

Your international healthcare partner

Az Ön magán egészségügyi partnere



General Terms and Conditions

International Private Medical Insurance

MediHelp International Plans



Nemzetközi Magán Egészségbiztosítás

MediHelp Nemzetközi Egészségbiztosítás
általános szerződési feltételek



Effective from: 1 January, 2025 / Hatályos: 2025. január 1.

CONTENT / TARTALOMJEGYZÉK

Introduction / Bevezetés	3
How to use Your Plan / Hogyan vehető igénybe az egészségbiztosítás?	3
How to make a Claim / A szolgáltatási igény benyújtása	4
What to do in the event of an emergency? / Mit kell tenni egészségügyi vészhelyzetben?	6
What is covered and what is not covered? / Mi tartozik és mi nem tartozik a biztosító kockázatviselésébe?	7
Table of benefits / Szolgáltatási táblázatok	7
Cases when we are relieved of performance / A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	32
General Exclusions / Általános kizárások	33
Administration and General Information / A szerződés kezelése és általános információk	38
Eligibility / Jogosultság	38
Start of cover / A kockázatviselés kezdete	39
Renewal of insurance contract / A szerződés megújítása	39
Cooling off period / Elállási időszak	39
Adding/Removing / Biztosítottak be-/kiléptetése	40
Obligation of the Policyholder and the Insured to disclose information and report changes / A szerződő és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége	41
Premiums / Biztosítási díj	42
Rules of Modifying the Insurance Premium in the case of group contracts with a term longer than one year / A biztosítási díj módosításának szabályai egy évnél hosszabb tartamú csoportos biztosítás esetén	43
Termination / Megszüntetés	44
Medical Underwriting Terms and Conditions / Egészségi kockázatelbírálásra vonatkozó feltételek	46
Emergency Treatment Outside the specified Area of coverage / A választott területi hatályon kívül igénybe vett sürgősségi ellátás	46
Other insurance / Egyéb biztosítás	46
Subrogation / Megtérítési igény	47
Help and intervention / Segítségnyújtás és közbenjárás	47
Period of limitation / Elévülés	47
Regulatory information / Felügyeleti információk	47
Meaning of Words / Értelmező rendelkezések	47
Standard terms of the general conditions that substantially derogate from the provisions of the Hungarian Civil Code and from Usual Contractual Practice / Az általános feltételek Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlatlól lényegesen eltérő rendelkezései	58

Introduction

Welcome to Your MediHelp International Plan. Thank you for choosing Us in order to look after your health insurance needs. It is worthwhile to take a few moments to familiarize yourself with Our Policy Terms to make sure you fully understand the following:

- how to use the insurance, including receiving treatment and submitting claims;
- the coverage (both benefits and limitations), and
- how the **Policy** is administered.

Throughout this document certain words appear in **bold**. This is to indicate that they have a specific or particularly important meaning.

You will find the “Meaning of Words” at the end of the Policy.

In case of discrepancy between the English and Hungarian versions, the Hungarian text shall prevail.

How to use Your Plan

Your Membership Pack is formed from the following documents:

- **Application Form** – The policyholder’s application for the insurance cover
- **Certificate of Insurance** – proving the existence of your cover and showing the details of your coverage
- **Policy** – current document including all policy details
- **Customer Information and General Provisions Governing Insurance Policies**

Other Information documents related to your Insurance contract

- **Insurance Product Information Documents**
- **Information about the Agent**

Bevezetés

Engedje meg, hogy bemutassuk a MediHelp Nemzetközi Egészségbiztosítást. Köszönjük, hogy bizalmával megisztelte Társaságunkat és egészségbiztosításunkat választotta. Kérjük, hogy figyelmesen tanulmányozza át a szerződésre vonatkozó feltételeket, hogy pontosan tudja:

- hogyan használhatja biztosítását, különös tekintettel az egészségügyi ellátás igénybevételére és a szolgáltatási igények benyújtására;
- mire terjed ki a biztosítási fedezet (szolgáltatások és korlátozások), valamint
- miként működik a szerződés.

A jelen dokumentumban bizonyos kifejezések **vastag betűvel** szerepelnek. Ez azt hivatott jelölni, hogy egyedileg meghatározott vagy különösen fontos jelentéssel bírnak.

Az „Értelmező rendelkezések” részt a feltételek végén találja meg.

A magyar és az angol nyelvű változat eltérése esetén a magyar szöveg az irányadó.

Hogyan vehető igénybe az Egészségbiztosítás?

Az Ön biztosítási szerződése az alábbi dokumentumokból áll:

- **Ajánlat** – a szerződőnek a biztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási ajánlata
- **Kötvény** – mely a biztosítási fedezet létrejöttét igazoló és annak részleteit tartalmazó okirat
- **Biztosítási feltételek** – a jelen dokumentum, mely a biztosítást részletesen szabályozza
- **Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések**

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos egyéb tájékoztatások:

- **Biztosítási termékismertető**
- **MediHelp Közvetítői Tájékoztató**



How to make a Claim

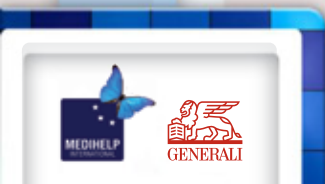
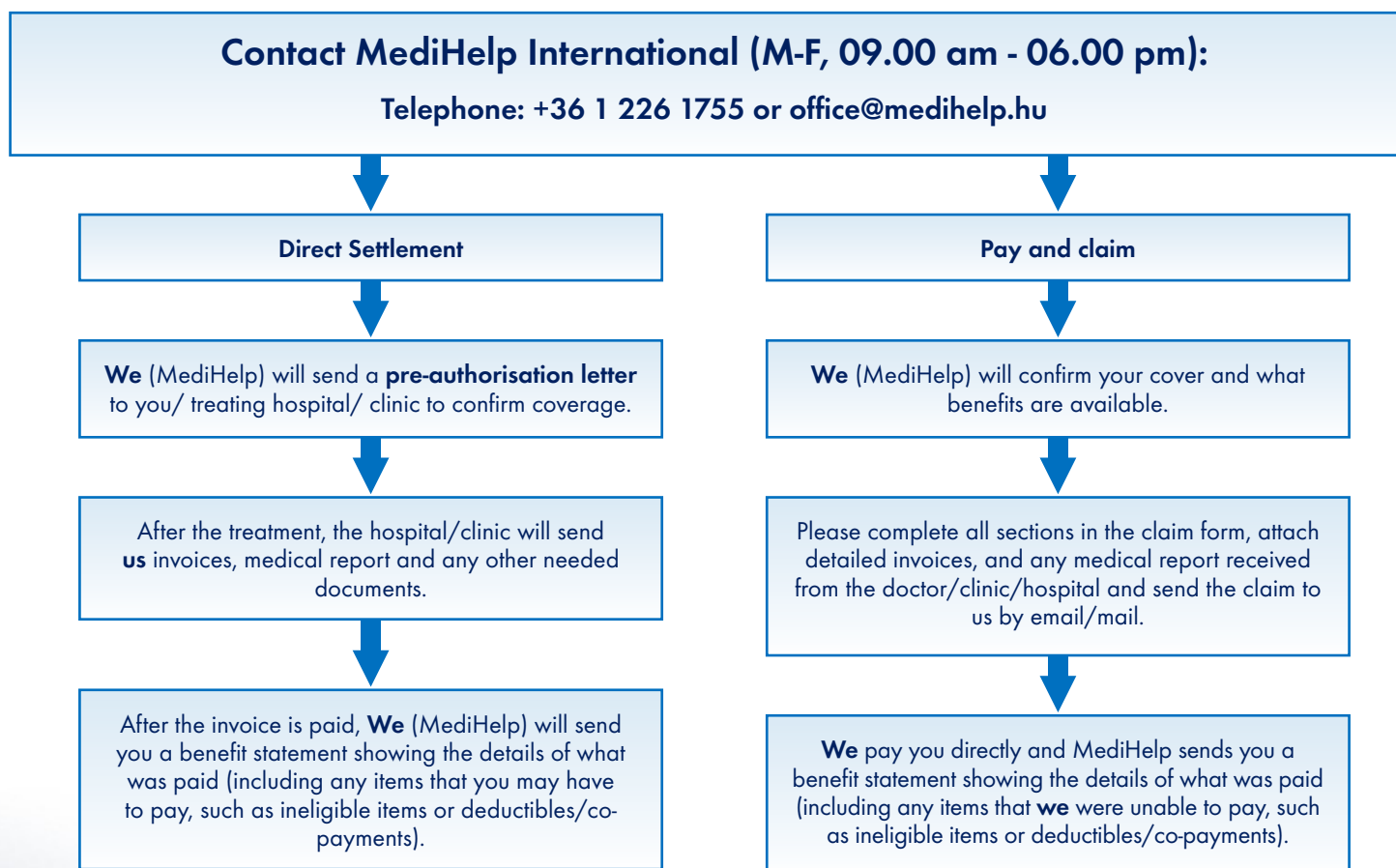
Whenever you need to use your health care cover with us, and at whatever stage, the chart below is a step-by-step guide which provides all the information you will need, from receiving treatment to having any health care expenses settled.

