetve ezen egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő egyéb szolgáltatásokkal (például a biztosított elszállásolásával és utaztatásával) kapcsolatos, számlával igazolt költségeket, melyek a biztosított külföldi gyógykezelésének megszervezése, illetve lebonyolítása során merülnek fel, feltéve, hogy az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások jelen különös feltételek értelmében orvosszakmai szempontból szükséges és indokolt szolgáltatásnak minősülnek, valamint a 6) pontban meghatározott orvosi beavatkozásokhoz kapcsolódnak, s ezen eljárásokat kiváltó betegségek (első) diagnosztizálása a kockázatviselési időszak alatt történik és e betegségek tüneteit orvosilag először a kockázatviselési időszak alatt dokumentálják. **A külföldi gyógykezelési szolgáltatás nyújtásának előfeltételét képezi az InterConsultation (második orvosi szakvélemény) szolgáltatás igénybevétele.** A külföldi gyógykezelési szolgáltatásnak a FindBestCare szolgáltatás részét képezi.

A biztosító és a Best Doctors szolgáltatásának feltétele, hogy a biztosított a biztosításba történő belépésekor, vagy az azt megelőző 10 évben nem állt kórházi, járóbeteg ellátási vagy szakorvosi kezelés, felülvizsgálat, kontrollvizsgálat vagy megfigyelés alatt, illetve a belépést megelőző 10 évben nem végeztek rajta diagnosztikai vizsgálatot potenciális tünetek felderítése céljából az alább felsorolt betegségek bármelyikével kapcsolatban: rák, vagy más rosszindulatú daganat, a Hodgkin kórt is ideértve; bármilyen tumor vagy ciszta az agyban, a koponyában vagy a gerincvelőben; leukémia vagy más vérképzőszervi rendellenesség, amely egy hónapnál hosszabb tartamú kezelést igényelt (pl. anémia, lymphoma, myeloma, véralvadási zavar, hemofília, vaszkuláris vérzési zavarok); bármely premalignus és „in situ” rák, beleértve de nem kizárólag a mell-, nőgyógyászati-, húgyhólyag vagy prosztatata premalignus kórképeket; bármilyen szívbetegség (pl. szívroham, angina, kardiomiopátia, szívbillentyű zavarok, szívzörej, reumatikus láz); stroke vagy agyvérzés; bármilyen típusú cukorbetegség (diabétesz).

Azon betegségek vonatkozásában, melyek diagnosztizálása a várakozási idő alatt történik és/vagy e betegségek tünetei először a várakozási idő alatt jelentkeznek, a biztosító és a Best Doctors szolgáltatást nem teljesít.

5) Egészségi kockázatelbírálás, közlési kötelezettség, változás-bejelentési kötelezettség

- a) A biztosítási szerződés a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos, egészségi nyilatkozatban megadott információk alapján jön létre. Az említett nyilatkozatok a biztosított egészségi kockázatainak felmérését és elbírálását, így az egészségbiztosítási ajánlat elbírálását segítik. A biztosító az egészségi kockázatelbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás főbiztosítottjai esetében eltekinthet az egészségi nyilatkozat alkalmazásától.
- b) **A biztosító a kockázatviselés és a biztosítási fedezet vállalásakor és fenntartásakor feltételezi, hogy a biztosított egészségi állapotával kapcsolatban az egészségi nyilatkozatban megadott, a biztosított által ismert és a biztosítási kockázat elvállalása szempontjából lényeges információk a valóságnak megfelelnek és a szükséges mértékben részletezettek.**
- c) A közlési kötelezettséggel és változás-bejelentési kötelezettséggel kapcsolatos, részletes szabályokat a biztosító Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei tartalmazzák.

6) A külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében fedezett orvosi beavatkozások

- a) **Rákos megbetegedés kezelése:** daganat gyógyítás, mely vonatkozik bármely rosszindulatú daganat kezelésére, melyet rosszindulatú sejtek szabályozatlan növekedése és inváziója jellemez, ideértve a leukémia, a szarkóma, és a bőr lymphoma gyógyítását is továbbá olyan premalignus és "in situ" rák kezelését, mely nem terjed tovább a hámszövet azon sejtjeiről, ahol kialakult, és nem támadja meg a strómát vagy a környező szöveteket.
- b) **Szívkoszorúér áthidaló (by-pass) műtét (a szívizom vérellátásának helyreállítására):** kardiológus szakorvos javaslatára műtét végrehajtása egy vagy több szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának bypass graft segítségével történő korrigálása céljából.
- c) **Szívbillentyű cseréje vagy helyreállítása:** kardiológus szakorvos javaslatára műtét végrehajtása egy vagy több szívbillentyű cseréje vagy helyreállítása érdekében.
- d) **Idegsebészeti beavatkozás:** az agyat vagy a koponyaűr más részeit érintő sebészi beavatkozás, mely vonatkozik a gerincvelőre lokalizált jóindulatú tumorokra is.
- e) **Élő donoros szerv- és szövetátültetés:** vese és tüdő lebeny egészének, illetve máj és hasnyálmirigy egy részének, valamint autológ vagy allogén csontvelő műtéti úton történő beültetése a betegbe (biztosítottba). A beültetett szerv (szervet alkotó szövet) élő, vizsgálatok során megfelelőnek bizonyult emberi donorból származik.

7) A külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében fedezett költségek, kiadások

A külföldi gyógykezelési szolgáltatás megszervezéséhez és lebonyolításához kapcsolódó bármely költség, kiadás biztosító általi finanszírozásának feltétele, hogy a biztosított a 12) pontban részletezett kárfolyamatnak megfelelően járjon el.

A 4) pontban meghatározott, a külföldi gyógykezelési szolgáltatás megszervezéséhez és lebonyolításához kapcsolódó, a biztosító által a térítési összeghatárok mértékéig fedezett költségek a következők:

- a) Kórházi ellátás költségei, úgy mint:
 - a kórházi benntartózkodás ideje alatt a biztosított elhelyezésének, étkeztetésének költsége és az általános ápolói szolgálat költsége;
 - egyéb kórházi szolgáltatások költsége, ideértve a kórház járóbeteg részlegei által nyújtott szolgáltatás költségét és a biztosított kísérője számára biztosított vendégágy költségét, feltéve, hogy a kórház ilyen szolgáltatással rendelkezik;
 - műtő és annak minden eszköze, szolgáltatása használatának költsége.
- b) Egnapos sebészeti beavatkozásokat végző ambulanciákon vagy független egészségügyi központokban történő kezelés, műtét, terápia költsége, feltéve, hogy ezekre kórházi végrehajtásuk esetén a biztosítás fedezetet nyújtana.

