



A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételei

1) Általános rendelkezések

- Jelen feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket – ellenkező kikötés hiányában – a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1., továbbiakban: biztosító) baleset- és egészségbiztosítási szerződéseire és biztosítási szerződéseinek baleset- és egészségbiztosítási kockázatot tartalmazó részeire (továbbiakban biztosítás) alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.
- A jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei az irányadók.
- A szerződés nyelve magyar.

2) Biztosítási esemény

A biztosított:

- balesetből, illetve betegségből eredő halála,
- balesetből eredő, az 1. számú mellékletben részletezett módon megállapított maradandó funkció károsodása,
- balesetből vagy betegségből eredő folyamatos, megszakítás nélküli kórházi fekvőbeteg-ellátása, amennyiben az orvosszakmai szempontból szükségesnek tartott,
- balesetből vagy betegségből eredően végrehajtott műtete, amennyiben az orvosszakmai szempontból szükségesnek tartott.

3) Fogalmak

- adminisztrációs és kötvényesítési költség:** a szerződés 10) b) pont szerinti 30 napos felmondása esetén az Általános Életbiztosítási Feltételek 22) j) pontja alapján a biztosító által a felmondási összegből felszámolt költség.
- biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére, illetve egészségi állapotával kapcsolatban a biztosítás létrejön, és akit az ajánlatban biztosítottként neveztek meg. A szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, ha a szerződést nem ő köti meg. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben a kedvezményezettnek a biztosítottat vagy örökösét kell tekinteni, aki – a csoportos biztosítás esetét kivéve – a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket. A biztosított a szerződő beleegyezésével a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor a szerződő helyébe léphet, ehhez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződőt megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át. A biztosított szerződésbe (szerződői pozícióba) lépése esetén a folyó biztosítási időszakban az esedékessé vált biztosítási díjak megfizetéséért a szerződő és a biztosított egyetemlegesen felel. A szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződőnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülő köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása is szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozati tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.
- kórház:** az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott, fekvőbeteg-ellátást nyújtó kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és felügyelet alatt állnak. Jelen feltételek alapján nem minősülnek kórháznak – még akkor sem, ha azok kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézmények, az idült és gyógyíthatatlan betegségben szenvedők számára fenntartott gyógy- és gondozóintézetek, szociális otthonok, geriatriai krónikus intézetek, ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.
- 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. A biztosító a műtéteket, beavatkozásokat a biztosítási szolgáltatás szempontjából öt – kis, közepes, nagy, kiemelt, kizárt műtétek – kategóriába sorolja be. Jelen feltételek 2. számú melléklete tartalmaz egy tájékoztató listát az egyes műtétek kategóriáikba sorolásáról. **A biztosító részletes műtéti listája alapján a biztosító orvosa állapítja meg az adott műtét besorolási kategóriáját.** Amennyiben az adott műtét nem szerepel a biztosító részletes műtéti listájában, és ugyanott kizárásra sem kerül, úgy az adott műtét műtéti besorolása – a műtét jellege és súlyossága alapján – a biztosító orvosának joga. A műtétek WHO kódok szerinti besorolásának részletes listája a biztosítónál tekinthető meg. A biztosító a műtétek kategóriákba sorolását naptári évenként egy alkalommal, legkésőbb május 31-ig felülvizsgálja és a listát a vizsgálatot követően módosítja vagy változatlan tartalommal érvényben hagyja. A módosítások a hatályba lépés dátumától kezdődően valamennyi, érvényben lévő szerződésre vonatkoznak. A mindenkor aktuális műtéti lista kivonatát (2. számú melléklet) a biztosító a webhelyén (www.cigpannonia.hu) teszi közzé.



4) A biztosító szolgáltatása

- A biztosító a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén haláleseti, baleseti eredetű marandó funkció károsodási, baleseti vagy betegségi eredetű kórházi ápolási napi térítést, vagy műtéti térítést, vagy díjfizetés átvállalási szolgáltatást nyújt, illetve a különös feltételekben meghatározott betegségek esetén a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére. A biztosító szolgáltatását a kiegészítő biztosításra vonatkozó különös feltételek határozzák meg.
- A biztosító egyösszegű szolgáltatását az arra jogosult a kiegészítő biztosításra vonatkozó különös feltételek alapján egy összegben, járadék formájában, vagy a kettő kombinációjaként kérheti. A járadék fizetése a szolgáltatásra jogosult és a biztosító között ebből a célból létrejövő biztosítási szerződés alapján történik.
- A biztosító a szolgáltatását a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül teljesíti.
- A biztosító a jelen feltételekre hivatkozással megkötött biztosítási szerződésekben a szerződő által választható biztosítási összegekre korlátozásokat állapíthat meg. Ezeket az egyes biztosításokra vonatkozó különös feltételek tartalmazzák.
- Az esedékessé vált, de be nem fizetett biztosítási díjak, valamint a kötvénykölcsön után fennálló tartozások összegét a biztosító a kifizetéséből levonja.
- A biztosító szolgáltatásának teljesítése az arra jogosult által megjelölt módon bankszámlára, vagy postai címre történő utalással történik a szerződés devizanemében.
- Forint alapú biztosítás esetén a biztosító csak a legalább 1000 forintot elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Euró alapú biztosítás esetén a biztosító csak a legalább 5 eurót elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Amennyiben a kifizetés összege ez alatt marad, úgy a biztosító a kifizetéstől eltekint, kifizetést nem teljesít, illetve amennyiben a kifizetés alapját képező esemény miatt a szerződés megszűnik, úgy ebben az esetben a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg.**

5) A biztosítási díj felülvizsgálata és módosítása

- A biztosítási események bekövetkezése valószínűségének változása miatt a biztosító jogosult a szerződés felülvizsgálatára és az évforduló után esedékessé váló fizetendő biztosítási díj módosítására.
- A biztosító a díj módosítási szándékáról legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 45 nappal értesíti a szerződőt. Ha a szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig nem nyilatkozik írásban a díj módosításával kapcsolatban, úgy a szerződés díja a módosítási javaslatnak megfelelően változik. Ha a szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig a módosító javaslatot írásban elutasítja, kérheti a biztosítási összeg módosítását a díj változatlanul hagyása mellett, illetve a biztosítási évforduló előtti 30. napig a szerződést írásban felmondhatja.
- Amennyiben a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása nem okozza a biztosítási kockázat jelentős növekedését, s a szerződő nem él a b) pontban felkínált lehetőségek egyikével sem, a biztosítás változatlan feltételekkel marad fent. Amennyiben a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása a biztosítási kockázat jelentős növekedését okozza, s a szerződő nem él a b) pontban felkínált lehetőségek egyikével sem, a biztosítási szerződés megszűnik a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.

6) A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- A biztosított életben léte esetén a biztosító teljesítésének feltétele, hogy a biztosított a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges körülményekre vonatkozóan felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték és felhatalmazza a biztosított, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszerezze, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.
- Kárbiztosítás esetén a szerződő és a biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.
- A szerződő és a biztosított a biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. Ennek megfelelően a betegség első orvosi diagnózisát követően, illetve balesetet követően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás végéig folytatni kell. Továbbá gondoskodnia kell a megfelelő ápolásról és törekednie kell a további biztosítási esemény lehetőség szerinti elhárítására, illetve a bekövetkezett károk enyhítésére. A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a biztosított terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre. **Ha a biztosított a kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget és emiatt a biztosított állapota súlyosbodott, a biztosító mentesül az ilyen jellegű állapot súlyosbodásából eredő szolgáltatási kötelezettség alól.** Ha az egészségbiztosítást kárbiztosításként kötötték, akkor a kárenyhítési kötelezettség szabályainak alkalmazása során nem tekinthető a biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.
- A biztosított hozzájárul, hogy vitás esetekben a szolgáltatási igény elbírálása érdekében a biztosító az általa megbízott orvosokkal vizsgálatot végeztessen.
- A biztosító a szolgáltatásának teljesítéséhez az Általános Életbiztosítási Feltételek A biztosító teljesítéséhez szükséges iratok elnevezésű pontjában felsorolt iratokat kérheti. Azon iratok beszerzési költségei, amelyek a bekérhető iratok listájában szerepelnek, s a biztosító a káresemény tisztázásához bekéri őket, a kedvezményezettet terhelik. Egyes különös szerződési feltételek a biztosító teljesítéséhez egyéb iratok benyújtását is előírhatja, melyek beszerzési költségei szintén a kedvezményezettet terhelik.



