

E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés

Biztosítás feltételei

1. számú melléklet

Az E.ON Energiakereskedelmi Korlátolt Felelősségű Társaság és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. között 2016. december 16. napján létrejött és **2019. augusztus 2. napján módosított** E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés **1. számú melléklete**

E.ON ÉLETENERGIA CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI

Jelen Biztosítási Feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., mint biztosító és az E.ON Energiakereskedelmi Kft., mint szerződő között létrejött E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződésre érvényesek.

1. Fogalmak

- 1.1. Alapellátás:** a Biztosított / Társbiztosított lakóhelyén, tartózkodási helyén, illetve annak közelében a Biztosított / Társbiztosított választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatás (háziorvosi szolgáltatás).
- 1.2. Általános járóbeteg-szakellátás:** a Biztosított / Társbiztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a Biztosított / Társbiztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás.
- 1.3. Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel nem köt szerződést.
- 1.4. Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt.
- 1.5. Beavatkozás:** azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- 1.6. Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak. Az egyes Biztosítottakra / Társbiztosítottakra vonatkozó biztosítási év az adott Biztosítottak Biztosítotti Nyilatkozatának megtételét követő napon kezdődik és a következő év ugyanezen hónapjának ugyanezen napjáig tart.
- 1.7. Biztosított:** az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítást megkötik.
- 1.8. Biztosítási esemény:** a Biztosító azon szolgáltatása, amelyre a biztosítási szerződés alapján a Biztosító a Biztosított / Társbiztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott egészségügyi ellátás megszervezése vagy az ellátás költségeinek megfizetésére vállal kötelezettséget.
- 1.9. Csoportos biztosítás:** a biztosítás – egy szerződésen belül – több Biztosítottra / Társbiztosítottra, a Szerződő által a biztosítási ajánlatban rögzített, objektív szempontok szerint meghatározott természetes személyek csoportjára, illetve csoportjaira vonatkozik. A jelen általános feltételek alapján létrejövő szerződésben több – név szerint meghatározott – biztosított csoport képezhető. Csoportképző objektív szempont lehet a Biztosítottak és a Szerződő között fennálló jogviszony, egyéb kapcsolat, illetve a Biztosítottak valamely szervezethez való tartozása.
- 1.10. Egészségügyi ellátás:** a Biztosított / Társbiztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.
- 1.11. Egészségügyi szolgáltatás:** az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a biztosított (beteg) vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a biztosított (beteg) vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.
- 1.12. Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.
- 1.13. Ellátásszervező:** az a szervezet, amely a Biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy az egészségügyi szolgáltatókkal szerződést kössön, és a Biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszervezze, a szolgáltatást lebonyolítsa a Biztosítottak számára.

E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés

Biztosítás feltételei

1. számú melléklet

- 1.14. Éves szolgáltatási limit:** a Biztosító az E.ON ÉletEnergia csoportos biztosítási szerződés szolgáltatásaira éves szolgáltatási limitet alkalmaz, melynek mértékét jelen feltétel 5. pontja tartalmazza. A szolgáltatási limitből egy biztosítási évben fel nem használt mennyiség nem vihető át a következő biztosítási évre.
- 1.15. Előzménybetegség:** a biztosítás megkötése előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettől összefügg.
- 1.16. Kezelőorvos:** a Biztosított / Társbiztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a Biztosított / Társbiztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.
- 1.17. Költségtérítés:** a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig.
- 1.18. Szolgáltatási Szerződés:** az E.ON Energiakereskedelmi Korlátolt Felelősségű Társaság és a Biztosított között fennálló, érvényes egyetemes áramszolgáltatási szerződést jelenti.
- 1.19. Várakozási idő:** a kockázatviselés kezdetének szerződéses elhalasztása, vagy a Biztosító kockázatvállalásának meghatározott ideig történő korlátozása.
- 1.20. Vizsgálat:** az a tevékenység, amelynek célja a Biztosított / Társbiztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása.

