

## 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) **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) **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, Ayurveda, hagyományos kínai gyógyászat, oszteopátia.
- d) **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.
- 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 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 igénybevételére 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 kockázatbírálással 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 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.
- p) **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 fentiekén túl a szolgáltatás keretében ellenőrzi, hogy a biztosított megfelelő orvosi ellátást kap(ott)-e a külföldi gyógykezelés során.
- 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 gyógyszertárban szerezhető be, és amelyeket a fiziológiai funkciók visszaállítása, javítása, fejlesztése 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) **Hozzátartozó:** 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 gyermekeket 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) **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.
- u) **Káresemény:** a biztosított által bejelentett olyan betegség, melyhez kapcsolódóan a 12) pontban rögzített kárfolyamat során a biztosításban fedezett orvosi beavatkozást javasoltak.
- 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 létrejöttékor 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 kockázatelbírálás 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 kockázatelbíráláshoz kötheti, illetve elutasíthatja.

- z) **Kardiológus szakorvos:** a szív- és érrendszeri betegségekre szakosodott, ez irányú végzettséggel rendelkező 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 15) 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 jelenléttel biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, valamint kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik.
- cc) **Kórházi ápolás:** legalább egy éjszakai kórházi benttartózkodást szükségessé tevő gyógykezelés a külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében.
- dd) **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.
- 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 sejteiről, ahol kialakult, és nem támadja meg a strómát vagy a környező szöveteket.
- 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:
  - 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 kezelések 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.
- 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 fizikai károsodás.
- kk) **Szerződő:** az a díjfizető, aki a biztosítani kívánt csoport biztonságának megóvásában érdekelt, egyben a biztosítási szerződést megkötöti és a biztosítás tartama alatt a díjfizetést teljesíti.
- ll) **Terrorcselekmény:** erőszakos, az emberi életet, anyagi és immateriális javakat, illetve infrastruktúrát károsító cselekmény vagy ilyennel történő fenyegetés, melynek célja kormányok és vállalkozások befolyásolása vagy a társadalom (egy részének) megfélemlítése.
- 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 1. számú melléklet 1) pontja, illetve a biztosítási kötvény tartalmazza.



- oo) **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 szolgáltatásnyújtó partnere szolgáltatást nem teljesít.
- pp) **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.
- qq) **Helyreállító műtét:** olyan eljárás, melynek célja szervek és szövetek struktúrájának helyreállítása a funkcióvesztés korrigálása érdekében.
- rr) **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 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 (tekintettel a 2) oo) pontban foglaltakra is).

### 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, 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.

### 5) Egészségi kockázatbírálás, 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 kockázatbírálás 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 „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 (intercranalialis és gerincvelő) műtét** az agyat vagy a koponyaúr más részeit érintő sebészi beavatkozás, mely vonatkozik a gerincvelőre lokalizált jóindulatú tumorokra (medulla spinalis) is.
- e) **Élő donoros szervátültetés:** 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 nyújtott szolgáltatások, 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 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 és szaktolmács 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) Egynapos 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, 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;
  - vértömlesztés, 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 jóvá-hagyja.
- 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 járással 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 járással 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.

#### *Szállás 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.

#### *Holttest hazaszállításának költségei*

- l) A külföldi gyógykezelés során elhalálozott biztosított (továbbá szervátültetés 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 külföldi, 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 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.

### Utánkövetés 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 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 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 biztosításból 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, mely olyan betegség kapcsán merül fel, melyre a legmegfelelőbb gyógymód a szervátültetés.
- h) Minden olyan betegség vagy orvosi beavatkozás, mely a biztosításban fedezett betegség vagy orvosi beavatkozás következménye, kivéve, ha az adott betegségre vagy orvosi beavatkozásra a kockázatvállalás jelen feltétel alapján kifejezetten kiterjed.
- i) A betegségek és kezelésük 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 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, műfogorok, 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 gyógyszerárban 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.
- 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) Az olyan fordítási, telefonhasználati 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 kísérői részéről - illetve részükre nyújtott szolgáltatások kapcsán - merül fel, kivéve azokat, amelyeket a jelen szerződés kifejezetten megenged.
- t) Minden olyan költség, amely szervátültetés 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, mely hisztológiai osztályozás alapján nem terjed túl az epidermiszen.

**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 vonatkozásában**

- y) Az olyan transzplantáció, amely alkoholizmus következtében kialakuló májzsugor miatt válik szükségessé.
- z) Az olyan transzplantáció, amelyet saját szerv felhasználásával hajtanak végre. 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 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 esedékességekor befizeti. Ezt a szabályt a hosszabbítás leteltekor is megfelelően alkalmazni kell.

## 10) 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 teljesítendők.
- 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**



visei 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.

## 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 kötelezettségei 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](http://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 biztosítotttól, 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 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 kezelések 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) **Együttműködés**

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 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) 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 kárgyakoriság alapján, a fedezett orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos technológiai innovációk elemzése alapján, a viszontbiztosítási díj módosítása alapján, a szolgáltatásnyújtó partnernek 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 összeghatárokat 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.

### 14) Jogi nyilatkozat

a) A szerződő és a biztosított az ajánlaton, illetve a belépési nyilatkozaton 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.

### 15) 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 16) d) pont alapján felmondja a szerződést;

b) abban az esetben, ha a szerződő 13) d) vagy 16) 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 fentiekén túl kifizetés nélkül megszűnik a biztosító kockázatviselése:

- e) azon a biztosítási évfordulón, amikor a biztosított betölti a 85. életévét;
- f) a biztosított halála esetén;
- g) 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;
- h) abban az esetben, ha az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás főbiztosítottja az ajánlatban rögzített csoportképző ismérv alapján meghatározott főbiztosított csoportnak már nem tagja;
- i) a biztosított írásbeli nyilatkozatával;
- j) a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 22.2. e) – f) pontjában foglalt esetekben.
- k) A hozzátartozói biztosítottra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése a fentiekén 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.

## 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) 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 szolgáltatásnyújtó partner (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 kockázatbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás esetében a szerződő köteles azt a főbiztosítottat a biztosító formanyomtatványán haladéktalanul kiléptetni a szerződésből, aki kikerül az ajánlatban megjelölt csoportképző ismérv 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 órakor 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.**

## 1. számú melléklet

### 1) 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) Best Doctors® Smart 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.



## 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, kritikusnak, 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 kiterjesztett 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**