7) A biztosító mentesülése

- a) A biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a szerződő fél vagy a biztosított, vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.

8) Kockázatkizárások

A biztosító kockázatviselése – amennyiben a Különös Feltételek vagy a biztosítási szerződés másként nem rendelkezik – nem terjed ki az Általános Életbiztosítási Feltételek Kockázatkizárások elnevezésű pontjában felsorolt esetekre, valamint az alábbi esetekre:

- a) az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve a balesetből eredő biztosítási eseményre szóló szolgáltatásokat akkor, ha az indítók biztosítási esemény;
- b) a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre, ha indítók nem biztosítási esemény;
- c) mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- d) kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal és kórházi ápolással, valamint az orvosilag nem indokolt műtétekkel, kórházi ápolásokkal és gyógyító eljárásokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- e) ha a biztosítási esemény nem orvosi szakvétségű egyén általi kezeléssel összefüggésben következett be;
- f) ha a biztosított későn fordult orvoshoz, és ezért az elváltozást már gyógyszeres kezeléssel nem, csak műtéttel lehetett befolyásolni, vagy kórházi ápolásra szorult;
- g) a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, ideértve a teszttúrákat és a rally és motorcsónak versenyeket is, amennyiben a biztosított a rendezés szabályait nem betartva figyelte az eseményt;
- h) az országos és nemzetközi síugró, bob, sítob versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre, amennyiben a biztosított a rendezés szabályait nem betartva figyelte az eseményt;
- i) a betegség, mint elsődleges ok miatt bekövetkező halálos balesetekre;
- j) a biztosított bármely hivatásként végzett sporttevékenységével és a következő akár szabadidős sporttevékenységével összefüggő eseményekre: búvárkodás, félkezes, illetve nyílt tengeren vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, bungee jumping, bázisugrás, műugrás;
- k) bányászati tevékenységgel, robbanószerkekkel, robbantószerkezetekkel folytatott tevékenységgel összefüggésben, illetve a következő foglalkozások körében bekövetkezett biztosítási események: robbantómester, cirkuszművész, ipari alpinista, épületek homlokzatának tisztító, tűzszerész, állatkerti gondozó, ragadozó állatokat tartó, bármely védelmi alakulat különleges egységei (kommandósok is), ács, magasfeszültséggel dolgozó villanyszerelő;
- l) a biztosított azon baleseti műtétje, amely ficam műtéti megoldása vagy az ízületek csőtükrözéssel végzett diagnosztikus és terápiás beavatkozása, vagy a funkció szempontjából meghatározó anatómiai képleteket nem érintő lágyrész sérülések műtéti megoldása, illetve olyan ortopéd jellegű műtéti beavatkozás, melynek elvégzésére az adott baleset hívta fel a figyelmet;
- m) a biztosítási eseményt előidéző betegség diagnosztizálása előtt, illetve az adott baleset előtt bármely okból már sérült, csonka vagy funkciójában korlátozott testrészek a biztosításból ki vannak zárva;
- n) a bordatöréssel, kéz- és láb-ujjpercek törésével járó balesetekre.
- o) amennyiben a biztosítási esemény a szerződéskötést követő 2 éven belül öngyilkossággal, öncsonkítással vagy annak kísérletével függ össze, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be.

9) A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) a biztosított halála esetén a biztosító szolgáltatásának kifizetésével a különös feltételekben meghatározott esetekben,
- b) a biztosított 100%-os baleseti eredetű maradandó funkció károsodása esetén, illetve ha a biztosított részleges, maradandó funkció károsodásainak összértéke eléri a 100%-ot, a biztosító szolgáltatásának kifizetésével,
- c) a biztosított különös feltételekben meghatározott betegségének diagnosztizálása esetén, a különös feltételekben meghatározott esetekben,
- d) határozott tartamú biztosítás esetén a tartam lejártával, amennyiben nem került sor a tartam meghosszabbítására,
- e) **az elmaradt díj megfizetésére vonatkozó felszólításban meghatározott póthatáridő elteltével, ha a szerződő felszólítás ellenére sem fizette meg az esedékes biztosítási díjat,**
- f) amennyiben a szerződést a biztosító az Általános Életbiztosítási Feltételek 5 h) pont alapján felmondja,
- g) a szerződés 10) b) pontja szerinti felmondása esetén.
- h) amennyiben a szerződő a biztosítónak – a szerződést érintő lényeges körülményekről való utólagos tudomásszerzésére, illetve a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változásáról történő tájékoztatásra figyelemmel – a szerződés módosítására tett javaslatát nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol.

A határozatlan időre kötött kárbiztosítási szerződést a felek írásban, a biztosítási időszak végére, 30 napos felmondási határidővel felmondhatják. A szerződő fél felmondása esetén a biztosító követelheti annak a díjengedménynek a megfizetését, amelyet a szerződés hosszabb tartamára tekintettel nyújtott.

Az egészségbiztosítást a biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg.



10) Egyéb rendelkezések

- a) A jelen feltételekre hivatkozással megkötött baleset- és egészségbiztosítási szerződés maradékjoggal, többlethozammal és többlethozam visszatérítéssel nem rendelkezik, visszavásárolni nem lehet, díjmentes leszállításra nincs lehetőség, a biztosító kötvénykölcsönt nem nyújt, nyereségrészesedésre nem jogosít.
- b) Az önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül a biztosítási szerződést megkötő természetes személy szerződő az Általános Életbiztosítási Feltételek A szerződés létrejötte elnevezésű pontjában meghatározott tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a hat hónapot meghaladó tartamú életbiztosítási szerződéshez kötött kiegészítő biztosítást, amelyet jelen feltételekre hivatkozással kötött, írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja abban az esetben, ha a kiegészítő biztosítás megkötésére a főbiztosítással egyidejűleg került sor. E felmondási jog a szerződőt nem illeti meg hitelfedezeti életbiztosítás esetén. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.
- c) A jelen feltételekre hivatkozással megkötött baleset- és egészségbiztosítási szerződés vonatkozásában a szerződőnek eseti díj fizetésére nincs lehetősége.
- d) Amennyiben a jelen Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekre való hivatkozással kötött kiegészítő biztosítást egy már érvényben lévő főbiztosítás biztosítási évfordulójára kötik meg, úgy a kiegészítő biztosítás díja – mind az első, mind a további rendszeres díj – a főbiztosítás esedékes díjával együtt fizetendő.

1. számú melléklet: A baleseti eredetű maradandó funkció károsodás fokának megállapítása

- 1) A baleseti eredetű maradandó funkció károsodás fokát a biztosító orvosa állapítja meg az alábbi táblázat figyelembe vételével. A biztosító orvosának döntése független az illetékes társadalombiztosítási szerv maradandó funkció károsodás mértékére vonatkozó megállapításától, amely tehát nem az össz-szervezeti egészségkárosodás, hanem a lényeges funkciókárosodás mértékét tekinti irányadónak.
- 2) Ha a maradandó funkció károsodás foka a táblázat alapján nem állapítható meg, azt a biztosító orvosa határozza meg.
- 3) Az egy balesetből fakadó különböző sérülések esetén az azok alapján megállapított maradandó funkció károsodási fokok összeadódnak. **Egy biztosított vonatkozásában a biztosító legfeljebb a baleseti eredetű, legfeljebb 100%-os maradandó funkció károsodásnak megfelelő szolgáltatást teljesíti.**
- 4) Amennyiben a maradandó funkció károsodás foka véglegesen nem állapítható meg, úgy a biztosító az adott időpontban rendelkezésre álló információk alapján állapítja meg a maradandó funkció károsodás fokát és az alapján teljesíti a szolgáltatást. A maradandó funkció károsodás fokának végleges mértékét legkésőbb a maradandó funkció károsodást előidéző baleset bekövetkezését követő második év végéig, az akkor rendelkezésre álló információk alapján határozza meg a biztosító orvosa és a biztosító ez alapján teljesít szolgáltatást. Amennyiben a maradandó funkció károsodás végleges mértéke ezt az értéket meghaladja, a biztosító az ebből fakadó szolgáltatás különbözetet teljesíti.