2. A biztosítási szerződés alanyai

- 2.1.** A **Biztosító** az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., amely jelen biztosítási feltételek alapján kötött szerződés értelmében meghatározott díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a 4. pontban meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.
- 2.2.** A **Szerződő** fél az E.ON Energiakereskedelmi Kft., amely az érvényes jognyilatkozatokat teszi, meghatározza azokat a feltételeket, amelyek alapján valaki a csoportos egészségbiztosítási szerződéshez Biztosítottként csatlakozhat, valamint a biztosítási díjat a Biztosítónak megfizeti.
- 2.3.** **Biztosított** lehet Egyéni és Családi csomag választása esetén i) az a Biztosított Nyilatkozat megtételének időpontjában 18. életévet betöltött, de a biztosítási esemény időpontjában 80. életévet még nem betöltött, ii) Szolgáltatási Szerződéssel rendelkező természetes személy, aki iii) a fogyasztási helyre nem rendelkezik előrefizetős mérővel, iv) folyószámla-egyenlege a Biztosított Nyilatkozat megtételének időpontjában nem mutat lejárt tartozást, v) az általa tett Biztosított Nyilatkozással kezdeményezte az E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés hatályának kiterjesztését saját magára, illetve családi kiterjesztés esetén a Társbiztosítottakra, és vi) akit a Szerződő a Biztosítónak Biztosítottként bejelentett, továbbá vii) akire vonatkozó biztosítási díjat a Szerződő megfizette. Extra csomag választása esetén a Biztosított csak 18. életévet elért, de 70. életévet még nem betöltött személy lehet, aki a fentieknek egyebekben megfelel.

Egyéni Társbiztosított lehet a Biztosított házastársa vagy élettársa, akinek életkora Egyéni csomag választása esetén eléri a 18. életévet, de nem haladja meg a 80. életévet, és aki az általa tett Biztosított Nyilatkozással kezdeményezte a jelen Csoportos Egészségbiztosítás hatályának a kiterjesztését saját magára, továbbá aki állandó lakcímbeljelentéssel a Biztosítottal azonos lakcímen életvitelszerűen lakik mind a csatlakozási nyilatkozat megtételekor, mind a biztosítási esemény bekövetkeztékor.

Az Extra csomag választása esetén Egyéni Társbiztosított csak 18. életévet elért, de 70. életévet még nem betöltött személy lehet, aki a fentieknek egyebekben megfelel.

Családi kiterjesztés esetén Családi Társbiztosított minősülnek a Biztosítottnak a Ptk. 8:1.§ (1) bek. 1. pontban megjelölt közeli hozzátartozói, valamint a biztosított élettársa, továbbá az élettárs gyermekei és az élettárs szülei is, feltéve, hogy ezen személyek a biztosítási esemény bekövetkeztékor állandó lakcímbeljelentéssel a Biztosítottal azonos lakcímen életvitelszerűen laknak, és életkoruk eléri a 3. hónapot, illetve nem haladja meg a 80. életévet.

- 2.4. Kedvezményezett:** minden esetben a Biztosított illetve Társbiztosított.

E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés

Biztosítás feltételei

1. számú melléklet

3. A Biztosító kockázatviselésének kezdete, megszűnése, a díjfizetés tartama, a díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei

3.1. A Biztosító kockázatviselésének kezdete, tartama

A Biztosítottra / Társbiztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete – a szolgáltatás igénybevételének legkorábbi időpontja – a Biztosítotti Nyilatkozat megtételét követő nap 0. órája.

Extra csomag választása esetén a később részletezett járóbeteg szakellátás, az orvosi képalkotó diagnosztika és a diagnosztikai vizsgálat szolgáltatások tekintetében a Biztosító kockázatviselése a Biztosítotti Nyilatkozat megtételét követő naptól számított 10 napos Várakozási Idő elteltével veszi kezdetét.

A biztosítás határozatlan tartamú, mely tartam éves biztosítási időszakokra oszlik. Az éves biztosítási időszakok fordulónapja a kockázatviselés kezdő napjának megfelelő nap.

3.2. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

A Biztosító kockázatviselése megszűnik – és nem nyújt a továbbiakban szolgáltatást - az alábbi esetekben:

3.2.1. Egy adott Biztosított illetve Társbiztosított tekintetében:

- a Biztosított vagy Társbiztosított halálával;
- annak a hónapnak az utolsó napjával, amelyben a Biztosított, illetve a Társbiztosított a rá irányadó biztosítási csomag szerinti felső korhatárt – Egyéni és Családi csomag esetén 80 év, Extra csomag esetén 70 év - betöltötte. Családi csomag esetén, amennyiben a Biztosított a 80. életévét eléri, rá vonatkozóan megszűnik a Biztosító szolgáltatása, de a Családi Társbiztosítottakra – változatlan díjfizetés mellett – érvényben marad, amíg életben vannak, vagy amíg a 80. életévüket be nem töltik és a rájuk vonatkozó biztosítási díj megfizetésre került.