Please note: Pre-authorization is needed for all costs exceeding 162 500 HUF.

A szolgáltatási igény benyújtása

Bármikor szüksége van a Társaságunknál kötött egészségbiztosítására, a folyamat bármely szakaszában, az alábbi lépésenkénti útmutató tájékoztatást nyújt a teendőkről az egészségügyi ellátás igénybevételétől az esetleges egészségügyi költségek rendezéséig.

Fontos! Minden 162 500 Ft összeget meghaladó költségtérítéshez előzetes jóváhagyás szükséges.



Hívja a MediHelp International számát (munkanapokon 9:00 és 18:00 óra között):

Telefon: +36 1 226 1755 vagy írjon az office@medihelp.hu email címre.

Közvetlen

Társaságunk (MediHelp) megküldi a szerződő, ill. biztosított/gyógykezelést végző kórház/egészségügyi szolgáltató részére a biztosítási jogviszony igazolásáról szóló **előzetes engedélyt**.

Az egészségügyi ellátás befejezését követően a kórház/egészségügyi szolgáltató megküldi **Társaságunk** részére a vonatkozó számlákat, orvosi dokumentációt, illetve minden egyéb szükséges dokumentumot.

A számla kifizetése után **társaságunk** (MediHelp) megküldi a szerződőnek/biztosítottnak a teljesített szolgáltatások tételes elszámolását (beleértve azokat a tételeket is, melyeket a szerződő/biztosított köteles megfizetni, így különösen a nem fedezett szolgáltatások díját, illetve a százalékos vagy fix összegű önrészt).

Előfinanszírozás és költségtérítés

Társaságunk (MediHelp) igazolja a biztosítási jogviszonyt és az ez alapján járó szolgáltatásokat.

Kérjük, töltsse ki a szolgáltatási igénybejelentőt, csatolja a részletes számlákat, a kezelést végző orvostól/kórháztól/egészségügyi szolgáltatótól kapott orvosi dokumentációt és küldje el ezeket **Társaságunk** részére elektronikus levélben/postai úton.

Társaságunk közvetlenül a szerződőnek/biztosítottnak teljesíti a kifizetést, valamint a MediHelp megküldi a teljesített szolgáltatások tételes elszámolását (beleértve azokat a tételeket is, melyeket **Társaságunk** nem térít meg, így különösen a nem fedezett szolgáltatások díját, illetve a százalékos vagy fix összegű önrészt).

What to do in the event of an emergency?

Should you find yourself in an emergency situation where you have not had a chance to contact us in advance of Treatment (for example a Road Traffic Accident) and you should find yourself being admitted to hospital then please contact us at the soonest practical moment, alternatively make sure that the Hospital is aware of your insurance cover with Us so that they, or someone designated by you can contact us on your behalf.

We will then engage with the hospital's insurance liaison department to enable billing to be taken care of directly. In such cases it is not uncommon for hospital's to seek to take either a cash deposit or a credit card swipe from you until a connection between us and the hospital has been achieved.

MEDICAL EMERGENCY HELPLINE

FOR EMERGENCY EVACUATION, REPATRIATION, OR FOR REFERRAL TO A MEDICAL PRACTITIONER OR A HOSPITAL **PLEASE CALL MEDIHELP CUSTOMER SERVICE ON WORKDAYS BETWEEN 9:00 AM AND 06:00 PM ON +36 1 226 1755 OTHERWISE OUR 24-HOUR ASSISTANCE COMPANY (EUROP ASSISTANCE) ON: +36 1 458 4478**

If the Treatment scheduled is eligible for cover, We can confirm the level of benefit applicable to the medical provider/s and authorise Treatment, subject to the terms and conditions of the Policy.

Any costs or expenses We have paid on the Insured Person's behalf which are not covered under the terms of this Policy must be reimbursed to Us, within one month of Our request to the Insured Person.

Whenever further details are requested for the assessment of a claim, they must be provided within 30 days. Otherwise, the claim will be automatically rejected until the details are provided.

In case of "pay and claim" when the costs of medical and health care services are paid by You or any other person (except medical management service provider) on behalf of You, the following procedure must be followed when filing in the insurance claim:

You have to notify us in writing within 180 days about your claim after the last day of medical and health services you received in connection with an insured event. You have to attach the medical documentation produced in relation to the event to your claim. We are allowed to verify the claim and the information reported to us.

Mit kell tenni vészhelyzetben?

Amennyiben olyan vészhelyzetbe kerül (pl. közlekedési baleset szenved), aminek következtében kórházi ellátásra szorul, és nem áll módjában előzetesen értesíteni társaságunkat az egészségügyi ellátás igénybevételéről, kérjük, hogy amint alkalma nyílik rá Ön vagy egy Ön által megbízott személy vagy a kórház vegye fel a kapcsolatot velünk.

Társaságunk ezt követően felveszi a kapcsolatot a kórház gazdasági osztályával, hogy a költségek közvetlenül megtérítésre kerülhessenek. Ilyen esetekben nem jellemző, hogy a kórház a biztosítótól akár készpénzes, akár bankkártyás előfinanszírozást kérjen addig, míg társaságunkkal fel nem vette a kapcsolatot.