- c) Orvosok javadalmazására fordított kiadások, kivéve a hálapénzt (paraszolvenciát): vizsgálatok, kezelések, műtétek, terápiák költsége.
- d) A kórházi ápolás ideje alatt az orvosi vizitek költsége.
- e) A következő egészségügyi és műtéti szolgáltatások, kezelések, vizsgálatok és rendelvények költsége:
- érzéstelenítés és altatás, valamint az ezekhez használt szerek beadásának költségei, feltéve, hogy az érzéstelenítést és altatást szakképzett aneszteziológus végzi;
 - laboratóriumi vizsgálatok és patológia, diagnosztikai célú röntgen vizsgálatok, sugárterápia, radioaktív izotópos eljárások, kemoterápia, electrocardiogram (EKG), szívultrahang, mielogram, elektroencefalogram (EEG), angiogram, komputer tomográfia (CT), valamint más hasonló tesztek és vizsgálatok, melyek az 6) pontban meghatározott orvosi beavatkozások végrehajtásához szükségesek, feltéve, hogy ezeket orvos végzi vagy orvosi felügyelet mellett végzik;
 - vérátömlesztés, valamint vérplazma és vérsavó beadása;
 - oxigén használata és intravénás kezelések, injekciók alkalmazása.
- f) A kórházi tartózkodás ideje alatt orvosi rendelvény alapján alkalmazandó gyógyszerek, gyógyszerészeti készítmények költsége. A gyógykezelés posztoperatív szakaszára (a külföldi gyógykezelés lezárultát követő legfeljebb 30 napra) előírt gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költsége kizárólag abban az esetben, ha ezek beszerzésére még a hazatérést megelőzően került sor.
- g) Mentőautóval vagy légimentővel történő szállítás költsége, ha azt orvos írja elő és a biztosító előzőleg jóváhagyja.
- h) Az élő szervdonor számára a szervátültetéshez, illetve a beültetendő szerv donorból történő eltávolításához kapcsolódóan nyújtott szolgáltatások költsége, úgy mint:
- a lehetséges donorok felkutatásának költsége;
 - a donor számára kizárólag a fedezett szerv- vagy szövetátültetés céljából megszervezett, külföldi gyógykezelés helyszínére menetrend szerinti járattal történő elutazás és az onnan történő hazautazás, valamint a külföldi gyógykezelés során a (szállodai) elhelyezés költségei;
 - a donornak nyújtott kórházi szolgáltatások költsége, ideértve a donor kórházi elhelyezésének és étkeztetésének költségét, az általános ápolói szolgálat költségét, a kórházi személyzet egyéb, megszokott szolgáltatásainak költségét, a laboratóriumi tesztek költségét és a kórház egyéb eszközei, berendezései használatának költségét (kivéve azokat a személyes használatra szánt eszközök költségét, melyek nem szükségesek a szervátültetés lebonyolításához);
 - a szervátültetés végrehajtásához szükséges, donoron végzett egészségügyi szolgáltatások és műtéti beavatkozások költsége.
- i) Élő szövetek átültetésével kapcsolatban felmerülő, a csontvelő pótlását, helyettesítését célzó anyagok és szolgáltatások költsége. Jelen költségtípus biztosításból történő finanszírozása csak attól az időponttól lehetséges, amikor az első, biztosítás által fedezett bármilyen költség felmerült.
- j) A biztosított és egy kísérője számára (0-18 év közötti gyermek biztosított esetén két kísérője számára, továbbá szerv- és szövetátültetés esetén a donor számára), kizárólag a külföldi gyógykezelés céljából megszervezett, a külföldi gyógykezelés helyszínére menetrend szerinti járattal történő elutazás és az onnan történő hazautazás költségei. Az utazás szervezését kizárólag a Best Doctors végzi, a biztosító a biztosított vagy a biztosított nevében eljáró harmadik fél által megszervezett utazás költségét nem téríti meg. Az utazási időpontokat a Best Doctors határozza meg a jóváhagyott kezelési terv alapján, melyről megfelelő időben tájékoztatja a biztosítottat, elegendő időt hagyva a szükséges egyéni felkészülésre. Amennyiben a biztosított változtat a Best Doctors által meghatározott utazási időpontokon, úgy a biztosítottnak meg kell térítenie minden járulékos költséget a biztosító és/vagy a Best Doctors számára, mely az új időpontban történő utazás megszervezésével és lebonyolításával jár, kivéve, ha az utazási időpontok módosítását a Best Doctors orvosi szempontból szükségesnek ítéli meg.

A fedezett utazási költségek az alábbiakra terjednek ki:

- A biztosított és egy kísérőjének (0-18 év közötti gyermek biztosított esetén két kísérőjének, továbbá szerv- és szövetátültetés esetén a donornak) a biztosított állandó lakcíméről a kijelölt repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra szállítása, turistaosztályra szóló repülő- vagy vonatjegy biztosítása a kezelés helyszínére, valamint transzfer a külföldi gyógykezelés helyszínén kijelölt szállodába.

- A Best Doctors erre kijelölt munkatársa elkíséri a biztosítottat a biztosított állandó lakcíméről a kijelölt repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra, valamint a külföldi gyógykezelés helyszínén a kijelölt szállodába.
- A Best Doctors erre kijelölt munkatársa első alkalommal elkíséri a biztosítottat a külföldi gyógykezelés helyszínén kijelölt szállodából a gyógykezelés helyszínéül szolgáló kórházba (vagy a kezelőorvoshoz), és segítséget nyújt a kórházi bejelentkezés során, valamint a kórházi kezeléshez kapcsolódó (adminisztrációs) teendők lebonyolításában.