3.2.2. Egy adott Egyéni Társbiztosított tekintetében (a 3.2.1. pontban foglaltakon túlmenően):

- az Egyéni Társbiztosítottra eső biztosítási díj áthárításához történő hozzájárulás (lásd 11.6. pont) Biztosított általi visszavonása esetén a visszavonó nyilatkozatnak a Szerződőhöz történő beérkezését követő hónap első napján 0.00 órakor;
- az Egyéni Társbiztosítottnak a Biztosítóval azonos lakcímre történő állandó lakcímbeljelentése megszűnése esetén, a megszűnés napján 24 órakor.

3.2.3. A Biztosított és valamennyi Társbiztosított tekintetében:

- a Biztosított halálával, az elhalálozás napjával;
- a Biztosított Szolgáltatási Szerződésének megszűnése esetén annak a hónapnak az utolsó napján 24 órakor, amely hónapban a Szolgáltatási Szerződés megszűnt,
- távértékesítés esetén a biztosítotti jogviszony azonnali hatályú felmondásával a 3.2.4. pont szerinti időpontban,
- a biztosítotti jogviszony Biztosított általi felmondásával a 3.2.5. pont szerinti időpontban,
- amennyiben a Biztosított a rá vonatkozó biztosítási díjat nem fizeti meg a Szerződő részére a 3.4. pont szerinti időpontban.

3.2.4. Amennyiben a Biztosított távértékesítés útján – telefonon, vagy internetes felületen keresztül - csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez, úgy a csatlakozását követő 14. napig postára adott (postacím: 7602 Pécs, Pf.: 197..) vagy telefaxon (faxszám: 06 72/ 501 208), elküldött, a Szerződőhöz intézett nyilatkozatával indokolás nélkül visszavonhatja a csatlakozási nyilatkozatát, mely esetben a Biztosító kockázatviselése a visszavonó nyilatkozat hatályosulásával megszűnik.

3.2.5. Családi és Egyéni csomag esetén a Biztosított jogosult a csomag szerinti biztosítotti jogviszonyát a Szerződőhöz intézett - a Szerződő ügyfélszolgálatán személyesen átadott vagy a Szerződő ügyfélszolgálati elérhetőségeire postai úton vagy faxon eljuttatott – írásbeli nyilatkozattal bármikor megszüntetni (továbbiakban: felmondó nyilatkozat). A biztosítotti jogviszony felmondása esetén a csomag szerinti biztosítotti jogviszony megszűnik a felmondást követő hónap utolsó napján 24 órakor. Extra csomag esetén a csomag szerinti biztosítási jogviszony a 3.1. szerinti, adott Biztosítottra/Társbiztosítottra vonatkozó biztosítási évfordulóra mondható csak fel. A felmondásra egyebekben az előző bekezdésben írtakat kell alkalmazni.

3.2.6. Valamennyi Biztosított vonatkozásában megszűnik a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottak által megfizetett biztosítási díjjal fedezett időtartam utolsó napjának 24. órakor, ha a Szerződővel kötött csoportos szerződés megszűnik, de legkésőbb azon a napon, amikor a csoportos biztosítás átruházásra kerül.

3.2.7. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése nem érinti a megszűnés előtt igényelt szolgáltatások, folyamatban lévő vagy függő szervezését, finanszírozását.

E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés

Biztosítás feltételei

1. számú melléklet

3.3. A díjfizetés tartama

- 3.3.1.** A Biztosítottra vonatkozó **díjfizetés kezdete** a csoportos szerződéshez történt csatlakozást követő hónap 1. napja 0:00 óra.
- 3.3.2.** A biztosítás díjának esedékessége minden hónap első napja, azzal, hogy a Biztosított a biztosítási díjat az E.ON. Energiakereskedelmi Kft.-vel kötött Szolgáltatási Szerződés díjával együtt, az áramszolgáltatási díj megfizetésére vonatkozó határidőben és gyakorisággal köteles megfizetni a Szerződő részére.
- 3.3.3.** A Biztosítót a biztosítási díj adott Biztosított / Társbiztosított vonatkozásában annak a hónapnak az utolsó napjáig illeti meg, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított / Társbiztosított vonatkozásában megszűnt.