EGÉSZSÉGÜGYI VÉSZHELYZETBEN HÍVHATÓ SZÁM

AMENNYIBEN OLYAN VESZÉLYHELYZETBE KERÜL, AHOL AZONNALI KIMENTÉSRE, HAZASZÁLLÍTÁS-RA, VAGY ORVOSI, ILLETVE KÓRHÁZI ÁPOLÁSRA VAN SZÜKSÉGE, **HÍVJA A MEDIHELP ÜGYFÉL-SZOLGÁLTATÁST MUNKANAPOKON 9:00 ÉS 18:00 ÓRA KÖZÖTT A +36 1 226 1755 SZÁMON VAGY A 24 ÓRÁBAN ELÉRHETŐ ASSZISZTANUSZ PARTNERÜNKET (EUROP ASSISTANCE): A +36 1 458 4478 TELEFONSZÁMON.**

Amennyiben az egészségügyi ellátás biztosítási eseménynek minősül, megerősítjük az adott szolgáltató(k) ra vonatkozó elérhető térítés mértékét és jóváhagyjuk az egészségügyi ellátás igénybevételét a biztosítási szerződés feltételeinek megfelelően.

Amennyiben a Biztosított ellátására olyan költséget térítettünk, melyet a biztosítási szerződés nem fedez, azt társaságunk részére vissza kell fizetni, a Biztosított részére megküldött felszólítástól számított egy hónapon belül.

Amennyiben a szolgáltatási igény elbírálásához további információra van szükségünk, azt 30 napon belül küldje meg részünkre. Ennek hiányában a szolgáltatási igényt társaságunk automatikusan elutasítja a kért adatok beérkezéséig.

Azonnali ellátást igénylő esetekben, ha az egészségügyi szolgáltatás költségét Ön vagy az Ön nevében eljáró más személy (de nem a szolgáltatásszervező) térítette meg, a szolgáltatási igény biztosító felé történő bejelentésekor az alábbiak szerint kell eljárni:

A szolgáltatási igényt a biztosítási eseménnyel összefüggésben igénybe vett egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás utolsó napjától számított 180 napon belül be kell nyújtani társaságunkhoz. A biztosítási eseményhez kapcsolódó orvosi dokumentációt a szolgáltatási igényhez csatolni kell. Társaságunk a szolgáltatási igényt valamint a rendelkezésére bocsátott információk/adatok tartalmát ellenőrizheti.



You are required to submit the following documents for the reimbursement of the costs of medical or health services:

- Completed claim form (with Insured's signature),
- a copy of all medical documents related to the insured event, containing the complete course of the disease, symptom, complaint requiring the examination/intervention (e.g.: outpatient records, hospital discharge summary, examination records, nursing and hospital care documentation, test findings, laboratory records, images made during diagnostic or histology tests, prescriptions, referrals, etc.) and the documents produced during the first medical treatment,
- Outpatient record/final report containing the medical referral for the examination/intervention to be performed,
- the original invoice issued to the name and address of the insured, specifying the delivered medical or health service or the purchased medicines or medical aids,
- If necessary, Our company is entitled to request additional You may be asked for a further medical documentation report from your treating doctor/specialist in order to provide further information which proves the existence of the legal basis for the need for the service in the submitted claim.

What is covered and what is not covered?

Please remember that our Policy is not intended to cover all reasonably foreseeable eventualities and is subject to the following terms being satisfied:

- Eligibility – that you are a member of an active Policy that the treatment you require is eligible under the terms and condition of the Policy.
- Medical necessity – that the treatment you require is deemed by registered medical professionals to be medically necessary and appropriate to your circumstances, and that this treatment is consistent with standard medical practices in the country you receive care. A written medical recommendation is required for all laboratory and diagnostic tests, with the exception of annual screening.
- Reasonable and Customary charges – that the treatment you receive is charged by your provider at the generally accepted and standard cost for any medical procedure, and that your provider does not charge more than other or similar health care providers in the same country. If the costs are higher than the above-mentioned amount, the insurer will reimburse the average cost for the given service, typical in the country concerned.

Table of benefits

The date of the insured event is the first day when medical care is received. For the purposes of this policy, medical or health care services required for the treatment of the same trauma(s), medical condition(s) or illness(es), if they are received on the same day and within the framework of the same medical treatment, belonging to the same service category shall be treated as a single insured event.

Az egészségügyi szolgáltatás költségtérítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

- hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány (a Szerződő vagy a Biztosított, illetve az igénybejelentő aláírásával ellátva),
- a vizsgálatot/beavatkozást szükségessé tevő betegség, tünet, panasz teljes körlefolását tartalmazó orvosi dokumentumok (ambuláns lapok, zárójelentések, vizsgálati eredmények, ápolási és kórházi ellátások, teszt eredmények, laboratóriumi vizsgálatok eredményei, diagnosztikai vizsgálatok vagy szövettan képanyagai, orvosi receptek, beutalók, stb.), beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát,
- az elvégzendő vizsgálatra/beavatkozásra vonatkozó orvosi javaslatot tartalmazó ambuláns lap/zárójelentés,
- az igénybevett egészségügyi szolgáltatásról vagy megvásárolt gyógyszerekről, gyógyászati segédeszközökről a biztosított nevére, címére kiállított eredeti számlákat,
- társaságunk a szolgáltatási igény elbírálásához szükség esetén jogosult a kezelőorvostól/szakorvostól további orvosi dokumentációt bekérni, amely a bejelentett szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítja.

Mi tartozik és mi nem tartozik a biztosító kockázatviselésébe?

A jelen biztosítási szerződés nem biztosít fedezetet minden esetlegesen felmerülő helyzetre; igénybevételkor az alábbi feltételeknek meg kell felelni:

- Ön biztosítottja egy érvényes biztosítási szerződésnek, és az igényelt egészségügyi ellátás a biztosítási szerződés feltételei alapján biztosítási eseménynek minősül.
 - Orvosiilag indokolt – a biztosítottnak nyújtott egészségügyi ellátás a kezelőorvos megítélése alapján orvosszakmai szempontból indokolt és szükséges, a körülményekkel arányos mértékű, és az ellátás helye szerinti országban szokásos orvosszakmai protokollnak és gyakorlatnak megfelel.
- A nem szűrővizsgálati célú labor- és diagnosztikai vizsgálatok igénybevételéhez orvosi javaslat szükséges.
- Ésszerű és szokásos mértékű költségek – az egészségügyi ellátásért felszámolt költségek az adott beavatkozásnál általában elfogadottak és ésszerű mértékűek; valamint az egészségügyi szolgáltató nem alkalmaz magasabb díjazást, mint az adott országban a hasonló jellegű egészségügyi szolgáltatók. Amennyiben a költségek magasabbak a fentiekben megfogalmazott mértéknél, akkor a biztosító az adott ellátásra vonatkozó, adott országban jellemző átlagos költséget téríti meg.

Szolgáltatási táblázatok

A biztosítási esemény időpontja az egészségügyi ellátás igénybevételének első napja. A jelen biztosítási szerződés alkalmazásában egy biztosítási eseménynek az azonos sérülési, egészségkárosodási, megbetegedési okra, okokra, illetve egészségi problémára visszavezethető egészségügyi szolgáltatások minősülnek, ha egy napon és egy egészségügyi ellátás keretében történtek, és ugyanahhoz a szolgáltatásfajta-hoz tartoznak.