A biztosítás keretében fedezett utazások számára nincs korlátozás, azonban minden ilyen utazást a Best Doctorsnak jelen feltételek alapján, előzetesen jóvá kell hagynia.

- k) A kizárólag külföldi gyógykezelés céljából történő utazás során a biztosított és egy kísérője számára (0-18 év közötti gyermek biztosított esetén két kísérője számára, továbbá szerv- és szövetátültetés esetén a donor számára) megszervezett (szállodai) elhelyezés költségei. A szállodai elhelyezés szervezését kizárólag a Best Doctors végzi, a biztosító a biztosított vagy a biztosított nevében eljáró harmadik fél által megszervezett elhelyezés költségét nem téríti meg. A szállodai elhelyezés időszakát a Best Doctors határozza meg a jóváhagyott kezelési terv alapján, melyről megfelelő időben tájékoztatja a biztosítottat, elegendő időt hagyva a szükséges egyéni felkészülésre. A Best Doctors a visszatérés időpontját a kezelések befejezésének időpontja és a kezelőorvossal való egyeztetés alapján határozza meg. Amennyiben a biztosított változtat a Best Doctors által meghatározott foglalási időpontokon, úgy a biztosítottnak meg kell térítenie minden járulékos költséget a biztosító és/vagy a Best Doctors számára, mely az új időpontban történő elhelyezés megszervezésével és lebonyolításával jár, kivéve, ha a foglalási időpontok módosítását a Best Doctors orvosi szempontból szükségesnek ítéli meg.

A fedezett szállás költségek az alábbiakra terjednek ki:

- Kétágyas vagy franciaágyas szoba biztosítása magas színvonalú, 3 vagy 4 csillagos szállodában, mely megfelel a gyógykezelés sikeressége érdekében felállított kritériumoknak. (A szálloda kiválasztása függ a szobák elérhetőségétől, valamint a szálloda és a kórház (kezelőorvos rendelési helye) közötti távolságtól, mely nem lehet több, mint 10 km.)

A reggeli és egyéb étkezések költségeit, valamint az egyebekben felmerülő szállodai költségeket nem fedezi a biztosítás.

A szállodában töltött, biztosítás által fedezett éjszakák számára nincs korlátozás, a szállodai elhelyezés a kezelés hosszához van igazítva.

- l) A külföldi gyógykezelés során elhalálozott biztosított (továbbá szerv- és szövetátültetés esetén az elhalálozott donor) földi maradványainak Magyarország valamely temetkezési helyére történő szállítása költségei, Jelen pont alapján azon szolgáltatások fedezettek, melyek szükségesek a holttest hazaszállításához: a szállítás minimális követelményeinek megfelelő koporsó, balzsamozási eljárás biztosításának költségei, valamint a holttest hazaszállításához szükséges adminisztratív intézkedések költségei.

- m) A külföldi gyógykezelést követően Magyarországon vásárolt gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költsége. A biztosítás jelen pont alapján kizárólag abban az esetben fedezi a gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költségét, amennyiben teljesülnek az alábbi feltételek:

- A gyógyszereket és gyógyszerészeti készítményeket a biztosítottat kezelő orvos(ok) a Best Doctors-on keresztül a kezelés folytatásához javasolják, szükségesnek ítélik meg.
- A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény a magyar szakhatóság által engedélyezett és elfogadott, valamint forgalmazása szabályozott.
- A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény igénybevétele Magyarországon orvosi rendelvényhez kötött.
- A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény Magyarországon beszerezhető.
- Az egy orvosi rendelvényre felírt gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény mennyisége nem haladhat meg két hónapnyi adagot.

Az ezen pont alapján vásárolt gyógyszereket és gyógyászati készítményeket a biztosítottnak kell beszereznie és megfizetnie. A biztosító a gyógyszer megvásárlását igazoló dokumentum, eredeti számla alapján megtéríti a gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények árát a biztosított részére. Társadalombiztosítás vagy más biztosítás által támogatott (részben finanszírozott) gyógyszerek és

gyógyszerészeti készítmények beszerzése esetén egyértelműen ki kell mutatni a biztosított által, illetve az egyéb módon finanszírozott költségeket.

- n) Kórházi napi térítés: a biztosítottat jelen biztosítás által finanszírozott külföldi gyógykezelés során minden nemzetközi kórházban töltött 24 óra alapján kórházi napi térítés illeti meg az I. számú melléklet 1) pontjában szereplő limit mértékéig.

8) Kockázatkizárások

A biztosító kockázatviselése a külföldi gyógykezelési szolgáltatás, illetve a külföldi gyógykezelési szolgáltatás megszervezéséhez és lebonyolításához kapcsolódó költségek vonatkozásában a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek kockázatkizárásokról, valamint a biztosító mentesüléséről szóló pontjaiban foglaltakon túl nem terjed ki az alábbi esetekre:

Általános kizárások

- a) Minden olyan betegség vagy sérülés kapcsán felmerülő költség, mely szeizmikus földmozgás, árvíz, vulkánkitörés és egyéb rendkívüli vagy katasztrófának minősülő jelenség közvetlen vagy közvetett hatásaként jelentkezik, ideértve a hivatalosan bejelentett járványokat is.
- b) Minden olyan költség, amely bármilyen típusú baleset eredményeképp merül fel, ideértve azon baleseteket is, melyeket a biztosított a hivatása gyakorlása közben szenvedett el, a munkahelyi baleseteket és foglalkozási ártalom miatt kialakult betegségeket, valamint a gépjárműhasználat közben fellépő baleseteket is.
- c) Minden olyan gyógykezelés, amelyet alkoholizmussal, kábítószer függőséggel és/vagy bódító hatású anyagok használatával kapcsolatban rendeltek el, túlzott alkoholfogyasztás és/vagy pszichoaktív, narkotikus vagy hallucinogén kábítószeres használata miatt. Szintén kizárásra kerülnek a biztosításból a biztosított öngyilkossági kísérletének, valamint az öncsonkításra, önnön megkárosítására tett kísérletének következményei, illetve az ebből eredő betegségek.