Testrészek károsodása	Maradandó funkció károsodás foka
Egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik felső végtag könyökízület feletti teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik felső végtag könyökízület alatti teljes elvesztése vagy működésképtelensége, vagy egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
A domináns felső végtagot ért csonkolás további	5%
Egyik alsó végtag combközép feletti teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
Egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik alsó végtag lábszárközépig való teljes elvesztése	50%
Egyik lábfej boka szintjében való teljes elvesztése	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése	2%
Mindkét szem teljes látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem teljes látóképességének teljes elvesztése, ha a másik szem ép	40%
Ha a másik szem látóképességét a biztosítás életbelépése előtt már elvesztette	60%
Mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének elvesztése	15%
Amennyiben a másik fül hallóképességét a biztosítás előtt már elvesztette	45%
Beszélőképesség teljes elvesztése	60%
Beszédértési készség teljes elvesztése	60%
Szaglóérzőképesség teljes elvesztése	10%
Ízlelőképesség teljes elvesztése	5%



2. számú melléklet: A műtétek és beavatkozások besorolása (kivonat)

Ez a melléklet a teljes körű műtéti lista kivonata. A biztosító részletes műtéti listája alapján a biztosító orvosa állapítja meg az adott műtét besorolási kategóriáját. A műtétek részletes listája a biztosítónál tekinthető meg.

A biztosításból kizárt műtétek:

- A nemzőképességet megszüntető (sterilizációs) műtétek
- Kozmetikai és plasztikai műtétek
- Magzaton végzett műtéti beavatkozások
- Mesterséges megtermékenyítés, illetve művi terhességmegszakítás különböző formáival kapcsolatos beavatkozások
- A biztosított veleszületett rendellenességével, illetve a születés körüli időszakban szerzett betegségekkel, állapotokkal, károsodásokkal összefüggő műtétek
- Halasztott műtétek, melyek szükségessége a kockázatviselés kezdete előtt már megállapítható volt, s a műtét szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett
- Elektromos ingerületkeltő készülékek testbe történő beépítése (implantációja) – például pacemaker
- Artroszkópos (ízületi csőtűkrözéses) porc eltávolítás, szalagplasztika, szalagpótlás, ízületi tok bemetszés
- Bőrhegek, bőr idegentestek, ganglionok eltávolítása
- Nyaki borda eltávolítása
- Végtagi visszérműtétek
- Habitualis és inveterált ízületi ficamok helyreállítása
- Bútyók, kalapácsujj műtétje
- Veleszületett csípőficam fedett repozíciója
- Korábbi műtét során behelyezett, vagy baleset során szerzett fémanyag eltávolítása

Kis műtétek (4):

- Járomcsont törés nyílt repozíciója
- Combfej megtartó nyomás csökkentő műtét
- Tűződrótos rögzítés
- Petefészek eltávolítása laparoscoppal
- Végbél sipoly műtéti kiirtása
- Endoscopos arcüregműtét
- Arthrodesis, csavarozás
- Achilles tenotomia
- M abductor pollicis in incisioja (De Quervain kontraktura)
- Aranyér műtét
- Flexor ín varrat kézen
- Repositio, csípő műtéti

Közepes műtétek (3):

- Csípőlapát törés rögzítése (lemez, csavar)
- Combfej resectio
- KFI lemezelés
- DHS synthesis
- Ender szegezés
- Achilles-ín szakadás utáni teljes rekonstrukció
- Teljes térdkalács eltávolítás
- Coronaria angioplastica
- Hiatus hernia rekonstrukció
- Hysterectomia uteri
- Üvegtest csere

Nagy műtétek (2):

- Duraplastica (cranialis) autolog
- Intracerebralis haematoma eltávolítása
- Osteomyelitises koponyacsont resectio
- Laryngectomia totális
- Bypass a coronarian és/vagy ágain
- Intracranialis percutan transluminális angioplastica
- Könyökprotézis beültetés
- Colectomia
- Gyomor műtéti eltávolítása

Kiemelt műtétek (1):

- Veseátültetés élőből
- Fixateur interne alkalmazása
- Spondylodesis-PLIF
- Térdprotézis beültetés, total
- Rupturált aneurysma korrekciója
- Resectio apicis pulmonis
- Belső hallójárat feltárása a középső scalán át
- Transcranialis orbita feltárás
- Janetta műtét (agyideg decompressio)
- Gerinctörés csontfragm.kiem., decompr.laminectomia
- Frontobasalis sérülés ellátása
- Impressiós koponyatörés ellátása
- Szív-, tüdő- és májátültetés



A Best Doctors® Kiegészítő Egészségbiztosítás és a Best Doctors® Euró Alapú Kiegészítő Egészségbiztosítás Különös Feltételei

1) Bevezető rendelkezések

A Best Doctors Kiegészítő Egészségbiztosítás vagy a Best Doctors Euró Alapú Kiegészítő Egészségbiztosítás (továbbiakban: biztosítás) jelen Különös Feltételek, a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási 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 az Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekben, illetőleg azon biztosítások Különös Feltételeiben foglaltaktól, melyek vonatkozásában jelen kiegészítő egészségbiztosítást megkötötték, úgy a jelen Különös Feltételek rendelkezései az irányadók.

2) Definíciók

- a) **Kognitív zavarok:** olyan rendellenességek, melyek jelentősen és oly mértékben rontják az egyén kognitív funkcióit, hogy társadalmi beilleszkedése kezelés nélkül lehetetlen (meghatározás a „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)” című könyv legfrissebb verziója szerint).
- b) **Ajánlat:** nyomtatvány, melyen a szerződő ajánlatot tesz a biztosítás megkötésére.
- c) **Szolgáltatásnyújtó partner:** az a vállalkozás (Further Underwriting International S.L.U.), mely jelen biztosítás vonatkozásában a második orvosi szakvélemény és a külföldi gyógykezelés megszervezése elnevezésű egészségügyi szolgáltatásokat nyújtja.
- d) **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, kiropaktóri gyógyászat, homeopátiás gyógyászat, természetgyógyászat, Ayurveda, hagyományos kínai gyógyászat, oszteopátia.
- e) **Betegség:** az emberi test és részeinek, működésének azonosítható és jellegzetes tünetekkel és/vagy tartós anatómiai elváltozással együtt járó rendellenessége, károsodása, 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 betegség 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. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási 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 főbiztosítás biztosítási évfordulója.
- i) **Biztosítási szolgáltatások:** azon szolgáltatások (és a hozzájuk tartozó térítési összeghatárok), melyek biztosított általi igénybevételeire a biztosítás fedezetet nyújt.
- j) **Biztosított:** az a természetes személy, akit az ajánlatban biztosítottként neveztek meg és a biztosítási kötvényben ekként van felsorolva. Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában biztosított lehet a főbiztosítás bármely (akár mindegyik) biztosítottja és szerződője; továbbá az adott főbiztosítás bármely (de csak az egyik) biztosítottjának jelen feltételek 2) q) pontja szerint definiált hozzátartozói, feltéve, hogy a főbiztosítás megfelelő biztosítottja a kiegészítő biztosítás biztosítottja is egyben. A főbiztosítás valamely biztosítottjára és a jelen feltételek szerint definiált hozzátartozóira kötött kiegészítő biztosítási szerződések „családi csomagot” képeznek. A biztosított jelen feltételek szerint definiált belépési kora legalább 19, legfeljebb 64 év lehet. A „családi csomag” részét képező szerződés biztosítottjának jelen feltételek szerint definiált belépési kora 0-18 év között is lehet, amennyiben a biztosított megfelel az q) pont rendelkezéseinek. Egy főbiztosításhoz kötött kiegészítő biztosításokból csak egy „családi csomag” alkotható.
- k) **Biztosított belépési kora:** főbiztosítással egy időben vagy biztosítási évfordulóra megkötött kiegészítő biztosítás esetén a biztosított belépési kora a biztosítás kockázatviselése kezdetének éve és a biztosított születési évének különbsége. Ha a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete nem biztosítási évfordulóra esik, (hanem a főbiztosítás olyan díjesedékes napjára, mely nem biztosítási évforduló), úgy a biztosított belépési kora a szerződéskötést megelőző utolsó biztosítási évforduló 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 kockázatfelbecsülésének alapját képezi. 18 év alatti biztosítottak esetén e nyomtatványt a biztosított törvényes képviselője tölti ki és írja alá.
- m) **Előzetes fedezetigazolás:** a biztosító vagy a szolgáltatásnyújtó partnere 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.
- n) **Külföldi gyógykezelés megszervezése szolgáltatás:** a szolgáltatásnyújtó partner azon, biztosításban fedezett betegségekhez kapcsolódó szolgáltatása, melynek keretében minden részletre kiterjedően megszervezi a biztosított külföldi gyógykezelését, ideértve a biztosított és jogosult kísérő(k) (szállodai) elhelyezését és utazását. A szolgáltatásnyújtó partner a fentiekben túl a szolgáltatás keretében ellenőrzi, hogy a biztosított megfelelő orvosi ellátást kap(ott)-e a külföldi gyógykezelés során.