INDIVIDUAL TABLE OF BENEFITS

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162,500,000 HUF	390,000,000 HUF	487,500,000 HUF	650,000,000 HUF	975,000,000 HUF	
Area of Coverage		Europe		Worldwide Excluding USA/ Worldwide			
No	INPATIENT & DAYCASE						Terms and Definitions
1	Hospital Costs (including accommodation)	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for hospital room and board costs for a standard single en-suite room including general nursing care.
2	Parent Accommodation	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the room and board costs of one parent staying in hospital with their child up to the age of 18 (if the child is a member receiving treatment that is covered under the Policy).
3	Theatre Fees	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the costs of the operating room, post-surgical recovery room and care, medicines, dressings and equipment used during surgery and immediately afterwards and general nursing care associated with the surgery.
4	ICU/HDU (intensive care/ high dependency unit)	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the medically necessary admission and/or transfer to a High Dependency Unit or Intensive Care Unit.
5	Specialist Fees	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the surgeon, anesthetist and assistant's fees both in surgery and immediately before or after surgery on the same day. We will pay for surgeon's consultations while admitted in hospital - either to discuss your surgery or for treatment related to a non-surgical stay, such as being admitted for pneumonia.
6	Pathology, X-rays and diagnostics tests	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the costs of tests used to diagnose or assess your condition. This includes pathology (such as blood tests), radiology (such as x-rays or ultrasounds) and diagnostic tests (such as (ECGs).



		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162,500,000 HUF	390,000,000 HUF	487,500,000 HUF	650,000,000 HUF	975,000,000 HUF	
7	Physio/Chiro/ Osteo/ Complementary therapists/ dietician and speech therapy	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for treatment provided by medical practitioners in order to aid recovery or restore function as part of the overall treatment plan whilst admitted to hospital.
8	Chronic conditions	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the costs of an admission to hospital for an acute flare up of a chronic condition that requires active medical treatment, for the period of that admission only. This includes all in-patient care following the active treatment for malignant neoplastic diseases.
9	Rehabilitation	NA	In Full up to 15 days for each condition	In Full up to 30 days for each condition	In Full up to 30 days for each condition	In Full up to 30 days for each condition	We will pay for In-Patient rehabilitation costs following surgery.
10	Psychiatric	NA	NA	NA	In Full up to 30 days	In Full up to 60 days	We will pay for room and board and the costs of treatment when admitted to a psychiatric hospital up to the limits specified while under the supervision of a consultant psychiatrist.
11	Prosthetic Implants	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for prosthetic implants needed as part of your treatment.
12	Prosthetic devices	NA	NA	NA	In Full	In Full	We will pay towards the costs of any items, supplies or equipment used in the course of in-patient medical treatment or home care, such as orthopedic supports, crutches, wheelchairs, hearing aids or speaking aids.
13	Palliative Care	NA	NA	NA	In Full up to 30 days	In Full up to 30 days	We will pay toward the costs of palliative care (whether in a hospice or at home) if you have received a terminal diagnosis and can no longer receive active medical treatment leading towards your recovery.
14	Home Nursing	In Full up to 10 days after hospitalisation	In Full up to 30 days after hospitalisation	In Full up to 30 days after hospitalisation	In Full up to 30 days after hospitalisation	In Full up to 30 days after hospitalisation	We will pay for the costs of home nursing if you have been in hospital receiving treatment which was covered under this plan but only if it immediately follows discharge from hospital, you require active medical support, is managed by a qualified nurse and was prescribed by your treating specialist. We will not pay for social and domestic support. We will not pay for home nursing related to mental illness, psychiatric or psychological disorders.
15	Cash benefit	17,250 HUF per night up to 10 days	17,250 HUF per night up to 10 days	17,250 HUF per night	17,250 HUF per night	17,250 HUF per night	We will pay a lump sum cash benefit per night you spend in the hospital where you are not charged for your admission (ie: at a public hospital)
16	Congenital and hereditary conditions	In Full only up to 60 days after birth	In Full only up to 60 days after birth	In Full only up to 90 days after birth	In Full only up to 90 days after birth	In Full only up to 90 days after birth	We will pay for the treatment of Congenital and/or hereditary conditions. By congenital we mean any abnormalities, deformities, diseases, illnesses or injuries present at birth regardless the date of diagnosis. By hereditary we mean any abnormalities, deformities, diseases or illnesses present at birth that are only present because they have been passed down through your family.

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal		
		162,500,000 HUF	390,000,000 HUF	487,500,000 HUF	650,000,000 HUF	975,000,000 HUF		
17	Cover Outside of Geographical Area	9,750,000 HUF up to 30 days	9,750,000 HUF up to 30 days	16,250,000 HUF	16,250,000 HUF	16,250,000 HUF	Covered until stable for transfer or up to the cash limit supplied.	
	OUTPATIENT		3 900 000 HUF overall limit					
18	Outpatient Surgery	NA	In Full up to 20 visits	NA	In Full	In Full	We will pay for the costs of a surgical procedure performed as an out-patient under a local anesthetic.	
19	General Practitioner & Specialist Fees	NA		NA	in Full, but up to 30 visits, in case of Medical Aids up to HUF 100,000	in Full, in case of Medical Aids up to HUF 100,000	We will pay for consultations (in person or by phone/video) with your GP, Family Doctor or Specialist to diagnose and treat a medical condition or to arrange further medical treatment or as a follow up to treatment that has already taken place. Home visits can only be covered in case of acute cases.	
20	Pathology/x-rays and diagnostic tests	NA		NA			We will pay for the costs of tests used to diagnose or assess your condition. This includes pathology (such as blood tests), radiology (such as x-rays or ultrasounds) and diagnostic tests (such as (ECGs).	
21	Physiotherapy	NA		NA			We will pay for physiotherapy costs referred by your GP, Family Doctor or Specialist and under the direction of a registered physiotherapist for the purposes of providing short term focused treatment to relieve pain or restore function.	
22	Drugs and Dressings and Medical Aids	NA		In case of drugs in Full in case of Medical Aids up to HUF 100,000			NA	We will pay for the cost of drugs and dressings and medical aids prescribed by your medical practitioner on your medical document that will only be used for the treatment of a disease, illness or injury. In the case of Medical Aids, up to HUF 100,000.
23	Consultations with therapists & complementary therapists	NA		NA			NA	We will pay for the costs of treatment provided by a registered therapist, such as an Occupational Therapist, Dietician and Complementary Therapist (acupuncture, homeopathy, chiropractic treatment or osteopathy). We will not pay for sexual therapy.
24	Chronic conditions	NA		In Full but only within 20 visit limit above			NA	We will pay for the ongoing management of chronic conditions. We define chronic as a condition that does not respond to active medical treatment and requires ongoing management (for example diabetes, or back pain, all outpatient care following the active treatment of malignant neoplastic diseases).
25	Speech therapy	NA	NA	NA			We will pay for speech therapy in order to restore speech following an accident or for a condition (ie: stroke), under the recommendation of your specialist. We will not pay for developmental delay or language disorders.	
26	Emergency Out-Patient treatment	NA	In Full but only within 20 visit limit above	NA	We will pay for the costs of emergency out-patient treatment (ie: services provided in Accident and Emergency Room as an out-patient, including specialists, laboratory and diagnostic examinations) up to the limits provided.			
27	Psychiatric	NA	NA	NA	In Full, up to 20 visits	In Full, up to 30 visits	We will pay for the consultation and associated costs for psychiatry, psychology or psychotherapy provided the overall treatment plan is under the referral of a practicing registered psychiatrist/ psychologist.	