Orvosi, egészségügyi kizárások

- d) Minden meglévő betegség.
- e) Minden olyan kísérleti gyógyellátás, diagnosztikai, terápiás célú és/vagy műtéti beavatkozás, melyek biztonságát és megbízhatóságát tudományos módon nem igazolták.
- f) A biztosított HIV (AIDS) vírus fertőzöttsége, illetve minden olyan betegség, mely összefüggésben áll a biztosított HIV (AIDS) vírus fertőzöttségével vagy annak bármilyen kezeléssel, ideértve a Kaposi szarkóma néven ismert betegséget is.
- g) Minden olyan költség, amely alternatív gyógyászat alkalmazása során merül fel, még abban az esetben is, ha kimondottan orvosi rendelvényre vették igénybe.
- h) Minden olyan kezelés, szolgáltatás, ellátás vagy egyéb terápiás terv költsége, mely olyan betegség kapcsán merül fel, melyre a legmegfelelőbb gyógymód a szervátültetés.
- i) Minden olyan betegség, amelynek oka szervátültetés, kivéve, ha az adott betegségre a szerződés kockázatvállalása kifejezetten kiterjed.

Nem fedezett költségek, kiadások

- j) Minden olyan diagnózissal, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy egyéb terápiás tervvel kapcsolatos vagy azzal összefüggő költség, amely Magyarországon merült fel, a 7) m) pontban részletezett gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények kivételével.
- k) Minden olyan diagnózissal, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy egyéb terápiás tervvel kapcsolatos vagy azzal összefüggő költség, amely akkor merült fel, amikor a biztosított a kárbejelentést megelőzően, több mint 91 napon keresztül megszakítás nélkül Magyarország határain kívül tartózkodott.
- l) Minden olyan költség, mely szülési és gyermekágyi kezelés, otthoni ápolás, szanatóriumi központ vagy ápolási intézmény (elfekvő osztály) által nyújtott szolgáltatások, haldokló páciensek gondozása (hospice) vagy idősek otthonában nyújtott szolgáltatások kapcsán merül fel, még akkor sem, ha ezen szolgáltatások a szerződés által fedezett betegségek vagy orvosi beavatkozások folytán válnak szükségessé.
- m) Mindenfajta protézis vagy egyéb ortopédiai eszközök, fűzők, kötszerek, mankók, művégtagok és szervek, parókák (még abban az esetben sem, ha használata kemoterápiás kezelés következtében válik szükségessé), ortopéd cipők, sérvkötők és egyéb hasonló felszerelések vagy eszközök költsége, kivéve az emlőeltávolító műtét esetében használt mellprotézisek, valamint a szívbillentyű protézisek költségét.

- n) Minden olyan gyógyszerészeti termék vagy gyógyszer költsége, melyet nem hivatalos gyógyszertárban vásároltak, vagy amely orvosi rendelvény nélkül beszerezhető.
- o) A 7) m) pont vonatkozásában: minden olyan gyógyszer és gyógyszerészeti készítmény költsége, melyet az állami társadalombiztosítás vagy a biztosított más biztosítási szerződése finanszíroz. Minden olyan költség, mely gyógyszerek vagy gyógyszerészeti készítmények beszerzésének adminisztrációjával kapcsolatos. Minden olyan költség, mely gyógyszerek vagy gyógyszerészeti készítmények Magyarországon kívüli beszerzésekor merült fel. Minden olyan költség, melynek igazolásáról a számlát a gyógyszerek vagy gyógyszerészeti készítmények megvásárlását követő 180. nap után küldték meg a biztosítónak.
- p) Minden olyan költség, amely agyi szindróma, szenilitás vagy agykárosodás miatt szükségessé vált orvosi felügyelet vagy elzárás kapcsán merül fel, függetlenül a betegség előrehaladottságának fokától.
- q) Az olyan fordítási, telefon-használati és egyéb költségek, melyek személyes célú használattal jellemezhető vagy nem egészségügyi természetű tételek vonatkozásában merülnek fel.
- r) Minden olyan költség, amely kerekesszékek, speciális ágyak, légkondicionáló vagy légtisztító berendezések, vagy az előzőekhez hasonló felszerelések megvásárlása vagy bérlete kapcsán merül fel.
- s) Minden olyan költség, amely a biztosított, a biztosított rokonai és kísérei részéről - illetve részükre nyújtott szolgáltatások kapcsán - merül fel, kivéve azokat, amelyeket a jelen szerződés kifejezetten megenged.
- t) Minden olyan költség, amely szerv- vagy szövetátültetés esetén a donor részéről - illetve részére nyújtott szolgáltatások kapcsán - merül fel, és amelyre fedezetet nyújt a donor saját egészségbiztosítása.
- u) Orvosszakmai szempontból szükségtelen és indokolatlan költségek.
- v) Minden olyan költség, mely a külföldi gyógykezelés helyszínén kijelölt szálloda és a gyógykezelés helyszínéül szolgáló kórház (vagy a kezelést végző orvos) közötti utazással kapcsolatban merül fel.

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások rákkezelés vonatkozásában

- w) Minden olyan tumor, ami HIV (AIDS) vírus jelenlétében alakul ki.
- x) A bőrrák, kivéve a rosszindulatú melanómákat.

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások szívkoszorúér áthidaló (by-pass) műtét vonatkozásában

- y) Minden olyan szívkoszorúér betegség, melynek kezelése során a by-pass műtéttől eltérő technikát alkalmaztak, így például az angioplasztikai sebészet bármely típusa.
- z) Az aorta traumás sérülései.

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások szívbillentyű csere vagy helyreállítás vonatkozásában

- aa) A szívbillentyűk traumás sérülései.

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások idegsebészeti beavatkozás vonatkozásában

- bb) Traumás sérülés következtében szükségessé váló koponyaműtét (kraniotómia).

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások élő donoros szervátültetés és csontvelő átültetés vonatkozásában

- cc) Az olyan transzplantáció, amely alkoholizmus következtében kialakuló májzsugor miatt válik szükségessé.
- dd) Az olyan transzplantáció, amelyet saját szerv felhasználásával hajtanak végre, kivéve a csontvelő-átültetést.
- ee) Az olyan transzplantáció, melyben a biztosított donorként szerepel.
- ff) A nem élő donoros szervátültetés.
- gg) Az olyan szervátültetés, mely során összejt kezelést használnak.
- hh) Olyan szervátültetés, mely a donor szerv megvásárlása miatt válik lehetségessé.