3.4. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei

- 3.4.1.** Amennyiben a Biztosított az esedékes biztosítási díjat a díj megfizetésére szolgáló számlán szereplő teljesítési határidő lejártától számított 60 napon belül nem fizeti meg a Szerződő részére, úgy a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított / Társbiztosított(ak) tekintetében az utolsó díjjal rendezett időszak utolsó napjára visszamenőleges hatállyal megszűnik.
- 3.4.2.** Amennyiben a Biztosított / Társbiztosított az elmaradt díj esedékességét követő időpontban, de még a díj megfizetésére rendelkezésre álló időtartam alatt a 4.3. pont szerinti szolgáltatást vett igénybe, úgy a díjfizetés elmulasztása esetén a Biztosító kockázatviselése – a 3.4.1. pontban foglaltaktól eltérően - a 4.3. pont szerinti szolgáltatás igénybe vételének időpontjára visszamenőleges hatállyal szűnik meg.

4. Szolgáltatások

4.1. Orvosi call center igénybevétele

- 4.1.1.** A Biztosító a jelen feltételek alapján a Biztosított / Társbiztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által (TELADOC HUNGARY Kft., korábbi nevén Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: szolgáltató) 24 órás egészségügyi információs szolgáltatást nyújt.
- 4.1.2.** A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon, laikusoknak szóló, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek. Az egészségügyi információs központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:
- egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,
 - tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
 - tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
 - tájékoztatás ügyeletes gyógyszerárakról,
 - tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
- 4.1.3.** A non-stop Orvosi call center szolgáltatást a Biztosított / Társbiztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, az év minden napján, a nap 24 órájában veheti igénybe. Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a biztosított vizsgálatát. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a Biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.

4.2. Időpont egyeztetés szakorvosi vizsgálatra

- 4.2.1.** A Biztosító a jelen feltételek alapján a Biztosított / Társbiztosított számára - egészségügyi szolgáltató partnere által (TELADOC HUNGARY Kft, korábbi nevén Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: ellátásszervező) - megszervezi a vizsgálati időpontokat, helyszíneket járóbeteg-szakellátásokra. A járóbeteg-szakellátásokra a helyszínt és időpontot az Ellátásszervező 5 munkanapon belül megszervezi szerződött egészségügyi szolgáltató partnereinél. Az orvosi ellátás időpontja és helyszíne minden esetben a Biztosítottal / Társbiztosítottal egyeztetve történik.
- 4.2.2. Az időpont egyeztetés szakorvosi vizsgálatra szolgáltatás Egyéni és Családi Csomag esetén nem finanszírozza az orvosi vizsgálatok költségét, kizárólag a megfelelő szakorvos kiválasztását és a vizsgálat idejének megszervezését tartalmazza. Az ügyfelek érdeklődése esetén tájékoztató jellegű információt ad az ellátásszervező a választott szakrendelés árairól. A vizsgálat költségei a Biztosítottat / Társbiztosítottat terhelik.**

E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés

Biztosítás feltételei

1. számú melléklet

Extra csomag esetén a csomagban megjelölt hét orvosszakmában – ezek részletezését lásd a szolgáltatási táblázatban – a szakorvosi vizsgálat költségét az éves limit erejéig a Biztosító finanszírozza. A limitösszeget meghaladó, továbbá a csomagban fel nem sorolt orvosi vizsgálatok költsége a Biztosítottat / Társbiztosítottat terheli.

4.2.3. Időpont egyeztetés hétköznapokon a +36-1-461-1575 számon, 8:00 – 20:00 óráig történik. Meglévő időpont módosítására legkésőbb 48 órával a kiadott időpont előtt van lehetőség.

4.3. Orvosi képkeltő diagnosztikai eljárások

Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak / Társbiztosítottnak a további gyógyulásához szükségessé váló, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, melyre a Biztosított / Társbiztosított vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkezett, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegsége miatt van szükség.