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162,500,000 HUF	390,000,000 HUF	487,500,000 HUF	650,000,000 HUF	975,000,000 HUF	
	OTHER						
28	Cancer treatment	In Full only in-patient	In Full (in-patient) and 3,900,000 HUF (out-patient)	In Full only in-patient	In Full	In Full	We will pay for fees specifically related to the examination of suspected tumors, active treatment of Cancer, including hospitalization for tumor removal, radiotherapy and chemotherapy. The associated consultations, drugs and laboratory and diagnostic tests within the outpatient care can be covered only up to the overall limit of outpatient care which is 3,9 Million HUF. Malignant neoplastic diseases are considered chronic conditions after active treatment, so the control examinations after active treatment are covered by the service of Chronic Conditions.
29	Transplant Services	81,250,000 HUF/ Lifetime (Organ Transplant) 8,125,000 HUF (Tissue Transplant)	81,250,000 HUF/ Lifetime (Organ Transplant) 8,125,000 HUF (Tissue Transplant)	In Full only in-patient	In Full only in-patient	In Full	We will pay for the costs of any treatment directly related to the implantation of a replacement organ, including bone marrow transplants. We will also pay towards costs associated with transplant services as an out-patient related to a provided or forthcoming transplant, including for the avoidance of doubt anti-rejection medicines. We will not pay for the costs associated with locating a replacement organ or tissue, or any costs incurred for the removal of the organ or tissue from the donor, transportation costs of the organ or tissue and all associated administration costs.
30	Advanced Diagnostics	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the costs of a CT, MRI, PET scan, endoscopic tests, aspiration cytology or biopsy when recommended by your Specialist.
31	Maternity Care	NA	NA	In Full	In Full	In Full	Maternity benefit is only available after 12 months of continuous cover (Conception must also occur after this period). The insurance will cover the examinations required according to the medical protocol for pregnancy care based on the insured's age and health condition, with the frequency described therein. 4D ultrasound (baby video) and genetic examinations are not covered (except for examinations required due to the insured's age over 37). The insurance will cover hospital charges, obstetrician and midwife fees for normal childbirth, pre and postnatal care (immediately following childbirth) and up to seven days routine care for the baby. We will not pay for terminations of pregnancy, other than miscarriage, ectopic pregnancy and stillbirth. We will pay for elective C-section and Childbirth at home. Restricted to cover in Hungary.
32	Childbirth Allowance	NA	NA	112,125 HUF	112,125 HUF	132,250 HUF	This benefit is only available after 12 months of continuous cover and only in the event of births occurring after prenatal care reimbursed under the insurance, during the coverage period. We will pay a lump sum childbirth allowance per child in case of your childbirth if you are not charged for your admission (ie: at a public hospital).
33	Complications of pregnancy	NA	NA	NA	In Full	In Full	This benefit is only available after 12 months of continuous cover. We will pay for the costs of a Caesarian Section where medically necessary arising as a result of a complication, including conditions such as pre-eclampsia, threatened miscarriage, baby is in breech position or the life of the mother and/or baby is under threat.

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162,500,000 HUF	390,000,000 HUF	487,500,000 HUF	650,000,000 HUF	975,000,000 HUF	
34	Newborn care	NA	NA	3,250,000 HUF	8,125,000 HUF	32,500,000 HUF	We will pay for the costs of treatment for a newborn baby up to 30 days after the date of birth in case the birth and the maternity care was covered by the insurance. Children can be added as a close relative onto their parent's policy within 30 days of birth with no exclusions (subject to the congenital benefit wording).
35	Accidental dental	NA	NA	NA	NA	In Full	We will pay towards treatment of damaged teeth following an accident. We will not pay for the repair of dental implants, crowns or dentures nor orthodontic treatments.
ASSISTANCE							
36	Road Ambulance Services	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the costs of a medically necessary road ambulance to either transfer you to hospital following an accident or from home to the hospital and back or from one hospital to another.
37	Repatriation of Mortal Remains	NA	4,500,000 HUF	4,500,000 HUF	4,500,000 HUF	4,500,000 HUF	We will pay towards the costs of repatriating your mortal remains in the event you die away from your home country/country of residence. We will make all necessary arrangements as required under international regulations.
38	International Emergency Medical Evacuation (subject to Our approval)	NA	In Full	In Full	In Full	In Full	In the event of an emergency whereby the local medical facilities are unsatisfactory and unable to provide the level of medical care you need we will pay to either evacuate you to the nearest medical centre or to repatriate you to your home country/country of residence. The most appropriate means of transport available locally will be used (ie. regular scheduled, charter airline, or a specially chartered air ambulance). We will arrange and pay the reasonable travel costs of one person to accompany the Insured Person; in addition, We will pay for that person's overnight accommodation up to 16,250 HUF each night for a maximum of 10 nights. We will arrange for Repatriation to your Home Country once fit to travel.
PREVENTIVE REATMENT							
39	Health Screening	NA	121,000 HUF	NA	In Full any screening element only once per year	In Full any screening element only once per year	We will pay towards an annual preventive health screening up to the sum insured above the age of 2. The list of the available preventive sreening elements can be found in the Meaning of Words section.
40	Baby Wellness	NA	NA	NA	In Full up to 4 visits per year	In Full up to 4 visits per year	We will pay towards 4 health checks per year up until your child reaches the age of 2 and then the annual limits will apply.
41	Vaccinations	NA	NA	NA	In Full	In Full	We pay towards medically necessary vaccinations and immunizations with their administration including travel vaccinations.

Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal
162,500,000 HUF	390,000,000 HUF	487,500,000 HUF	650,000,000 HUF	975,000,000 HUF

OPTIONAL DENTAL AND ORAL SURGICAL CARE INVOLVING TEETH							
42	Preventive	NA	NA	934,500 HUF	934,500 HUF	934,500 HUF	We will pay towards costs of preventative dental treatment after you have been covered for 6 months on this option. 0% copay for this. (ie: check-up, X-ray, scale and polish, mouth guard)
43	Routine and Restorative						We will pay towards costs of routine and restorative dental treatment and oral surgeries after you have been covered for 6 months on this option. 20% copay for this. (ie: fillings, root canal treatment, crowns/bridge, implant, anesthesia, orthodontic treatment, if it is required due to the jaw damaged during an accident)
44	Orthodontic						We will pay towards costs of orthodontic treatment up to the age of 18 after you have been covered for 2 years on this option. 50% copay for this. (ie: dental braces/retainers)

Please note that your limits decrease when You use your insurance.

The tables above contain several limits.

The currency of your policy is in Hungarian Forint (HUF) and if you have a claim in other currency We will use the exchange rate of Hungarian National Bank which is valid the day of your insurance event.