9) A biztosítás tartama

A biztosítási szerződés határozott, egy éves tartamra jön létre, mely tartam meghosszabbítható. A biztosítási időszak a biztosítás tartamán belüli, az egyes biztosítási évfordulók közötti 1 év. Az egy éves tartamú biztosítási szerződés további egy évvel változatlan feltételekkel automatikusan meghosszabbodik akkor, ha a biztosítási időszak végét megelőző 15. napig a szerződő nem intéz a biztosítóhoz ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, és a meghosszabbításkor esedékes biztosítási díjat a szerződő annak esedékességkor befizeti. Ezt a szabályt a hosszabbítás leteltekor is megfelelően alkalmazni kell.

I0) Díjfizetés

- a) A biztosítási díj fizetése az ajánlaton megjelölt gyakorisággal és módon történik. Különböző díjfizetési gyakoriságok mellett az egy éves biztosítási időszakra számolt biztosítási díjak nem feltétlenül egyeznek meg, a biztosító havinál ritkább díjfizetési gyakoriság esetén kedvezményt adhat. A biztosítási díjak szerződéskötéskor érvényes alap mértékét az 1. számú melléklet 3) pontja tartalmazza. A biztosítási szerződésre befizetett biztosítási díjak forintban teljesítendőek.
- b) A biztosító a csoportos biztosításba bevont biztosítottak száma alapján díjkedvezményt adhat.
- c) A kezdeti biztosítási díj az ajánlaton kerül feltüntetésre.
- d) A tartam alatt kilépő biztosított után a biztosítási időszakból a kilépésig eltelt hónapokra, illetve a tartam alatt bejelentett új biztosított után, a még hátralévő időszakra az éves biztosítási díj időarányos részét kell fizetni. A díjfizetés szempontjából adott biztosított minden biztosítási szerződésben megkezdett hónapja egy hónapnak számít. A havonta fizetendő díj az éves díj 1/12 része. Az év közbeni létszámváltozás miatti díjkorrekciót a felek a biztosítási évfordulón utólagos elszámolással állapítják meg. A felek ettől eltérően is megállapodhatnak.
- e) **Ha a szerződő nem fizeti meg az esedékessé vált biztosítási díjat az elmaradt díj megfizetésére vonatkozó felszólításban meghatározott póthatáridőig, a díjfizetésre vonatkozóan írásban halasztást nem kapott, és a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton sem érvényesítette, a biztosító az elmaradt díj megfizetésére vonatkozó felszólításban meghatározott póthatáridőig viseli a kockázatot. A biztosító – a díjfizetés elmulasztásának következményeire történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított legalább 30 napos póthatáridő tűzésével (mely jellemzően az esedékességet követő 60. nap) a teljesítésre írásban felhívja.**
- f) Ha a biztosítási esemény bekövetkezésekor a szerződőnek díjmaradása van, a biztosító az adott biztosítási esemény vonatkozásában szolgáltatást teljesít (ha azt minden más feltétel is lehetővé teszi), valamint a biztosító az esedékes, de még meg nem fizetett díjat továbbra is elvárja, és a díj iránti igényét bírósági úton is érvényesítheti.

I1) A biztosított kárenyhítési kötelezettsége

A biztosított köteles enyhíteni a káresemény következményeit minden olyan eszközzel, ami a mielőbbi gyógyulás érdekében felhasználható. Amennyiben a biztosított nem tesz eleget kárenyhítési kötelezettségének, a biztosító mentesül a jelen szerződésből eredő és a folyamatban lévő káreseménnyel kapcsolatos szolgáltatási kötelezettségei alól.

I2) Kárfolyamat

Ha a biztosítottnál a kockázatviselés ideje alatt olyan betegséget diagnosztizálnak, mely a 6) pontban szerepel és/vagy amelynek kezelésére a 6) pontban meghatározott orvosi beavatkozások valamelyikét javasolták, a biztosított vagy a biztosított nevében jogszerűen eljáró személy köteles az alábbi folyamat szerint eljárni.

A jelen pontban szabályozott kárfolyamatnak megfelelő eljárás előfeltétele annak, hogy a biztosított jogosult lehessen a jelen szerződésben fedezett betegségekkel és orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos bármilyen kezelésre, szolgáltatásra, ellátásra vagy terápiás tervre. Továbbá, ha a biztosított az előzetes fedezetigazolás kibocsátása előtt igénybe vesz az adott betegséghez kapcsolódó bármilyen egészségügyi kezelést vagy ellátást, illetve ha nem azon külföldi egészségügyi szolgáltatók szolgáltatásait veszi igénybe, melyeket a biztosító és a Best Doctors ajánl, akkor a biztosító és a Best Doctors mentesül az adott betegséghez kapcsolódó minden szolgáltatási kötelezettsége alól.

a) Kárbejelentés

A biztosított vagy a biztosított nevében jogszerűen eljáró személy köteles mielőbb felvenni a kapcsolatot a biztosítóval vagy a Best Doctors-szal, hogy bejelentse a potenciális káreseményt, és igényelje a második orvosi szakvélemény (InterConsultation) szolgáltatást. A biztosításhoz kapcsolódó kárigények bejelentésére szolgáló Best Doctors Egészségvonal száma megtalálható az 1. számú melléklet 2) pontjában, valamint a biztosító honlapján (www.cigpannonia.hu).

A Best Doctors tájékoztatja a biztosítottat minden olyan intézkedésről, mely ahhoz szükséges, hogy az InterConsultation szolgáltatás keretében megvizsgálhassák a biztosítottra vonatkozó orvosi dokumentációt, és elkészíthessék a második orvosi szakvéleményt.

b) Második orvosi szakvélemény kibocsátása és a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra való jogosultság elbírálása

A második orvosi szakvélemény (InterConsultation) szolgáltatás eredményeképp a biztosított megkapja a második orvosi szakvéleményt, valamint a Best Doctors visszajelzését azzal kapcsolatban, hogy a második orvosi szakvélemény diagnózisa alapján a biztosítási szerződés a külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében fedezetet nyújt-e a 6) pontban meghatározott orvosi beavatkozások valamelyikére. Amennyiben megerősítésre kerül, hogy a biztosítási szerződés fedezetet nyújt a diagnosztizált betegség külföldi kezelésére, és a biztosított úgy dönt, hogy igénybe veszi a külföldi gyógykezelési szolgáltatást (tehát vállalja a Magyarországon kívüli, külföldi gyógykezelést), a biztosított köteles ezen döntéséről a biztosítót vagy a Best Doctors-t értesíteni.