- o) **Főbiztosítás:** az olyan önállóan is megköthető biztosítási szerződés, melyhez jelen kiegészítő biztosítások kapcsolódnak, s amelynek megkötése, hatályban tartása, valamint a főbiztosítás vonatkozásában felmerülő díjfizetési kötelezettség feltétel-szerű teljesítése jelen kiegészítő biztosítás megkötésének és hatályban tartásának elengedhetetlen feltétele.
- p) **Gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények:** olyan szer, vagy szerek kombinációja, melyek kizárólag orvosi rendelvény ellenében hivatalos gyógyszerárban beszerezhetők, 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 gyógyszerészeti készítményre vonatkozó orvosi rendelvény helyett igénybe vehető olyan generikus gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény is, melynek hatóanyaga, erőssége és adagolásának módja azonos az originális gyógyszerével.
- q) **Hozzá tartozó:** jelen biztosítás vonatkozásában hozzátartozónak minősül (1) a főbiztosítás biztosítottjának jelen definíció későbbi szakaszában akként értelmezett partnere és (2) a főbiztosítás biztosítottjának, valamint a főbiztosítás biztosítottja 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 (fő)biztosítottal egy címen kell lennie. Újszülött gyermek bevonása a születést követő 30. naptól lehetséges.
- Jelen definíció vonatkozásában a főbiztosítás biztosítottjának partnere lehet:
- a biztosított házastársa;
 - a biztosított élettársa;
 - nőtlen/hajadon vagy élettársi kapcsolatban nem élő biztosított esetén az a biztosítottal egy háztartásban élő, 18 év feletti személy, aki pénzügyileg függ a biztosítottól (vagy kölcsönösen függnek egymástól).
- A főbiztosítás biztosítottjának partnere nem lehet a főbiztosítás biztosítottjának rokona, illetve házastárs/élettárs megléte esetén más, tőlük különböző személy. A partner lehet a főbiztosítás biztosítottjával megegyező és eltérő nemű is. Partnerként csak egy személy nevezhető meg.
- r) **Második orvosi szakvélemény szolgáltatás:** a szolgáltatásnyújtó partner azon, biztosításban fedezett betegségekhez kapcsolódó szolgáltatása, melynek keretében összegyűjti, majd részletekbe menően elemzi és értékeli a biztosítottra vonatkozó orvosi dokumentációt, majd egy, a korábbi diagnózishoz kapcsolódó második orvosi szakvéleményt állít ki.
- s) **Kardiológus szakorvos:** a szív- és érrendszeri betegségekre szakosodott, ez irányú végzettséggel rendelkező orvos.
- t) **Káresemény:** a biztosított által bejelentett olyan betegség, melyhez kapcsolódóan a 12) pontban rögzített kárfolyamat során a biztosításban fedezett orvosi beavatkozást javasoltak.
- u) **Kedvezményezett:** a biztosítás szolgáltatásaira a biztosított jogosult, tehát a biztosítás szolgáltatásainak kedvezményezettje a biztosított.
- v) **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.
- w) **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.
- x) **Kockázatviselés kezdete:** főbiztosítással egy időben megkötött kiegészítő biztosítás esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a biztosítási ajánlat biztosító vagy biztosító képviselője általi átvételét követő nap 0. órája. Ha a kiegészítő biztosítást a főbiztosítás létrejöttét követően kötik meg, úgy a biztosító kockázatviselésének kezdete a főbiztosítás rendszeres biztosítás díja esedékességének azon napja, mely a kiegészítő biztosítási ajánlat aláírásának napját maximum 60, de minimum 30 nappal követi. A kockázatviselés kezdetének további feltétele, hogy a szerződő az ajánlattételkor esedékes biztosítási díjat a biztosítóknak megfizesse feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.
- y) **Kockázatviselés vége:** a biztosítás megszűnésének napja. A biztosítás megszűnésének eseteit a 15) pont tartalmazza.
- z) **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.
- aa) **Kórházi ápolás:** legalább egy éjszakai kórházi benttartózkodást szükségessé tevő gyógykezelés a külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében.
- bb) **Meglévő betegség:** betegség vagy egészségi állapot, melyet a biztosítás kockázatviselésének kezdetét megelőző 10 évben kivizsgáltak, diagnosztizáltak vagy kezeltek, továbbá minden olyan betegség vagy egészségi állapot, aminek orvosilag dokumentált tünetei a kockázatviselés kezdetét megelőző 10 évben jelentkeztek.
- cc) **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.
- dd) **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.
- ee) **Orvos:** olyan szakember, aki orvosi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai feltételeknek megfelelően nyújt egészségügyi szolgáltatásokat.

- ff) **Orvosszakmai szempontból indokolt egészségügyi szolgáltatás:** olyan egészségügyi szolgáltatás:
- melyet abból a célból írtak elő, hogy a biztosításban fedezett betegségek kezelésével és a biztosításban fedezett orvosi beavatkozások elvégzésével javítsák a biztosított egészségi állapotát;
 - amely a korábbi kezelése során hatékonyan bizonyult az egészségi állapot javításában, valamint az alkalmazott eljárások jellegét, rendszerességét és hosszát tekintve összhangban van a diagnózissal az egyetemes orvosi irodalom, a tudományos kutatások, valamint amerikai, brit és európai, tudományosan alátámasztott irányelvek alapján (ez utóbbi körben és a rákos betegségek kezelésének vonatkozásában különösen az NCCN Klinikai Gyakorlati Irányelvek alapján);
 - ami más, hasonló eredményt biztosító eljárásnál költséghatékonyabb;
 - mely nem a biztosított vagy a biztosított orvosának saját egyéni szempontjai alapján válik szükségessé.
- Önmagában az a tény, hogy egy orvos ajánl, előír, elfogad vagy elvégeztet egy egészségügyi ellátást, nem jelenti szükségszerűen azt, hogy jelen feltételek szempontjából orvosszakmai szempontból indokoltnak minősül.
- gg) **Protézis:** olyan eszköz, ami egy emberi szerv egészét vagy részét, vagy egy működésképtelen és diszfunkcionálótesztelés funkcióját részben vagy egészben helyettesíti, pótolja.
- hh) **Sérülés:** a biztosított testét ért fizikai károsodás.
- ii) **Szerződő:** jelen kiegészítő biztosítás szerződője megegyezik a főbiztosítás mindenkorai szerződőjével. Amennyiben a főbiztosítás vonatkozásában szerződőváltás történik, úgy az jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában is érvényes.
- jj) **Terrorcselekmény:** erőszakos, az emberi életet, anyagi és immateriális javakat, illetve infrastruktúrát károsító cselekmény vagy ilyenlennel történő fenyegetés, melynek célja kormányok és vállalkozások befolyásolása vagy a társadalom (egy részének) megfélemlítése.
- kk) **Területi hatály:** jelen biztosítás kizárólag a Magyarország területén kívül igénybe vett külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó költségekre nyújt fedezetet.
- ll) **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 1. számú melléklet 1) pontja, illetve a biztosítási kötvény tartalmazza.
- mm) **Várakozási idő:** a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napos időszak. Azon betegség vonatkozásában, melynek tüneteit orvosilag először a várakozási idő alatt dokumentálják, vagy amelyet ebben az időszakban diagnosztizálnak vagy, kezelnek, a biztosító és a szolgáltatásnyújtó partnere szolgáltatást nem teljesít.
- nn) **Utánkövetés szolgáltatás:** a külföldi gyógykezelést követően nyújtott diagnosztikai, megfigyelési és elemző szolgáltatás, melynek célja:
- annak azonosítása, hogy a külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében kezelt, aktuálisan tüneteket nem mutató betegség milyen valószínűséggel fog újra megjelenni a jövőben, és
 - annak megelőzése, hogy ez megtörténjen.
 - Helyreállító műtét: olyan eljárás, melynek célja szervek és szövetek struktúrájának helyreállítása a funkcióvesztés korrigálása érdekében.
- oo) **Külföldi gyógykezelés:** orvosszakmai szempontból indokolt, Magyarországon kívül végrehajtott, a jelen biztosításban fedezett és a szolgáltatásnyújtó partner által megszervezett egészségügyi ellátás.