SZOLGÁLTATÁSI TÁBLÁZAT EGYÉNI SZERZŐDÉS ESETÉN

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162 500 000 Ft	390 000 000 Ft	487 500 000 Ft	650 000 000 Ft	975 000 000 Ft	
Területi hatály		Európa		A világ egésze, az Egyesült Államok kivételével / teljes világ			
Sorsz	FEKVŐBETEG & EGYNAPOS ELLÁTÁS						Fogalmak és meghatározások
1	Kórházi költségek (elhelyezés díjával)	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a kórházi szoba és ellátás költségeit hagyományos egyágyas szobák és általános ápolási szolgáltatások vonatkozásában.
2	Szülő elszállásolása	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti legfeljebb 18 éves biztosított (a szerződés alapján térített ellátásban részesülő) gyermekkel egyidejűleg ugyanabban a kórházban tartózkodó szülő bent tartózkodásának szállásköltségét és ellátását.
3	Műtő díjak	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a műtő és a sebészeti őrző valamint a kapcsolódó ellátás, illetve a műtét során és közvetlenül azt követően felhasznált gyógyszerek, kötszerek és műszerek használatának költségeit, és az általános nővéri ellátás költségeit.
4	Intenzív és szubintenzív osztályon történő kezelés	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a biztosított orvosilag indokolt felvételét és/vagy átszállítását intenzív és szubintenzív osztályra.
5	Szakorvosi díjak	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a sebész, aneszteziológus és műtős ápolók díját, mind a műtéti eljárás során, mind közvetlenül előtte és utána egyazon napon. A biztosító megtéríti továbbá a kórházi fekvőbeteg kezelés során igénybe vett sebészeti konzultáció díját, a műtéti eljárás ismertetése, illetve nem sebészeti ellátás, pl. tüdőgyulladás kezelése céljából.
6	Laboratórium, röntgen, diagnosztikai vizsgálatok	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a biztosított állapotának felmérését és betegségének diagnosztizálását célzó eljárások költségeit. Ezek közé tartoznak a laboratóriumi díjak (vérkép), radiológia (röntgen vagy ultrahang) továbbá a diagnosztikai eljárások (pl. EKG) költségei.



		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162 500 000 Ft	390 000 000 Ft	487 500 000 Ft	650 000 000 Ft	975 000 000 Ft	
7	Fizio/Kiro/Osteoterapeuta, természetgyógyász, dietetikus, logopédus	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti az egészségügyi szakemberek által nyújtott olyan ellátás költségeit, melynek célja valamely funkció helyreállítása vagy megőrzése a kezelési terv részeként a kórházi benntartózkodás alatt.
8	Krónikus betegségek	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a krónikus betegség akut tüneteinek kezelését célzó kórházi fekvőbeteg ellátás költségeit, kizárólag a fekvőbeteg ellátás idejére. Rosszindulatú daganatos betegségek aktív kezelést követő valamennyi fekvőbeteg ellátása is ide tartozik.
9	Rehabilitáció	Nem tartalmazza	Teljes összeg, betegségenként legfeljebb 15 napra	Teljes összeg, betegségenként legfeljebb 30 napra	Teljes összeg, betegségenként legfeljebb 30 napra	Teljes összeg, betegségenként legfeljebb 30 napra	A biztosító megtéríti a műtétet követő fekvőbeteg rehabilitáció költségeit.
10	Pszichiátriai kezelés	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Teljes összeg legfeljebb 30 napra	Teljes összeg legfeljebb 60 napra	A biztosító megtéríti a pszichiátriai intézményben történő felvételt követően a kórházi szoba, ellátás és - pszichiáter szakorvos felügyelete mellett - gyógykezelés költségeit a szolgáltatási limit erejéig.
11	Beültetett protézisek	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a biztosított gyógykezeléséhez szükséges beültetett protézisek költségét.
12	Gyógyászati segédeszköz, felszerelés	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a fekvőbeteg-ellátás során személyes használatába adott gyógyászati segédeszköz árát, ideértve az ortézisek, mankók, kerekesszékek, hallókészülékek, ill. beszédjavító készülékek költségeit.
13	Palliatív ellátás	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Teljes összeg legfeljebb 30 napra	Teljes összeg legfeljebb 30 napra	A biztosító megtéríti a palliatív kezelés költségeit (függetlenül attól, hogy hospice intézményben vagy otthoni körülmények között történik-e), amennyiben a végstádiumú beteg aktív gyógykezelésben már nem részesül.
14	Házi ápolás	Teljes összeg, kórházi fekvőbeteg ellátás után legfeljebb 10 napra	Teljes összeg, kórházi fekvőbeteg ellátás után legfeljebb 30 napra	Teljes összeg, kórházi fekvőbeteg ellátás után legfeljebb 30 napra	Teljes összeg, kórházi fekvőbeteg ellátás után legfeljebb 30 napra	Teljes összeg, kórházi fekvőbeteg ellátás után legfeljebb 30 napra	A biztosító megtéríti az otthoni ápolás költségeit, amennyiben a biztosított a jelen biztosítás alapján fedezett kórházi fekvőbeteg ellátásban részesült, és az otthonápolás ezt közvetlenül követi, a biztosított aktív, szakképzett betegápoló ellátására szorul, melyet szakorvos rendelt el. A biztosító nem téríti meg a szociális és háztartási segítők díját. A biztosító nem téríti meg a mentális, pszichiátriai vagy pszichológiai betegségekhez kapcsolódó otthonápolás költségeit.
15	Kórházi napidíj	17 250 Ft/éjszaka, legfeljebb 10 napra	17 250 Ft/éjszaka, legfeljebb 10 napra	17 250 Ft/éjszaka	17 250 Ft/éjszaka	17 250 Ft/éjszaka	A biztosító minden egyes olyan kórházi éjszakára, melyért díjazás nem kerül felszámításra, kórházi napidíjat fizet a biztosított részére.