A második orvosi szakvélemény kibocsátása és biztosítotthoz történő eljuttatása általában 10-30 munkanapot vesz igénybe attól az időponttól kezdve, amikor a Best Doctors a második orvosi szakvélemény kialakításához szükséges összes orvosi dokumentációhoz hozzájut.

c) Külföldi kórház kiválasztása

Abban az esetben, ha a biztosított igénybe kívánja venni a külföldi gyógykezelési szolgáltatást, a Best Doctors összeállítja és eljuttatja a biztosított részére a Best Doctors által az adott betegség kezelésére javasolt külföldi kórházak listáját.

A javasolt kórházak kiválasztása és a javasolt kórházak listájának biztosítotthoz történő eljuttatása a biztosított külföldi gyógykezelési szolgáltatás iránti igényének Best Doctors-hoz történő megérkezését követően általában 10 munkanapon belül megtörténik.

A biztosítottnak a lista kézhezvételétől számítva három hónapon belül jeleznie kell a Best Doctors felé, hogy mely kórházat választotta.

d) Előzetes fedezetigazolás

Miután a biztosított értesíti a Best Doctors-t, hogy a javasolt kórházak közül melyikben kívánja a külföldi gyógykezelési szolgáltatást igénybe venni, a Best Doctors teljes körűen megszervezi a választott kórházban történő gyógykezelést, továbbá gondoskodik egy előzetes fedezetigazolás kibocsátásáról, mely kizárólag a kiválasztott kórházra érvényes.

A biztosított az előzetes fedezetigazolás alapján lesz jogosult igénybe venni a megfelelő orvosi beavatkozáshoz kapcsolódó kezeléseket, szolgáltatásokat, ellátásokat és terápiákat a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatásoknak, valamint az előzetes fedezetigazolásban meghatározott feltételeknek és korlátozásoknak megfelelően.

A külföldi gyógykezelés teljes körű megszervezése (ideértve a biztosított elszállásolásának, utaztatásának megszervezését is) és az előzetes fedezetigazolás kibocsátása általában 10 munkanapon belül lezajlik attól az időponttól kezdve, amikor a biztosított értesíti a Best Doctors-t a választott kórházról.

Az előzetes fedezetigazolás a kiállítás dátumától számítva három hónapig érvényes. Amennyiben a biztosított ez alatt az idő alatt nem kezdi meg kezelését a jóváhagyott kórházban, akkor az előzetes fedezetigazolás hatályát veszti, és a biztosítottnak egy új előzetes fedezetigazolás kiállítását kell kérvényeznie.

e) A külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó költségek megtérítése

Miután a Best Doctors igazolta, hogy a biztosított jogosult a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra, és a biztosított megkapta az előzetes fedezetigazolást, valamint a Best Doctors megszervezte és felügyelte az előzetes fedezetigazolásban meghatározott feltételeknek és korlátozásoknak megfelelő kezeléseket, szolgáltatásokat, ellátásokat és terápiákat a kiválasztott és az előzetes fedezetigazolásban szereplő kórházban, a biztosító átvállalja és megfizeti a biztosított vonatkozásában felmerülő, 7) pontban részletezett költségeket a szerződési feltételekben meghatározott korlátozásokkal, kizárásokkal és feltételekkel.

A biztosított, valamint a biztosított hozzátartozói kötelesek hozzájárulni, hogy a Best Doctors-t vagy a biztosítót képviselő orvosok a teljes kárfolyamat során bármikor felkeressék a biztosítottat, s a biztosító által a kárfolyamat szempontjából lényegesnek ítélt

minden információt, felvilágosítást beszerezzenek. E hozzájárulással egy időben a biztosított felmentést ad a biztosítottat felkereső orvosoknak az orvosi titoktartás alól. Ezen kötelezettségek megsértése esetén a biztosított lemond a biztosítási szerződésből eredő, adott kárigényhez kapcsolódó jogairól.

I3) Megtérítési igény

- a) Amennyiben a biztosító a jelen szerződés alapján felmerülő költségeket megtérítette, úgy a kifizetett költségtérítés erejéig a biztosítót illetik meg azon jogok, melyeket a biztosított gyakorolt a kárért felelős harmadik személlyel szemben. A biztosított köteles aláírni azon dokumentumokat, melyek a biztosító megtérítési igényét biztosítják. A megszűnt követelés biztosítékai fennmaradnak, és a követelést biztosítják.
- b) A biztosító megtérítési igényét nem gyakorolhatja a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozóval szemben.
- c) Amennyiben a biztosító nem térítette meg a teljes kárt, és a károkozóval szemben keresetet indít, erről tájékoztatja a biztosítottat, és a biztosított kérésére a biztosított igényét is érvényesíti. A biztosító a biztosított igényének érvényesítését a költségek előlegezésétől függővé teheti. A biztosító a megtérült összegből elsőként a biztosított követelését elégíti ki.