A Biztosító a szerződött egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi a vizsgálatot – a Biztosított / Társbiztosított lakcímét is figyelembe véve -, és a rendelkezésre álló éves limit erejéig finanszírozza is azt.

4.3.1. MR (mágneses rezonancia diagnosztika)

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

4.3.2. CT (computer tomográf – számítógépes rétegvétel diagnosztika)

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

4.4. Járóbeteg-szakellátás

4.4.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkező balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg-szakellátás keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása.

4.4.2. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása is, mely ellátás járóbeteg-szakellátás keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása.

4.4.3. Nem biztosítási esemény a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata. Kontrollvizsgálat alatt a Biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a kezelésnek a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.

4.4.4. Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett járóbeteg-szakellátás.

4.4.5. Nem minősül biztosítási eseménynek a Biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt fennálló terhesége. Terhességgel kapcsolatos vizsgálatokat a Járóbeteg-szakellátás nem téríti.

4.4.6. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett járóbeteg szakellátás napja.

4.4.7. A Biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a Biztosított / Társbiztosított / Társbiztosított vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

4.5. Diagnosztikai vizsgálatok

4.5.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, illetőleg a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb, nem az Orvosi képkeltő diagnosztikai vizsgálatokhoz sorolt diagnosztikai vizsgálata.

4.5.2. Nem biztosítási esemény a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata. Kontrollvizsgálat alatt a Biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.

4.5.3. Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett diagnosztikai vizsgálat iránti igény.

4.5.4. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett diagnosztikai vizsgálat napja.

E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés

Biztosítás feltételei

1. számú melléklet

4.6. Második orvosi vélemény

- 4.6.1.** Biztosítási esemény a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége kapcsán felmerülő második orvosi vélemény szolgáltatás iránti igénye.
- 4.6.2.** A második orvosi vélemény szolgáltatást a Biztosított kizárólag az alábbi súlyos betegségek kapcsán veheti igénybe:
- a) rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);
 - b) szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;
 - c) szervátültetések;
 - d) neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;
 - e) az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;
 - f) a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;
 - g) életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.
- 4.6.3.** A 4.6.2 pontban leírt listában nem szereplő betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/ megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.
- 4.6.4.** A biztosítási esemény időpontja a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges kérelem kérdőív és jogi nyilatkozat ellátásszervezőhöz történő benyújtásának időpontja.
- 4.6.5.** A Biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi a második orvosi vélemény szolgáltatást és finanszírozza annak költségét a Biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

5. Szolgáltatási limit

A biztosítási szerződés alapján a Biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatásokra éves szolgáltatási limitet határoz meg, melynek mértéke:

Szolgáltatások	Egyéni csomag	Családi csomag	Extra-csomag
Non-stop orvosi call center	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Időpont egyeztetés szakorvosi vizsgálatra	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Orvosi képalkotó diagnosztika (MRI, CT)	1.000.000 Ft / biztosítási év	1.000.000 Ft / fő / biztosítási év	250 000 Ft / fő / biztosítási év
Második orvosi vélemény			korlátlan
Járóbeteg-szakellátás finanszírozása (belgyógyászat, kardiológia, fül-orr-gégészet, ambuláns sebészet, allergológia, szemészet, bőrgyógyászat)			100 000 Ft / fő / biztosítási év
Diagnosztikai vizsgálatok (NEM nagyértékű, pl. labor-, röntgen, ultrahang vizsgálat)			50 000 Ft / fő / biztosítási év

6. A Biztosító szolgáltatása

- 6.1.** Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén az **Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások** (MRI, CT), a Járóbeteg-szakellátás és a Diagnosztikai vizsgálatok szolgáltatás költségeit teljes egészében – a rendelkezésre álló éves limit erejéig – megtéríti a Biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak.
- 6.2.** Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat / Társbiztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésére álló összegről a vizsgálatokra való jelentkezéskor.
- 6.3.** Amennyiben a Biztosított / Társbiztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 90%-át már felhasználta, a Biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított / Társbiztosított részére az éves limit erejéig.