3) Biztosítási esemény

A biztosítottnál – több biztosított esetén bármely 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 dokumentálják.

4) A biztosító szolgáltatása

A következőkben részletezett rendelkezésekre és korlátozásokra is figyelemmel a biztosítási szerződés a térítési összeghatárokig fedezi mindazon egészségügyi szolgáltatásokkal (például diagnosztikai vizsgálatokkal, kezelésekkkel, 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.

5) Egészségi kockázatelbírálás, közlési kötelezettség, változásbejelentési 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.
- 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 változásbejelentési kötelezettséggel kapcsolatos, részletes szabályokat a biztosító Általános Életbiztosítási 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 "in situ" rák kezelését, mely nem terjed tovább a hámszövet azon sejtjeiről, ahol kialakult, és nem támadja meg a strómát vagy a környező szöveteket. A rákos megbetegedés kezeléséhez értendő még az olyan premalignus sejt elváltozások kezelése, melyek citológiai és hisztológiai szempontból magas kockázatú vagy súlyos diszpláziának minősülnek.
- b) **Szívkoszorúér áthidaló (by-pass) műtét (a szívizom vérellátásának helyreállítására):** kardiológus szakorvos javaslatára invazív műtét végrehajtása egy vagy több szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának bypass graft segítségével történő korrigálása céljából (függetlenül attól, hogy nyitott mellkas mellett, minimálisan invazív technológiával vagy szívkatéterezés útján végzik).
- c) **Szívbillentyű cseréje vagy helyreállítása:** kardiológus szakorvos javaslatára műtét végrehajtása egy vagy több szívbillentyű cseréje vagy helyreállítása érdekében.
- d) **Idegsebészeti (intercranialis és gerincvelő) műtét:** az agyat vagy a koponyaűr más részeit érintő sebészi beavatkozás, mely vonatkozik a gerincvelőre lokalizált jóindulatú tumorokra (medulla spinalis) is.
- e) **Élő donoros szerv- és szövetátültetés:** vese és tüdő lebeny egészének, illetve máj és hasnyálmirigy egy részének műtéti úton történő beültetése. A beültetett szerv élő, vizsgálatok során megfelelőnek bizonyult donorból származik.
- f) **Csontvelő átültetés:** autológ vagy allogén csontvelő műtéti úton történő beültetése, illetve autológ perifériás vér őssejt-transzplantáció (PBSCT). A beültetett csontvelő élő, vizsgálatok során megfelelőnek bizonyult donorból vagy a biztosítottból származik.

7) A külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében fedezett költségek és 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.

Fedezett szolgáltatások a külföldi gyógykezelés előtt

A biztosított a fedezett betegségekkel és orvosi beavatkozásokkal kapcsolatban második orvosi szakvélemény iránti igényét a káresemény bejelentésekor jelezheti. A szolgáltatás célja az első diagnózis megerősítése és az optimális kezelési terv meghatározása. Második orvosi szakvélemény szolgáltatás káreseményenként egyszer kérhető.

Fedezett egészségügyi kiadások a külföldi gyógykezelés során

A 4) pontban meghatározott, a külföldi gyógykezelési szolgáltatás lebonyolításához kapcsolódó, a biztosító által a térítési összeghatárok mértékéig fedezett és az előzetes fedezetigazolásban rögzített egészségügyi kiadások a következők:

- a) Kórházi ellátás költségei, úgy mint:
 - a kórházi benttartózkodás 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 valamint 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 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, patológia, kezelés előkészítését célzó röntgen vizsgálatok, sugárterápia, radioaktív izotópos eljárások, kemoterápia, electrocardiogram (EKG), szívultrahang, mielogram, elektroencefalogram (EEG), angiogram, komputertomográfia (CT), valamint más hasonló tesztek és vizsgálatok, melyek a 6) pontban meghatározott orvosi beavatkozások végrehajtásához szükségesek, feltéve, hogy ezeket orvos végzi vagy orvosi felügyelet mellett végzik;
 - véráttömesztés, valamint vérplazma és vérsavó beadása;
 - oxigén használata és intravénás kezelések, injekciók alkalmazása.
 - sugárkezelés: ionizáló (röntgen, gamma) sugárzás a daganatok zsugorítására és a rákos sejtek elpusztítására, mely sugárzás származhat testen kívüli eszközből (külső sugárforrásból történő kezelés vagy teleterápia), illetve testbe helyezett sugárzó anyagból (belső sugárkezelés vagy brachytherápia);
 - a 2) pontban definiált helyreállító műtét;
 - a külföldi gyógykezelés keretében elvégzett ellátásokkal közvetlen összefüggésbe hozható komplikációk és mellékhatások kezelése, amennyiben azok azonnali, a hazautazás előtti orvosi beavatkozást igényelnek kórházi vagy klinikai körülménynek között.
- 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 szolgáltatásnyújtó partner előzőleg jóváhagyja.
- h) Az élő szervdonor számára a szervátültetéshez, illetve a beültetendő szerv donorból történő eltávolításához kapcsolódóan nyújtott szolgáltatások költsége, úgy mint:
- a megfelelő donorok azonosításához szükséges tesztek és elemzések költsége;
 - a donor számára kizárólag a fedezett szerv- vagy szövetátültetés céljából megszervezett, külföldi gyógykezelés helyszínére menetrend szerinti járáttal 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 az előzetes fedezetigazolás kibocsátásának időpontjától lehetséges.

Fedezett egyéb kiadások a külföldi gyógykezelés során

A 4) pontban meghatározott, a külföldi gyógykezelési szolgáltatás lebonyolításához kapcsolódó, a biztosító által a térítési összeghatárok mértékéig fedezett és az előzetes fedezetigazolásban rögzített utazási és szállás kiadások a következők.

Utazási kiadások

- j) A biztosított és egy kísérője számára (0-18 év közötti gyermek biztosított esetén két kísérője számára, továbbá szervátültetés esetén a donor számára), kizárólag a külföldi gyógykezelés céljából megszervezett, a külföldi gyógykezelés helyszínére menetrend szerinti járáttal történő elutazás és az onnan történő hazautazás költségei. **Az utazás szervezését kizárólag a szolgáltatásnyújtó partner végzi, a biztosító a biztosított vagy a biztosított nevében eljáró harmadik fél által megszervezett utazás költségét nem téríti meg.**

Az utazási időpontokat a szolgáltatásnyújtó partner 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 szolgáltatásnyújtó partner által meghatározott utazási időpontokon, úgy a biztosítottnak meg kell térítenie minden járulékos költséget a biztosító és/vagy szolgáltatásnyújtó partnere számára, mely az új időpontban történő utazás megszervezésével és lebonyolításával jár, kivéve, ha az utazási időpontok módosítását a szolgáltatásnyújtó partner orvosi szempontból szükségesnek ítéli meg.

A fedezett utazási költségek az alábbiakra terjednek ki:

- Transzfer a biztosított állandó lakcíméről a kijelölt repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra.
- Turistaosztályra szóló repülő- vagy vonatjegy biztosítása a kezelés helyszínére, valamint transzfer a külföldi gyógykezelés helyszínén kijelölt szállodába.
- Transzfer a kijelölt külföldi kórházból vagy szállodából a kijelölt külföldi repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra.
- Turistaosztályra szóló repülő- vagy vonatjegy biztosítása Magyarországra, valamint transzfer a biztosított állandó lakcímére.
- A biztosítás nem fedezi a külföldi szállodából a kezelés helyszínére (kórházba, kezelőorvoshoz) történő transzfer költségeit.

Szállodai kiadások

- 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 szervátültetés esetén a donor számára) megszervezett (szállodai) elhelyezés költségei. **A szállodai elhelyezés szervezését kizárólag a szolgáltatásnyújtó partner végzi, a biztosító a biztosított vagy a biztosított nevében eljáró harmadik fél által megszervezett elhelyezés költségét nem téríti meg.**

A szállodai elhelyezés időszakát a szolgáltatásnyújtó partner határozza meg a jóváhagyott kezelési terv alapján, melyről megfelelő időben tájékoztatja a biztosítottat, elegendő időt hagyva a szükséges egyéni felkészülésre. A szolgáltatásnyújtó partner a visszautazás időpontját a kezelések befejezésének időpontja és a kezelőorvossal való egyeztetés alapján határozza meg. Amennyiben a biztosított változtat a szolgáltatásnyújtó partner által meghatározott foglalási időpontokon, úgy a biztosítottnak meg kell térítenie minden járulékos költséget a biztosító és/vagy a szolgáltatásnyújtó partner számára, mely az új időpontban történő elhelyezés megszervezésével és lebonyolításával jár, kivéve, ha a foglalási időpontok módosítását a szolgáltatásnyújtó partner orvosi szempontból szükségesnek ítéli meg.