I4) A biztosítási díj és a térítési összeghatárok felülvizsgálata és módosítása

- a) A biztosító fenntartja a jogot, hogy évente felülvizsgálja és módosítsa:
 - a jelen feltételek I. számú mellékletének 3) pontjában feltüntetett biztosítási évforduló után esedékessé váló fizetendő biztosítási díjakat; illetve
 - a jelen feltételek I. számú mellékletének 1) pontjában feltüntetett térítési összeghatárokat.
- b) Függetlenül a biztosítási díjak és a térítési összeghatárok éves felülvizsgálatától, az évfordulót követően esedékessé váló biztosítási díjak a biztosítási évfordulón a biztosított aktuális kora szerint és a biztosítási évfordulón érvényes aktuális díjtáblák alapján kerülnek kiszámításra. A biztosított évfordulón aktuális korát a biztosító a 2) k) pontban leírtak szerint veszi figyelembe. A szerződő elfogadja, hogy a biztosítottnak a biztosítási évfordulón aktuális kora szerint fizeti a biztosítási díjat.
- c) A biztosító a következő tényezők alapján lehet jogosult a korcsoportonként meghatározott biztosítási díjakat és a térítési összeghatárokat módosítani: a szerződés pénzügyi és biztosításmatematikai fenntarthatósága érdekében végzett technikai és biztosításmatematikai számítások alapján, a fedezett orvosi beavatkozások költségnövekedésének elemzése alapján, a tapasztalt kárgyakorlás alapján, a fedezett orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos technológiai innovációk elemzése alapján, a viszontbiztosítási díj módosítása alapján, a Best Doctors-nak fizetendő szolgáltatási díj változása alapján, a magyar fizetőeszköz euróhoz viszonyított értékének változása alapján, vagy bármely olyan egyéb fejlemény vagy körülmény alapján, mely befolyásolhatja a jelen szerződés szerint nyújtott szolgáltatások költségét.
- d) A biztosító a biztosítási díjakra, illetve a térítési összeghatárookra irányuló azon módosítási szándékáról, melyet nem a biztosított aktuális életkorának változása indokol, legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően legalább 30 nappal értesíti a szerződőt. Ha a szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 15. napig nem nyilatkozik írásban a biztosítási díj, illetve a térítési összeghatárok módosításával kapcsolatban, úgy a biztosítási díj, illetve a térítési összeghatárok a biztosítási évfordulótól a módosítási javaslatnak megfelelően változnak. A szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 15. napig a módosító javaslatot írásban elutasíthatja, mely egyben a szerződés felmondását jelenti.

I5) Jogi nyilatkozat

- a) A szerződő és a biztosított az ajánlaton tett aláírásával egyúttal azt is igazolja, hogy ismeri és elfogadja a jelen szerződési feltételek összes pontját, különösképp azon pontokat, melyek korlátozzák, illetve meghatározzák a biztosítási díjért cserébe vállalt kockázatot, és vállalják, hogy a jelen szerződésben meghatározott feltételek alapján járnak el.

- b) A szerződő igazolja, hogy a szerződéskötést megelőzően a biztosító tájékoztatta a jelen szerződés kapcsán alkalmazandó jogról, a panaszkezelési folyamatról, a biztosító és a felette felügyeletet gyakorló szerv pontos címéről, valamint a biztosító főbb adatairól.

I 6) A biztosítási fedezet és a biztosítás megszűnése

A biztosítás kifizetés nélkül megszűnik a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 22.1. a) - d) pontjában foglalt eseteken kívül:

- a) abban az esetben, ha a biztosító a 17) d) pont alapján felmondja a szerződést;
- b) abban az esetben, ha a szerződő 14) d) vagy 17) c) pont alapján felmondja a szerződést;
- c) ha az egészségi kockázatbírálással létrejövő csoportos egészségbiztosítás főbiztosítottjainak száma 3 fő alá csökken;
- d) ha az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás főbiztosítottjainak száma 10 fő alá csökken.

Adott biztosítottra a fentiekben túl kifizetés nélkül megszűnik a biztosító kockázatviselése:

- a) azon a biztosítási évfordulón, amikor a biztosított betölti a 85. életévét;
- b) a biztosított halála esetén;
- c) abban az esetben, ha a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra teljesített összes biztosítói kifizetés az adott biztosított vonatkozásában meghaladja a biztosítás teljes tartamára érvényes, összesített térítési összeghatárt;
- d) **abban az esetben, ha a biztosított a kockázatviselési időszak során bármely 12 hónapos periódust tekintve legalább 91 napon keresztül megszakítás nélkül Magyarország határain kívül tartózkodik;**
- e) abban az esetben, ha az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás főbiztosítottja az ajánlatban rögzített csoportképző ismérv alapján meghatározott főbiztosított csoportnak már nem tagja;
- f) a biztosított írásbeli nyilatkozatával;
- g) a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 22.2. e) – f) pontjában foglalt esetekben.
- h) A hozzátartozói biztosítottra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése a fentiekben túl kifizetés nélkül megszűnik abban az esetben, amikor arra a főbiztosítottra vonatkozóan, akinek a hozzátartozójaként bevonásra került, bármely okból megszűnik a biztosító kockázatviselése.

Abban az esetben, amikor a biztosító kockázatviselése a biztosított vonatkozásában megszűnik

-a külföldi gyógykezelés során, vagy

-amikor a biztosító már kibocsátotta az előzetes fedezetigazolást a biztosított számára,

akkor a biztosító a kockázatviselés végét követő 6. hónap végéig vállalja a szerződésben foglalt szolgáltatások teljesítését a biztosított számára az előzetes fedezetigazolásban szereplő mértékben és limitekkel.

I 7) Egyéb rendelkezések

- a) **A biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal, kötvénykölcsönre, a szerződés díjmentesítésére, valamint visszavásárlására nincs lehetőség.**
- b) A biztosító a biztosítás díjának kalkulációja során technikai kamatlábat nem használt. A biztosítás többelhozam-visszatérítéssel nem rendelkezik.
- c) Jelen biztosítást a szerződő legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 15. napig a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, a biztosítási évfordulóra felmondhatja (elutasíthatja a szerződés tartamának automatikus meghosszabbodását).
- d) A biztosítónak a biztosítási szerződés rendkívüli felmondására ad okot, ha a biztosító és a Best Doctors (mint szerződő felek) között a biztosítás szolgáltatásainak nyújtására létrejött szolgáltatási szerződés bármilyen okból megszűnik. Ebben az esetben a biztosító a biztosítási szerződést legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig, a biztosítási évfordulóra felmondhatja (elutasíthatja a szerződés tartamának automatikus meghosszabbodását), melyről írásban tájékoztatja a szerződőt.