E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés

Biztosítás feltételei

1. számú melléklet

- 6.4.** A szolgáltatások megszervezésének és a Biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a Biztosított / Társbiztosított – egészségi állapotának további vizsgálata vagy egészségének megőrzése érdekében orvosi vizsgálat alapján indikált esetben – rendelkezzen a további ellátásához szükséges (szak)orvosi javaslattal. A Biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező jelen Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse.
- 6.5. Szakorvosi vizsgálatok** valamelyikének igénylésekor ellátási igényét a Biztosított / Társbiztosított telefonon bejelenti az ellátásszervezőnek, aki munkanapokon áll rendelkezésre, és a bejelentést követő öt munkanapon belül megszervezi az első kapcsolatfelvételt a Biztosított / Társbiztosított és az orvos között. Erről 5 munkanapon belül értesíti a Biztosítottat / Társbiztosítottat. Amennyiben az orvos ezt követően további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban veheti igénybe a Biztosított / Társbiztosított.
- A telefonbeszélgetések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.

7. A Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 7.1.** A teljesítés feltétele, hogy az ellátást igénylő jogosultsága az ellátásra a szerződés alapján fennálljon.
- 7.2.** Az Orvosi képpalkotó diagnosztikai és a Diagnosztikai vizsgálatok szolgáltatás igénybevételéhez szükséges szakorvosi javaslat.

8. A kockázatviselésből kizárt kockázatok

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki és nem téríti meg az Orvosi képpalkotó diagnosztikai, járóbeteg-szakellátás és Diagnosztikai vizsgálatok költségét az alábbi esetekben:

- a kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményeivel kapcsolatos MRI, CT vizsgálatokra,
- amennyiben a CT, MRI, Diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított javaslatot / beutalót a Biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat,
- amennyiben az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét,
- amely ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt,
 - terhességgel kapcsolatos ellátásokra,
 - sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából végzett ellátásokra,
 - az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységekre,
 - katasztrófa miatti ellátásra,
 - járványügyi érdekből végzett ellátásokra,
 - tüdőgyógyászati gondozásra,
 - addiktológiai gondozásra,
 - alkohológiai gondozásra,
 - drogbeteg-ellátásra, gondozásra,
 - foglalkozás-egészségügyi szakellátásra,
 - akupunktúrás kezelésre,
 - alternatív gyógyászati eljárásokra,
 - semmilyen fogászati probléma, panasz miatt szükségessé váló ellátásra,
 - lézeres kezelésekre, beavatkozásokra (körömgomba, látásjavító, intimplézer, visszer stb.),
 - geriátriai kezelésre, gondozásra,
 - szemlencse beültetésre,
 - dialízis kezelésre,
 - visszer betegség bármilyen kezelésére,
 - szexuális úton terjedő betegség diagnózisának felállítását követően szükségessé váló gondozásra, kezelésre,
 - a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatokra,
 - genetikai vizsgálatokra,
 - étel-intolerancia vizsgálatokra,
 - pszichiátriai kezelésre, kivéve az első konzultációt,

E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés

Biztosítás feltételei

1. számú melléklet

- gyógypedagógiai kezelésre,
- fizio- és mozgásterápiás kezelésre,
- injekció-terápiás sorozatra,
- intenzív betegellátásra,
- klinikai onkológiai gondozásra,
- állapotfenntartó infúziós és kúraszerű kezelésekre,
- Hepatitis C betegek gondozására,
- a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatos ellátásra, ide értve a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket,
- a terhességgel, szüléssel és a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre,
- fogamzásgátlással, meddőséggel, művi megtermékenyítéssel összefüggő ellátási igényekre,
- esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés kapcsán felmerülő ellátási igényekre,
- A Biztosított HIV-fertőzésével vagy ezzel okozati összefüggésben felmerülő ellátási igényekre,
- Az alkohol- illetve a drogfüggőség megszüntetésével kapcsolatos ellátási igényekre.

9. Az ellátásszervező felelőssége

9.1. Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában. Ezen mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok, melyeket ismételten, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a vizsgálatok, amelyek orvosi szükségességét a javaslatot tevő orvos igazolni nem tudja.

9.2. Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége az adott időpontban a Biztosított kezelőorvosa által orvosilag indokoltan tartott olyan esetekre és a vonatkozó ellátási igény elbírálására, amelyek nem tartoznak a Biztosító fedezeti körébe. Ebben az esetben a Biztosított / Társbiztosított felelőssége, hogy igénybe vegye a TB szabályai szerinti egészségügyi ellátást.