A fedezett szállás költségek az alábbiakra terjednek ki:

- Kétágyas vagy franciaágyas szoba biztosítása 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.



- 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.

Pénzbeli szolgáltatások a külföldi gyógykezelés időszakára

Kórházi napi térítés

- m) A biztosítottat jelen biztosítás által finanszírozott külföldi gyógykezelés során minden kórházban töltött 24 óra után és a szolgáltatásnyújtó partner vagy a biztosító jóváhagyása alapján kórházi napi térítés illeti meg az I. számú melléklet 1) pontjában szereplő limit mértékéig.

Fedezett egészségügyi kiadások a külföldi gyógykezelést követően

Gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költsége

- n) A legalább 3 napos kórházi tartózkodás szükségessé tevő gyógykezelést követően Magyarországon vásárolt, a szolgáltatásnyújtó partner vagy a biztosító által jóváhagyott 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 szolgáltatásnyújtó partneren 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 vagy vényhez kötött.
- A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény Magyarországon beszerezhető.
- Az egy orvosi rendelvényre felírt gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény mennyisége nem haladhat meg két hónapra elegendő mennyiséget.

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.

Utánkövetési szolgáltatás

- o) Az utánkövetés szolgáltatást a biztosított igényelheti a szolgáltatásnyújtó partneren keresztül a külföldi gyógykezelést végző (kezelő) orvosoktól. Az utánkövetés szolgáltatást a külföldi gyógykezelést követően, a hazatérést követő 180 napon belül lehet igénybe venni. Az utánkövetés szolgáltatás igénybevétele esetén a biztosítás a kapcsolódó egészségügyi szolgáltatásokon túl a 7) j) és k) pontokban részletezett utazási és szállás költségeket is fedezi.

8) Kockázatkizárások

A biztosító kockázatviselése a külföldi gyógykezelési szolgáltatás, illetve a külföldi gyógykezelési szolgáltatás megszervezéséhez és lebonyolításához kapcsolódó költségek vonatkozásában az Általános Életbiztosítási Feltételek és az Általános Baleset- és Egészségbiztosítási 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 földrengés, árvíz, vulkánkitörés és egyéb rendkívüli vagy katasztrófának minősülő jelenség közvetlen vagy közvetett hatásaként jelentkezik, ideértve a hivatalosan bejelentett járványokat is.
- b) 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 használat miatt. Szintén kizárásra kerülnek a biztosítástól a biztosított öngyilkossági kísérletének, valamint az öncsonkításra, önnön megkárosítására tett kísérletének következményei, illetve az ebből eredő betegségek.
- c) Minden olyan káresemény, melyhez kapcsolódóan a biztosított a szolgáltatásnyújtó partner kárrendezési tevékenysége előtt, közben vagy után nem követi a kezelőorvos előírásait, javasolt kezelési tervét vagy visszautasítja az orvosi ellátást, illetve, ha diagnosztikai vizsgálatok eredménye hiányzik a végleges diagnózis vagy kezelési terv felállításához.

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, melyek széleskörűen nem elfogadottak.
- 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, a szervátültetéstől eltérő alternatív kezelés, szolgáltatás, ellátás vagy egyéb terápiás terv költsége, mely olyan betegség kapcsán merül fel, melyre a legmegfelelőbb gyógymód a szervátültetés.
- h) Minden olyan betegség vagy orvosi beavatkozás, amely a biztosításban fedezett betegség vagy orvosi beavatkozás következményének oka szervátültetés, kivéve, ha az adott betegsége vagy orvosi beavatkozásra a szerződés kockázatvállalása jelen feltétel alapján kifejezetten kiterjed.
- i) A betegségek és kezelések hosszú távú mellékhatásainak, krónikus tüneteinek kezelése, illetve rehabilitációs ellátás (ideértve, de nem kizárólag a fizioterápiát, gyógytornát, beszédterápiát).

Nem fedezett költségek, kiadások

- j) Minden olyan diagnosztikai eljárással, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy egyéb terápiás tervvel kapcsolatos vagy azzal összefüggő költség, amely Magyarországon merült fel, a 7) n) pontban részletezett gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények kivételével.
- k) Minden olyan diagnosztikai eljárással, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy egyéb terápiás tervvel kapcsolatos vagy azzal összefüggő költség, amely olyan kárhoz kapcsolódik, melynek bejelentése időpontjában a biztosított nem rendelkezett magyarországi állandó lakcímmel. A kárigény befogadásához magyarországi ideiglenes lakcím is elegendő, amennyiben a biztosított igazolni tudja, hogy a kár bejelentésekor Magyarországon működő oktatási intézmény diákja/hallgatója vagy Magyarországon működő vállalkozás alkalmazottja volt.
- l) Minden olyan költség, mely szülési és gyermekágyi kezelés, otthoni ápolás, gyógyászati üdülőhelyek és természetgyógyászati központok szolgáltatásai, szanatóriumi központ vagy ápolási intézmény (elfekvő osztály) által nyújtott szolgáltatások, haldokló páciensek gondozása (hospice) vagy idősok 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, műfogsorok, sérvkötők és egyéb hasonló felszerelések vagy eszközök költsége, kivéve az emlőeltávolító műtét esetében használt mellprotézisek, valamint a szívbillentyű protézisek költségét, ha az a biztosítás keretében nyújtott szolgáltatás következtében válik szükségessé.
- n) Minden olyan gyógyszerészeti termék vagy gyógyszer költsége, melyet nem hivatalos gyógyszertárban vásároltak, vagy amely orvosi rendelvény nélkül beszerezhető.
- o) A 7) n) 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. Minden olyan költség, amely kognitív zavarok, szenilitás vagy agykárosodás miatt szükségessé vált orvosi felügyelet vagy elzárás kapcsán merül fel, függetlenül a betegség előrehaladottságának fokától.
- p) Minden olyan költség, amely kognitív zavarok, szenilitás vagy agykárosodás miatt szükségessé vált orvosi felügyelet vagy elzárás kapcsán merül fel, függetlenül a betegség előrehaladottságának fokától.
- q) Minden olyan költség, amely kerekesszékek, speciális ágyak, légkondicionáló vagy légtisztító berendezések, vagy az előzőekhez hasonló felszerelések megvásárlása vagy bérlése kapcsán merül fel.
- r) Az olyan fordítási, telefonhasználati és egyéb költségek, melyek személyes célú használattal jellemezhető vagy nem egészségügyi természetű tételek vonatkozásában merülnek fel.
- s) Minden olyan költség, amely a biztosított, a biztosított rokonai és kísérői 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.

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások rákkezelés vonatkozásában

- v) Minden olyan tumor, ami HIV (AIDS) vírus jelenlétében alakul ki.
- w) Minden olyan, nem melanómaként leírt bőrrák, kivéve a rosszindulatú melanómákat, amely hisztológiai osztályozás alapján nem terjed túl az epidermisen.

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

- x) Minden olyan szívkoszorúér betegség, melynek kezelése során a by-pass műtéttől eltérő technikát alkalmaztak, így például az angioplasztikai sebészet bármely típusa vagy a stentelés.

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

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

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások csontvelő átültetés vonatkozásában

- ee) A köldökzsínórvért felhasználó haematopoeticus vérképző összejt átültetés (HSCT).

9) A biztosítás tartama

A biztosítási szerződés határozatlan tartamra jön létre, mely tartam biztosítási időszakokból áll. Amennyiben a biztosítási időszak végét megelőző 15. napig a szerződő nem intéz a biztosítóhoz ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés további egy biztosítási időszakra folytatódik. Az első biztosítási időszak a kockázatviselés kezdetétől azon biztosítási évfordulót megelőző utolsó napig tart, mely a kiegészítő biztosítás kockázatviselése kezdetének napját közvetlenül követi, minden további biztosítási időszak pedig a biztosítási évforduló napjától a következő biztosítási évfordulót megelőző utolsó napig tartó egy éves időtartam. A biztosítás legkésőbb azon a biztosítási évfordulón megszűnik, amikor a biztosított betölti a 85. életévét.