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162 500 000 Ft	390 000 000 Ft	487 500 000 Ft	650 000 000 Ft	975 000 000 Ft	
16	Veleszületett rendellenességek és örökletes betegségek	Teljes összeg, a szülés után legfeljebb 60 napig	Teljes összeg, a szülés után legfeljebb 60 napig	Teljes összeg, a szülés után legfeljebb 90 napig	Teljes összeg, a szülés után legfeljebb 90 napig	Teljes összeg, a szülés után legfeljebb 90 napig	A biztosító megtéríti a veleszületett és/vagy örökletes betegségek kezelésének költségeit. Veleszületett rendellenesség az olyan abnormalitás, deformitás, betegség, kóros állapot vagy sérülés, mely a szülés pillanatában fennáll, függetlenül a diagnosztizálás időpontjától. Örökletes betegségeknek minősül az olyan kóros állapot, deformitás vagy betegség, mely a születés pillanatában fennáll és a családon belül öröklődik.
17	Területi hatályon kívüli kockázatviselés	9 750 000 Ft, legfeljebb 30 napra	9 750 000 Ft, legfeljebb 30 napra	16 250 000 Ft	16 250 000 Ft	16 250 000 Ft	A biztosító kockázatviselése a beteg állapotának stabilizálásáig, a megadott szolgáltatási limitig terjed.
	JÁRÓBETEG		3 900 000 HUF, összesített limit				
18	Járóbeteg sebészeti ellátás	Nem tartalmazza	Teljes összeg legfeljebb 20 alkalomra	Nem tartalmazza	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a helyi érzéstelenítésben, járóbeteg ellátás keretében elvégzett sebészeti eljárás költségeit.
19	Háziorvosi és szakorvosi díjak	Nem tartalmazza		Nem tartalmazza	Teljes összeg, legfeljebb 30 alkalomra, gyógyászati segédeszköz legfeljebb 100.000 Ft-ig	Teljes összeg, gyógyászati segédeszköz esetében legfeljebb 100.000 Ft	A biztosító megtéríti a biztosított betegségének diagnosztizálásához vagy kezeléséhez, további szakorvosi vizsgálatok elrendeléséhez szükséges háziorvosi, családorvosi vagy szakorvosi személyes vagy telekonzultációk illetve kontrollvizsgálatok költségét. Házivizit csak akut esetben téríthető.
20	Laboratórium/röntgen, diagnosztikai vizsgálatok	Nem tartalmazza		Nem tartalmazza			A biztosító megtéríti a biztosított állapotának felmérését és betegségének diagnosztizálását célzó eljárások költségeit. Ezek közé tartoznak a laboratóriumi díjak (vérkép), radiológia (röntgen vagy ultrahang) továbbá a diagnosztikai eljárások (pl. EKG) költségei.
21	Fizioterápia	Nem tartalmazza		Nem tartalmazza			A biztosító megtéríti a háziorvos, családorvos vagy szakorvos által javasolt fizioterápia költségeit, ha azt szakképzett fizioterapeuta végzi, és a kezelés rövid távú, célja pedig a fájdalomcsillapítás illetve szervi működés helyreállítása.
22	Gyógyszer, kötszer, gyógyászati segédeszköz	Nem tartalmazza		Gyógyszer esetében teljes összeg, gyógyászati segédeszköz legfeljebb 100.000 Ft-ig			Nem tartalmazza
23	Konzultáció alternatív vagy kiegészítő terápiát nyújtó egészségügyi szakemberekkel	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza			A biztosító megtéríti a regisztrált egészségügyi szakember, így pl. foglalkozásterapeuta, dietetikus vagy természetgyógyász orvos által végzett kezelés (akupunktúra, homeopátia, kiropraktika vagy csontkovácsolás) költségeit. A kockázatviselés szexuális terápiára nem terjed ki.
24	Krónikus betegségek	Nem tartalmazza	Teljes összeg, de csak a fenti 20 alkalmas limiten belül	Nem tartalmazza	A biztosító megtéríti a krónikus betegségek folyamatban lévő kezelését. Krónikus betegségnek minősülnek azon állapotok, melyek rendszeres aktív gyógykezelést igényelnek (pl. cukorbetegség, hátfájdalmak, rosszindulatú daganatos betegségek aktív kezelését követő valamennyi járóbeteg ellátása).		

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162 500 000 Ft	390 000 000 Ft	487 500 000 Ft	650 000 000 Ft	975 000 000 Ft	
25	Logopédia	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Teljes összeg, de csak a fenti 30 alkalmas limiten belül	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a betegség (stroke) vagy baleset következtében kialakuló beszéd-problémák szakorvos által elrendelt logopédiai kezelésének költségeit. A kockázatviselés megkésített fejlődésre vagy nyelvi nehézségekre nem terjed ki.
26	Sürgősségi járóbeteg ellátás	Nem tartalmazza	Teljes összeg, de csak a fenti 20 alkalmas limiten belül	Nem tartalmazza			A biztosító megtéríti a sürgősségi járóbeteg ellátás költségeit (pl. baleseti sebészeten vagy ügyeleten nyújtott járóbeteg ellátás, ideértve a szakorvosi-, labor- és diagnosztikai vizsgálatokat is), a táblázatban megadott szolgáltatási limitek erejéig.
27	Pszichiátriai kezelés	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Teljes összeg, legfeljebb 20 alkalomra	Teljes összeg, legfeljebb 30 alkalomra	A biztosító megtéríti a kezelési terv részeként, orvosi ajánlásra igénybe vett pszichiátriai vagy pszichológiai kezelés, illetve pszichoterápia díját és a járulékos költségeket, feltéve, hogy az ellátást szakképzett pszichiáter szakorvos/pszichológus nyújtja.
EGYÉB							
28	Roszzindulatú daganatok kezelése	Teljes összeg csak fekvőbeteg	Teljes összeg (fekvőbeteg) és 3 900 000 Ft (járóbeteg)	Teljes összeg csak fekvőbeteg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a rosszzindulatú daganatok alábbi kezelésének költségeit: daganatgyanú kivizsgálása, a daganat eltávolítása miatti kórházi gyógykezelést, sugár- és kemoterápiát. Az aktív kezeléshez szükséges szakorvosi vizsgálatok, gyógyszerek, a labor-, és diagnosztikai vizsgálatok a járóbeteg ellátás 3,9 milliós összesített limitje erejéig téríthetőek. A rosszzindulatú daganatos betegségek az aktív kezelést követően krónikus betegségnek számítanak, ezért az aktív kezelést követő kontroll vizsgálatok a Krónikus betegségek szolgáltatáshoz tartoznak.
29	Transzplantációs szolgáltatások	81 250 000 Ft/ biztosítás teljes tartama alatt élethosszig (szervátültetés) 8 125 000 Ft (szövet átültetés)	81 250 000 Ft/ biztosítás teljes tartama alatt élethosszig (szervátültetés) 8 125 000 Ft (szövet átültetés)	Teljes összeg csak fekvőbeteg	Teljes összeg csak fekvőbeteg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a szervátültetésekhez (a csontvelő átültetést is beleértve) közvetlenül kapcsolódó egészségügyi ellátás költségeit. A biztosító megtéríti továbbá a transzplantációs szolgáltatásokkal kapcsolatos költségeket, így a várható szervátültetéshez kapcsolódó járóbeteg ellátás, a kilökődés elleni gyógyszerek költségeit is. A biztosító nem téríti meg ugyanakkor a szerv vagy szövet felkutatásához, a donorszerv vagy -szövet eltávolításához, valamint azok szállításához kapcsolódó költségeket, illetve az ezekkel együttjáró adminisztrációs díjakat.
30	Fejlett diagnosztika	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a szakorvos által előírt CT, MRI, PET scan, endoszkópos vizsgálatok, aspirációs cytológia, biopszia költségeit.
31	Terhesgondozás	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A terhesgondozási szolgáltatás csak 12 havi folyamatos biztosított jogviszonyt követően igényelhető. (A fogantatásnak is ezen időszak utánra kell esnie) A biztosító megtéríti a biztosított életkora, egészségi állapota alapján előírt, terhesgondozásra vonatkozó szakmai protokoll szerint szükséges vizsgálatokat, az abban leírt gyakorisággal. Nem téríthetők a 4D ultrahangos (babamozsi) és genetikai vizsgálatok (kivéve a 37 éves kor feletti biztosított életkora miatt szükséges vizsgálatok). A biztosító megtéríti a kórházi díjakat, nőgyógyász és szülésznő, otthoni szülést segítő szakember díját természetes szülés esetén, a terhesgondozás és utógondozás (közvetlenül a szülés utáni ellátás), valamint az újszülött rutin ellátásának költségeit legfeljebb hét napig. A biztosító nem téríti meg a művi terhességmegszakítás költségeit, kivéve vetélés, ektópiás terhesség vagy halvaszületés esetén. A biztosító megtéríti a császármetszés és az otthoni szülés költségeit. Csak Magyarországon fedezett!