9.3. Nem terjed ki az ellátásszervező és a Biztosító felelőssége a szolgáltatók által végzett konkrét szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a Biztosítottak / Társbiztosítottak okozott károkra.

10. A Biztosító szolgáltatásának területi hatálya

10.1. A non-stop Orvosi call center szolgáltatás korlátozás nélkül, a Föld bármely országában elérhető.

10.2. Az Időpont egyeztetés szakorvosi vizsgálatra szolgáltatás területi hatálya Magyarországon működő szakorvosi ellátókra vonatkozik.

10.3. A Biztosító az Orvosi képközpont diagnosztika, Járóbeteg-szakellátás, Diagnosztikai vizsgálatok szolgáltatását magyarországi szerződött partnereinél finanszírozza.

11. A szerződéskötés különös szabályai

11.1. A biztosítási jogviszony létrejöttéhez – eltérő megállapodás hiányában - a Biztosított / Egyéni Társbiztosított hozzájárulása, azaz a Biztosított Nyilatkozat szükséges.

11.2. A Biztosított Nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a Biztosított nyilatkozatát arra vonatkozóan, hogy az E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződéshez való csatlakozásával a biztosítás hatálya rá – Családi Csomag választása esetén - a Családi Társbiztosítottakra kiterjed, valamint a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést. A Biztosított Nyilatkozat a biztosított jogviszony részét képezi. A Biztosított Nyilatkozatot – eltérő megállapodás hiányában – a Szerződő köteles megőrizni, és a Biztosító kérésére azt a Biztosító rendelkezésére bocsátani. A Biztosított Nyilatkozatban a Biztosított tudomásul veszi, hogy a Szerződő által a Biztosítónak megfizetett biztosítási díjat köteles a Szerződőnek megfizetni.

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

11.3. A Biztosított a valóságnak megfelelően és hiánytalanul köteles nyilatkoznia a feltett kérdésekre.

11.4. Ha a Biztosított kiskorú, a kockázatviselés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.

E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés

Biztosítás feltételei

1. számú melléklet

- 11.5.** Amennyiben a Biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy, a kockázatviselés érvényességéhez a rá vonatkozó részében a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.
- 11.6. Egyéni Társbiztosítottakra vonatkozó különös rendelkezések**
- 11.6.1.** A Szerződéssel egyetemes áramszolgáltatási jogviszonyban álló ügyfélnek (továbbiakban: Ügyfél) a vele közös lakcímen, állandó lakcímbeljelentéssel lakó házastársa vagy élettársa a Szerződéshez Egyéni Társbiztosítottként az általa tett nyilatkozattal, egyénileg csatlakozhat. Az Egyéni Társbiztosított csatlakozására a Biztosított csatlakozására vonatkozó szabályokat kell alkalmazni a jelen pontban foglalt eltérésekkel.
- 11.6.2.** Az Ügyfél házastársa vagy élettársa a Szerződéshez Egyéni Társbiztosítottként abban az esetben csatlakozhat, amennyiben az Ügyfél vele egyidejűleg vagy őt megelőzően Biztosítottként csatlakozott. Amennyiben az Ügyfél a Szerződéshez Biztosítottként nem csatlakozott, az Ügyfél házastársa vagy élettársa Egyéni Társbiztosítottként nem csatlakozhat, az általa tett csatlakozási nyilatkozat érvénytelen.
- 11.6.3.** Az Egyéni Társbiztosítottként történő csatlakozás további feltétele, hogy az Ügyfél a Szerződő felé tett, rögzített nyilatkozatban elfogadja, hogy az Egyéni Társbiztosítottra eső biztosítási díjat a Szerződő rá áthárítsa, továbbá vállalja annak a Szerződő felé történő megfizetését. Amennyiben az Ügyfél ilyen tartalmú nyilatkozatot nem tesz, az Ügyfél házastársa vagy élettársa a Szerződéshez Egyéni Társbiztosítottként nem csatlakozhat, az általa tett csatlakozási nyilatkozat érvénytelen.
- 11.6.4.** Adott Biztosított mellett a Szerződésben egyidejűleg legfeljebb egy személy szerepelhet Egyéni Társbiztosítottként, további Egyéni Társbiztosítottak csatlakozása nem lehetséges, az általuk tett csatlakozási nyilatkozat érvénytelen.
- 11.7. A biztosítási fedezet halmozódásának kizárása**
Az Ügyfél a Szerződéshez biztosítottként egyszer csatlakozhat, függetlenül attól, hogy hány darab Szolgáltatási Szerződéssel rendelkezik.
- 11.8. A Biztosítottra vonatkozó biztosítási csomag**
- 11.8.1.** A Szerződés szerinti biztosítási fedezet a Szerződésben rögzített biztosítási csomagok választásával vehető igénybe a jelen pontban írtak szerint. Az egyes csomagok szerinti biztosítási fedezet a Biztosított által szabadon nem kombinálható.
- 11.8.2.** Adott Biztosított/Társbiztosítottra az alábbiakban írtak szerint a következő biztosítási csomagok vonatkozhatnak:
- Biztosított: Egyéni, Családi, Extra csomag
Egyéni és Családi csomag önállóan, egymástól függetlenül választható, együttesen nem.
Extra csomag önállóan, illetve az Egyéni vagy a Családi csomag mellett, azzal együtt is választható.
A Biztosított Családi Csomag választására nem jogosult, amennyiben a Biztosított mellett Egyéni Csomaggal rendelkező Egyéni Társbiztosított is csatlakozik a Szerződéshez.
 - Egyéni Társbiztosított: Egyéni és Extra csomag
Egyéni és Extra csomag önállóan és egymás mellett is választható, azzal, hogy az Egyéni Társbiztosított kizárólag olyan biztosítási csomagot választhat, amellyel a Biztosított is rendelkezik.
Az Egyéni Társbiztosított Családi Csomag választására nem jogosult.
 - Családi Társbiztosított: Családi csomag
- 11.8.3.** Amennyiben adott Biztosított / Társbiztosítottra vonatkozóan több biztosítási csomag vonatkozik, az egyes csomagok szerinti azonos biztosítási szolgáltatások limitösszege összeadódik.