10) Díjfizetés

- a) A díjfizetés gyakorisága és módja megegyezik a főbiztosítás díjfizetési gyakoriságával és módjával. 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 mértékét az 1. számú melléklet 3) pontja tartalmazza. A kiegészítő biztosítási szerződésre befizetett biztosítási díjak a főbiztosítás devizanemének megfelelően, forintban vagy euróban teljesítendők.
- b) A „családi csomag” részét képező és legfeljebb 18 éves biztosítottat tartalmazó kiegészítő biztosítási szerződések száma alapján és e szerződések vonatkozásában a biztosító díjkedvezményt adhat.
- c) A biztosítás díja a főbiztosítás díjával egy időben esedékes. A kiegészítő biztosítás díja a főbiztosítás rendszeres díjfizetési kötelezettségét növeli meg.
- d) **Amennyiben jelen kiegészítő biztosítást eseti díj számlával rendelkező életbiztosításhoz kötötték, a biztosító jelen kiegészítő biztosítás esedékessé vált rendszeres biztosítási díját jogosult fedezni a főbiztosítás eseti díj számlájának értékéből - legkorábban az esedékesség napján, illetve, ha az eseti díj számla értéke az előírt rendszeres díj összegére az esedékesség napján nem nyújt fedezetet, akkor azon a napon, amikor a fedezet legkorábban rendelkezésre áll.**
- e) A kezdeti biztosítási díj az ajánlaton kerül feltüntetésre.
- f) A szerződőnek eseti biztosítási díjak fizetésére jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában nincsen lehetősége.
- g) **Ha a szerződő nem fizeti meg az esedékessé vált biztosítási díjat, a díjfizetésre vonatkozóan írásban halasztást nem kapott és a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton sem érvényesítette, 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 90. nap) a teljesítésre írásban felhívja. Ez idő alatt a szerződő az elmaradt díjakat pótolhatja. Amennyiben a szerződő a póthatáridő időpontjáig (mely jellemzően az esedékességet követő 90. nap) díjfizetési kötelezettségét nem teljesíti, a biztosító a díj esedékességétől számított 60 napig viseli a kockázatot, és a póthatáridő napján a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.**
- h) Ha a biztosítási esemény bekövetkezésekor a szerződőnek legfeljebb 60 napos díjelmaradása 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.
- i) **Ha a biztosítási esemény bekövetkezésekor a szerződőnek 60 napon túli díjelmaradása van, a biztosító az adott biztosítási esemény vonatkozásában szolgáltatást nem teljesít, még akkor sem, ha a szerződő később megfizeti a korábban esedékessé vált, de még ki nem egyenlített biztosítási díjat.**
- j) **Ha a szerződő díjfizetési kötelezettségének a biztosítási díj esedékességétől számított 60 napon túl, de a fizetési póthatáridőn belül eleget tesz, a biztosító kockázatviselése a díj szerződésre könyvelését követő nap 0 órakor folytatódik.**

11) 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 kötelezettsége alól.

12) 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 szolgáltatásnyújtó partnere ajánl, akkor a biztosító és szolgáltatásnyújtó partnere 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 szolgáltatásnyújtó partnerrel, hogy bejelentse a potenciális káreseményt. 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 szolgáltatásnyújtó partner tájékoztatja a biztosítottat minden olyan intézkedésről, mely ahhoz szükséges, hogy a biztosítottra vonatkozó minden diagnosztikai teszteredmény és orvosi dokumentáció a szolgáltatásnyújtó partner rendelkezésére álljon a kárigény elbírálásához.

Ha a biztosított második orvosi szakvélemény szolgáltatást igényel, a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra való jogosultság megállapítása csak a második orvosi szakvélemény kiadását követően történhet.

b) A biztosított kötelezettségei

A biztosítottnak lehetővé kell tennie és együtt kell működnie abban, hogy a szolgáltatásnyújtó partner szabadon hozzáférjen a biztosított, a (kezelő)orvosok, a kórházak vagy egyéb egészségügyi intézmények birtokában lévő, a kárigény elbírálásához szükséges teljes orvosi dokumentációhoz. A biztosítottnak meg kell adnia az ehhez szükséges nyilatkozatokat, hozzájárulásokat a szolgáltatásnyújtó partner részére.

A külföldi gyógykezelési szolgáltatásra való jogosultság megállapítása kizárólag akkor lehetséges, ha az ehhez szükséges teljes orvosi dokumentáció eljut a szolgáltatásnyújtó partnerhez a biztosítottól, a (kezelő)orvosoktól, a kórházaktól vagy egyéb egészségügyi intézményektől.

c) A külföldi gyógykezelési szolgáltatásra való jogosultság elbírálása és a javasolt kórházak

Minden szükséges orvosi dokumentum beérkezését és kiértékelését követően a biztosított tájékoztatást kap arról, hogy jogosult-e külföldi gyógykezelési szolgáltatásra.

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

d) A külföldi gyógykezelés és az előzetes fedezetigazolás

Miután a biztosított értesíti a szolgáltatásnyújtó partnert, hogy a javasolt kórházak közül melyikben kívánja a külföldi gyógykezelési szolgáltatást igénybe venni, a szolgáltatásnyújtó partner teljes körűen megszervezi a választott kórházban történő gyógykezelést, továbbá gondoskodik az előzetes fedezetigazolás kibocsátásáról, mely kizárólag a kiválasztott kórházra érvényes.

A javasolt kórházak listája és az előzetes fedezetigazolás tartalma a biztosított ezek kibocsátásakor ismert egészségi állapota alapján kerül meghatározásra. Mivel a biztosított állapota időben változhat, mindkét dokumentum 3 hónapig érvényes.

Ha a biztosított nem választ kórházat az ajánlott kórházak listájának kibocsátásától számított 3 hónapon belül, illetve nem kezdi meg a kezelést a választott és az előzetes fedezetigazolásban rögzített kórházban a fedezetigazolás kibocsátásától számított 3 hónapon belül, új lista és fedezetigazolás kerül kiállításra a biztosított aktuális egészségi állapota alapján.

A biztosított az előzetes fedezetigazolás alapján lesz jogosult igénybe venni a megfelelő orvosi beavatkozáshoz kapcsolódó kezeléseket, szolgáltatásokat, ellátásokat és terápiákat a biztosítási szerződésben feltételben meghatározott szolgáltatásoknak, valamint az előzetes fedezetigazolásban meghatározott feltételeknek és korlátozásoknak megfelelően. A fedezetigazolásban szereplő feltételek teljesülése esetén a biztosító átvállalja és megfizeti a biztosított vonatkozásában felmerülő, 7) pontban részletezett költségeket a szerződési feltételekben meghatározott korlátozásokkal, kizárásokkal és feltételekkel.

e) A külföldi gyógykezelés lezárása

A külföldi gyógykezelés akkor tekinthető befejezettnek, ha a szolgáltatásnyújtó partner megerősíti, hogy a gyógykezelést végző orvosok által előírt, orvosszakmai szempontból indokolt és szükséges minden ellátást, kezelést, beavatkozást elvégeztek. A külföldi gyógykezelés befejezését követően a szolgáltatásnyújtó partner gondoskodik a biztosított és hozzátartozója (vagy hozzátartozói) hazajutásáról, illetve információval látja el a biztosítottat, hogy tudja igénybe venni a külföldi gyógykezelést követő, 7) n) és o) pontokban rögzített szolgáltatásokat: a gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költségének megtérítését, valamint az utánkövetés szolgáltatást.

f) A külföldi gyógykezelés kiértékelése és esetleges folytatása

A külföldi gyógykezelés lezárását és a biztosított hazatérését követően a biztosított egészségi állapotában beálló változások felvethetik további, orvosszakmai szempontból indokolt egészségügyi beavatkozás szükségességét, illetve ennek vizsgálatát. Ha ekkor a biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet továbbra is él, a biztosított jogosult kezdeményezni a helyzet újraértékelését a szolgáltatásnyújtó partnernél.

Ezt követően a szolgáltatásnyújtó partner újra tájékoztatja a biztosítottat minden olyan intézkedésről, mely ahhoz szükséges, hogy a biztosítottra vonatkozó és a felülvizsgálathoz szükséges minden diagnosztikai teszteredmény és orvosi dokumentáció a szolgáltatásnyújtó partner rendelkezésére álljon.

Ha felülvizsgálat olyan eredménnyel zárul, hogy a korábbi külföldi gyógykezelés során kezelt betegség és elvégzett orvosi beavatkozás további, orvosszakmai szempontból indokolt ellátást tesz szükségessé, a szolgáltatásnyújtó partner a 12) c) és d) pontok szerint jár el, melyek értelmében új előzetes fedezetigazolást és javasolt kórházi listát bocsát a biztosított rendelkezésére. Ebben az esetben az új, további kezelése a korábbi káresemény folytatásaként tekintendők.