- e) A biztosítás díjának és térítési összeghatárainak értékkövetésére nincs lehetőség.
- f) Egészségi kockázatelbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás esetében a szerződő köteles azt a főbiztosítottat a biztosító formanyomtatványán haladéktalanul kiléptetni a szerződésből, aki kikerül az ajánlatban megjelölt csoportképző ismerv szerint meghatározott főbiztosított körből. A biztosított kiléptetéséhez az adott biztosított hozzájárulása nem szükséges. A kiléptetett biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a biztosított csoportból való kilépés napján 24 óráig szűnik meg.
- g) Jelen különös feltételek szerint létrejött csoportos egészségbiztosítási szerződés esetében a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 22.1.e) pontja szerinti felmondásra nincsen lehetőség.
- h) **A szerződő nem kérheti a díjfizetés szüneteltetését.**
- i) **Nem természetes személy szerződő esetén az alkalmazandó jog, természetes személy szerződő esetén a biztosító által alkalmazni javasolt jog Magyarország joga.**

I. számú melléklet

I) A külföldi gyógykezelési szolgáltatáshoz rendelt térítési összeghatárok biztosítottanként

	Térítési összeghatárok
Összesített limit	1 000 000 € / biztosított / biztosítási év
Összesített limit - a biztosítás teljes tartamára	2 000 000 € / biztosított
Kórházi napi térítés – káreseményenként maximum 60 napig	100 € / nap / biztosított
Otthoni gyógyszeres kezelés költségeinek térítése - a biztosítás teljes tartamára	50 000 € / biztosított

2) Best Doctors Egészségvonal: +36-80-44-20-00

3) A Best Doctors® Csoportos Egészségbiztosítás alap díjai

	Éves díj	Féléves díj	Negyedéves díj	Havi díj
Gyermek díja* (0 – 18 éves)	33 600 Ft	17 150 Ft	8 750 Ft	2 975 Ft
Egyéni díj (19 – 64 éves)	73 850 Ft	37 800 Ft	19 250 Ft	6 475 Ft
Egyéni díj (65 – 84 éves)	133 700 Ft	68 250 Ft	34 650 Ft	11 725 Ft

*Amennyiben a szerződésbe háromnál több gyermeket kívánnak bevonni, úgy a negyedik és további gyermekek díja ingyenes.

2. számú melléklet: Kiterjesztett szolgáltatások szerződési feltételei

1) Kiterjesztett InterConsultation (második orvosi szakvélemény) szolgáltatás

- a) A biztosítás szolgáltatásainak részeként a biztosító és a Best Doctors a Különös Feltételek 2) r) pontjában definiált InterConsultation (második orvosi szakvélemény) szolgáltatást a biztosított bármely kritikus, krónikus, vagy degeneratív kórállapota vonatkozásában nyújtja, ideértve azokat a kórképeket is, melyek befolyásolják a mindennapi normális életvitel fenntartásához szükséges képességeket.
- b) **A biztosító kockázatviselése a kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatás vonatkozásában nem terjed ki az alábbi esetekre:**
 - gyors lefolyású, akut kórképek;
 - enyhe krónikus betegségek;
 - pszichiátriai kórképek;
 - fogászati problémák;
 - nem veheti igénybe a szolgáltatást az, aki kórházba felvételt nyert és éppen kórházi kezelés alatt áll;
 - nem vehető igénybe a szolgáltatás azon kórképek esetében, melyet a biztosítottnál Magyarországon szakorvos még nem vizsgált, illetve diagnosztizált.
- c) **Kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatás igénybevétele nem jogosít fel a Különös Feltételek 4) pontjában meghatározott külföldi gyógykezelési szolgáltatás igénybevételére. A biztosítás nem fedezi a szükséges(sé váló) gyógykezelések, (diagnosztikai) vizsgálatok, orvosi konzultációk költségét.**
- d) **Kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatás iránti igény benyújtására legkorábban a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónapos időszak elteltével nyílik lehetőség, függetlenül attól, hogy a kárigény alapjául szolgáló betegséget mikor diagnosztizálták, illetve hogy e betegség első tünetei mikor jelentkeztek.**
- e) **A kárbejelentést követően bekért orvosi dokumentáció alapján a Best Doctors dönt arról, hogy a diagnosztizált betegség, amire a kárigényt alapították, kritikusnak, krónikusnak vagy degeneratívnak minősül-e. Amennyiben a diagnosztizált betegség nem tartozik a kiterjesztett szolgáltatás körébe, erről a Best Doctors vagy a biztosító a szerződőt értesíti.**
- f) A kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatás nyújtásának feltétele, hogy a biztosított által benyújtott orvosi dokumentáció a biztosított betegségével kapcsolatos aktuális állapotát tükrözze. A legtöbb betegség esetében az orvosi dokumentáció nem lehet 1 évnél régebbi. A kárigény bejelentését követően a Best Doctors dönt arról, hogy pontosan mely orvosi dokumentumok szükségesek a második orvosi szakvélemény elkészítéséhez.
- g) A kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatás igénybevételére a Különös Feltételek 8) pontjában található kockázatkizárások, korlátozások nem vonatkoznak.

2) Kiterjesztett FindBestCare szolgáltatás

- a) Amennyiben a biztosított igénybe veszi a kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatást – ugyanakkor a biztosítás a külföldi gyógykezelés finanszírozására nem nyújt fedezetet –, a biztosított ez irányú igénye esetén a biztosító és a Best Doctors a kiterjesztett FindBestCare szolgáltatás keretében vállalja a biztosítás által nem fedezett külföldi gyógykezelés teljes körű, a biztosítás külföldi gyógykezelési szolgáltatásával megegyező színvonalú megszervezését.
- b) **A biztosítás nem fedezi a kiterjesztett FindBestCare szolgáltatás keretében megszervezett külföldi gyógykezelés költségeit. Ez esetben a külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó minden költséget a biztosítottnak kell megfizetnie.**

A kiterjesztett szolgáltatásokról bővebb felvilágosításért kérjük forduljon a CIG Pannónia Életbiztosító ügyfélszolgálatához:

+36-1-5-100-200

A kiterjesztett szolgáltatások iránti igény bejelentéséhez kérjük hívja a Best Doctors Egészségvonalat:

+36-80-44-20-00