12. Adatkezelés, biztosítási titok

A Biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat a jelen feltételekhez csatolt Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely a www.union.hu weboldalon is elérhető.

13. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve

A Biztosító és a Szerződő kapcsolattartása, valamint a Biztosítottak / Társbiztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

14. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok

Az E.ON ÉletEnergia csoportos Egészségbiztosítási szerződésre és az az alapján létrejövő biztosítotti jogviszonyokra vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosítotti jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar.

E.ON ÉletEnergia Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés

Biztosítás feltételei

1. számú melléklet

15. Vitás kérdések rendezése

- 15.1.** A Szerződőnek és a Biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a szerződés keretében vagy a szerződéssel kapcsolatban merül fel. Minden, a szerződés megkötése után felmerülő és a felektől független olyan körülményről, amely a szerződés teljesítését akadályozza, a felek kölcsönösen kötelesek egymást tájékoztatni.
- 15.2.** A Biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat, a személyes adatok kezeléséhez fűződő jogok érvényesítésével kapcsolatos érintetti kéréseket, kérelmeket a Biztosító részére kell bejelenteni:
- írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségen:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
(1082 Budapest, Baross u. 1.
tel.: (+36-1) 486-4343)
 - személyesen az alábbi címen:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Központi Ügyfélszolgálati Iroda
(1134 Budapest, Váci út 33.)
- A Biztosító a szerződéskötést követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közlésezi.
- 15.3.** Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a Szerződőhöz érkezik be, a Szerződő a Biztosítottakat / Társbiztosítottakat a Biztosítóhoz irányítja.
- 15.4.** A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.
- 15.5.** A Biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank
(1054 Budapest, Szabadság tér 8-9; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)
- 15.6.** Jogok érvényesítésének egyéb fórumai
Amennyiben a Biztosított / Társbiztosított a Biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy
- a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjánál (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; ügyfélszolgálati telefonszám: +36-80-203-776; web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet;
 - a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: 1525 Budapest BKKP Pf. 172; telefon: +36-80-203-776; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.
- 15.7.** A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők.
- 15.8.** A Szerződő tevékenységével kapcsolatban felmerült érintetti adatkezelési kéréseket, kérelmeket Szerződő felé szükséges benyújtani.

2019.08.02.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.