Amennyiben orvosszakmai szempontból indokolt, a szolgáltatásnyújtó partner a felülvizsgálathoz új, második orvosi szakvélemény kiállítását írhatja elő.

Az újabb külföldi gyógykezelést követően a biztosított újra jogosulttá válik a 7) o) pontban rögzített utánkövetés szolgáltatásra. Ha felülvizsgálat olyan eredménnyel zárul, hogy a biztosított megváltozott egészségi állapota nem a korábbi külföldi gyógykezelés során kezelt betegséghez és elvégzett orvosi beavatkozáshoz kapcsolódik, akkor a felülvizsgálati kérelem új, az előzőtől független kárigénynek minősül, mely esetben a 12) pontban rögzített összes kárfolyamati lépés alkalmazandó.

g) Együtműködés

A biztosított, valamint a biztosított hozzátartozói kötelesek hozzájárulni, hogy a szolgáltatásnyújtó partnert 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.

13) A biztosítási díj és a térítési összeghatárok felülvizsgálata és módosítása**a) A biztosító fenntartja a jogot, hogy évente felülvizsgálja és módosítsa:**

- **a jelen feltételek 1. számú mellékletének 3) pontjában feltüntetett a biztosítási évforduló után esedékessé váló fizetendő biztosítási díjakat; illetve**
- **a jelen feltételek 1. 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) 1) 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 kárgyakoriság alapján, a fedezett orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos technológiai innovációk elemzése alapján, a viszontbiztosítási díj módosítása alapján a szolgáltatást nyújtó partner 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 összeghatárokra irányuló azon módosítási szándékáról, melyet nem a biztosított aktuális életkorának változása vagy a „családi csomag” részét képező és legfeljebb 18 éves biztosítottat tartalmazó kiegészítő biztosítási szerződések számának változása indokol, legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően legalább 45 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.

14) 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, különösképpen 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.

15) A biztosítás megszűnése

A biztosítás kifizetés nélkül megszűnik az Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek 9) e)-f) és h) pontjaiban foglalt eseteken kívül:

- 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 meghaladja a biztosítás teljes tartamára érvényes, összesített térítési összeghatárt;
- d) a főbiztosítás bármely okú megszűnése esetén;
- e) a főbiztosítás díjfizetési tartamának végén;
- f) a főbiztosítás díjfizetésének szüneteltetése esetén;
- g) a főbiztosítás díjmentes leszállítása esetén;
- h) a főbiztosítás részleges díjmentesítése esetén;
- i) abban az esetben, ha a szerződő a biztosítási évfordulóra felmondja a szerződést;
- j) abban az esetben, ha a biztosító a 16) e) pont alapján felmondja a szerződést;
- k) abban az esetben, ha a szerződő a 13) d) vagy 16) d) pont alapján felmondja a szerződést.
- l) „Családi csomag” részét képező, gyermek biztosítottra kötött szerződés a fentieken túl kifizetés nélkül megszűnik abban az esetben, amikor ugyanazon „családi csomagba” tartozó, a „családicsomagba” legalább 19 évesen bevont, felnőtt biztosítottra kötött összes szerződés megszűnik, és a gyermek biztosított ekkor még nem töltötte be a 19. életévét.

16) Egyéb rendelkezések

- a) **A biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal, kötvénykölcsonre, a szerződés díjmentesítésére, valamint visszavásárlására nincs lehetőség.**
- b) A biztosító a biztosítás díjának kalkulációja során technikai kamatlábat nem használt. A biztosítás többlethozam- visszatérítéssel nem rendelkezik.



- c) A biztosítás megkötésére a főbiztosítással egy időben, vagy annak megkötését követően, mindig a főbiztosítás rendszeres biztosítási díjának esedékességét megelőző maximum 60, de minimum 30 napon belül van lehetőség jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlat aláírásával. Már élő főbiztosításhoz történő hozzákötés esetén az ajánlat aláírása dátumának, illetve az ajánlat biztosítóhoz történő beérkezése időpontjának az előzőleg meghatározott intervallumba kell esnie.
- d) Jelen kiegészítő biztosítást a szerződő legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 15. napig a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, a biztosítási évfordulóra felmondhatja.
- e) A biztosítónak jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási szerződés rendkívüli felmondására ad okot, ha a biztosító és a szolgáltató partner (mint szerződő felek) között a biztosítás szolgáltatásainak nyújtására létrejött szolgáltatási szerződés bármilyen okból megszűnik. Ebben az esetben a biztosító a kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási szerződést legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig, a biztosítási évfordulóra felmondhatja, melyről írásban tájékoztatja a szerződőt.
- f) A biztosítás díjának és térítési összeghatárainak értékkövetésére nincs lehetőség.
- g) Jelen kiegészítő biztosítás Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek 10) b) pontja szerinti felmondására nincsen lehetőség.
- h) Ha jelen kiegészítő biztosítás a főbiztosítás Általános Életbiztosítási Feltételek 22) i) pontjában meghatározott 30 napos felmondása miatt szűnik meg, akkor a szerződő részére kifizetett felmondási összegből a biztosító levonhatja a kiegészítő biztosítás vonatkozásában a kockázatviselés idejére jutó díjrészt.
- i) A főbiztosítás Általános Életbiztosítási Feltételek 10) pontja szerinti újra érvénybe helyezése (reaktiválása) esetén és azzal egy időben a szerződő kérheti jelen kiegészítő biztosítás újra érvénybe helyezését (reaktiválását) is. A reaktiválás feltétele jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a biztosított írásbeli kármentességi nyilatkozata, az elmaradt díjak, valamint azon díjak teljes összegének befizetése, amelyek a szerződés törlésének időpontjától a reaktiválás időpontjáig a szerződés folytonossága esetén esedékessé váltak volna. A biztosító a reaktiváláshoz ismételt kockázatelbírálást végezhet, ennek keretében ismételten kérheti az egészségi nyilatkozat kitöltését.
- j) A szerződő nem kérheti a díjfizetés szüneteltetését.

1. számú melléklet

1) A külföldi gyógykezelési szolgáltatáshoz rendelt térítési összeghatárok

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) Best Doctors® (Euró Alapú) Kiegészítő Egészségbiztosítás díjai

Best Doctors® Kiegészítő Egészségbiztosítás díjai

Best Doctors® Kiegészítő Egészségbiztosítás díjai	Éves díj	Féléves díj	Negyedéves díj	Havi díj
Gyermek díja* (0 – 18 éves)	38 500 Ft	19 950 Ft	10 150 Ft	3 500 Ft
Egyéni díj (19 – 64 éves)	88 200 Ft	45 150 Ft	22 750 Ft	7 875 Ft
Egyéni díj (65 – 84 éves)	163 800 Ft	83 650 Ft	42 350 Ft	14 350 Ft

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

Best Doctors® Euró Alapú Kiegészítő Egészségbiztosítás díjai

Best Doctors® Kiegészítő Egészségbiztosítás díjai	Éves díj	Féléves díj	Negyedéves díj	Havi díj
Gyermek díja* (0 – 18 éves)	110 €	57 €	29 €	10 €
Egyéni díj (19 – 64 éves)	252 €	129 €	65 €	22,5 €
Egyéni díj (65 – 84 éves)	468 €	239 €	121 €	41 €

2. számú melléklet: Kiterjesztett szolgáltatások szerződési feltételei

1) Kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatás

- a) A biztosítás szolgáltatásainak részeként a biztosító és szolgáltatásnyújtó partnere a Különös Feltételek 2) r) pontjában definiált (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 szolgáltatásnyújtó partner dönt arról, hogy a diagnosztizált betegség, amire a kárigényt alapították, kritikussnak, krónikusnak vagy degeneratívnak minősül-e. Amennyiben a diagnosztizált betegség nem tartozik a kiterjesztett szolgáltatás körébe, erről a szolgáltatásnyújtó partner 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 szolgáltatásnyújtó partner 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 szolgáltatás a külföldi gyógykezelés megszervezésére

- 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 szolgáltatásnyújtó partnere a jelen pontban rögzített 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 az így igénybe vett szolgáltatás keretében megszervezett külföldi gyógykezelés költségeit. Ez esetben a külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó minden költséget a biztosítottnak kell megfizetnie. A biztosító szolgáltatása kizárólag a külföldi gyógykezelés megszervezésére terjed ki.**

**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**