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162 500 000 Ft	390 000 000 Ft	487 500 000 Ft	650 000 000 Ft	975 000 000 Ft	
32	Szülési támogatás	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	112 125 Ft	112 125 Ft	132 250 Ft	Ez a szolgáltatás csak a 12 havi folyamatos biztosított jogviszonyt követően, a biztosítás keretein belül térített terhesgondozást követően, de a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező szülések esetén vehető igénybe. A biztosító egyösszegű szülési támogatás szolgáltatást teljesít gyermekszülésenként, amennyiben a kórházi ellátásért díjazás nem kerül felszámításra (pl. állami kórházban).
33	Terhességi komplikációk	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Teljes összeg	Teljes összeg	Ez a szolgáltatás csak 12 havi folyamatos biztosított jogviszonyt követően igényelhető. A biztosító megtéríti az orvosilag indokolt esetben, a szülés során felmerülő komplikáció következtében szükségessé váló császármetszés költségeit. Ilyen komplikációnak minősül a pre-eclampsia, a fenyegető vetélés, a farfekvéses magzati helyzet, illetve az anya és a magzat életveszélyes állapota.
34	Újszülött ellátás	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	3 250 000 Ft	8 125 000 Ft	32 500 000 Ft	A biztosító megtéríti a biztosítás keretein belül térített terhesgondozás és szülés során született újszülött gyermek egészségügyi ellátásának költségeit a születés időpontjától számított legfeljebb 30 napig. A születéstől számított 30 napon belül kérhető, hogy a gyermek kizárások alkalmazása nélkül (kivéve a születési rendellenességekre vonatkozó rendelkezéseket) biztosítottként belépjen a szülő biztosításába.
35	Baleseti fogászati ellátás	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a baleset következtében megsérült fog ellátásának költségeit. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a fogászati implantátumokra, koronákra, műfogorokra és a fogszabályozásra.
ASSZISZTANSZ SZOLGÁLTATÁSOK							
36	Betegszállítás	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti az orvosilag indokolt szárazföldi betegszállítás szolgáltatás költségeit, a biztosítottnak a baleset helyszínéről a kórházba, az otthonából a kórházba és vissza, illetve két kórház közötti átszállítása tekintetében.
37	Holttest hazaszállítása	Nem tartalmazza	4 500 000 Ft	4 500 000 Ft	4 500 000 Ft	4 500 000 Ft	A biztosított halála esetén a biztosító megtéríti a földi maradványok hazaszállításának költségeit, amennyiben a haláleset nem az állampolgárság/ lakóhely szerinti országban következik be. Társaságunk vállalja, hogy a nemzetközi szabályozásnak eleget téve a szükséges intézkedéseket megteszi.
38	Nemzetközi Sürgősségi Orvosi Kimenekítés (a biztosító jóváhagyásával)	Nem tartalmazza	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Olyan vészhelyzet esetén, ahol a helyi egészségügyi intézmények nem nyújtanak elegendő szolgáltatást, illetve a kezeléshez szükséges szintű ellátást, a biztosító megtéríti a kimenekítés költségeit a legközelebbi kórházba, vagy a biztosítottnak a lakóhely szerinti országba történő szállításának költségeit. Ehhez a helyileg elérhető legmegfelelőbb közlekedési eszközöket veszi igénybe (vagyis menetrendszerű, charter légijárat, illetve speciális charter légimentő). A biztosító vállalja a Biztosítottat kísérő egy személy utazásának megszervezését és az ésszerű mértékű utazási költségek megtérítését; emellett a biztosító megtéríti egy fő részére a szállásköltségeket 16 250 Ft per éjszaka mértékig, legfeljebb 10 éjszakára. A biztosító vállalja a Biztosított hazaszállításának megszervezését, ha a Biztosított szállításra alkalmas állapotban van.

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162 500 000 Ft	390 000 000 Ft	487 500 000 Ft	650 000 000 Ft	975 000 000 Ft	
PREVENTÍV KEZELÉS							
39	Szűrőprogram	Nem tartalmazza	121 000 Ft	Nem tartalmazza	Teljes összeg, szűrővizsgálati elemenként évente legfeljebb 1 alkalommal	Teljes összeg, szűrővizsgálati elemenként évente legfeljebb 1 alkalommal	A biztosító megtéríti a 2 évesnél idősebb Biztosított éves szűrővizsgálatainak költségeit a megadott limitig. Az igénybe vehető szűrővizsgálati elemek listája a feltétel Értelmező rendelkezések szűrővizsgálat részénél található.
40	Csecsemő státusz	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Teljes összeg, évente legfeljebb 4 alkalomra	Teljes összeg, évente legfeljebb 4 alkalomra	A biztosító megtéríti a gyermek 2 életévének betöltéséig évente legfeljebb 4 státuszvizsgálat költségeit; ezt követően az éves limitek alkalmazandók.
41	Védőoltások	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti az orvosilag indokolt védőoltások és azok beadásának költségeit, beleértve az utazáshoz kapcsolódó védőoltásokat is.
OPCIONÁLIS FOGÁSZATI ÉS FOGAT ÉRINTŐ SZÁJSEBÉSZETI ELLÁTÁS							
42	Preventív	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	934 500 Ft	934 500 Ft	934 500 Ft	A biztosító megtéríti a fogászati szűrések költségeit, folyamatos 6 hónapnyi biztosított jogviszonyt követően. 0%-os önrész fizetés mellett (pl. ellenőrzés, röntgen, fogkö eltávolítás és polírozás, fogvédő sín)
43	Szokásos és helyreállító kezelés						A biztosító megtéríti a fogászati szűrések és helyreállító kezelések és szájsebészeti beavatkozások költségeit, folyamatos 6 hónapnyi biztosított jogviszonyt követően. 20%-os önrész fizetés mellett (pl. fogtömések, gyökérkezelések, koronák/hidak, implantátumok, fájdalomcsillapítás, baleset esetén sérült állkapocs miatt szükséges fogszabályozás költségei).
44	Fogszabályozás						A biztosító megtéríti a fogszabályozási kezelések költségeit 18 éves korig, folyamatos 2 évnyi biztosított jogviszonyt követően. 50%-os önrész fizetés mellett (pl. fogszabályozó, retenciós készülékek)

Fontos, hogy a szolgáltatási limitek minden alkalommal csökkennek, amikor a Biztosított biztosítási szolgáltatást igényel.

A fenti táblázatok többféle szolgáltatási limitet tartalmaznak.

A biztosítási szerződés forint (HUF) alapú. Amennyiben a szolgáltatási igény pénzneme ettől eltérő, a Magyar Nemzeti Bank biztosítási esemény időpontjában érvényes középárfolyamán végezzük el az átváltást.

TABLE OF BENEFITS IN CASE OF GROUP CONTRACT

The date of the insured event is the first day when medical care is received. For the purposes of this policy, medical or health care services required for the treatment of the same trauma(s), medical condition(s) or illness(es), if they are received on the same day and within the framework of the same medical treatment, belonging to the same service category shall be treated as a single insured event.

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162,500,000 HUF	390,000,000 HUF	487,500,000 HUF	650,000,000 HUF	975,000,000 HUF	
Area of Coverage		Europe		Worldwide Excluding USA/ Worldwide			
No	INPATIENT & DAYCASE						Terms and Definitions
1	Hospital Costs (including accommodation)	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for hospital room and board costs for a standard single en-suite room including general nursing care.
2	Parent Accommodation	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the room and board costs of one parent staying in hospital with their child up to the age of 18 (if the child is a member receiving treatment that is covered under the Policy).
3	Theatre Fees	13,500,000 HUF	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the costs of the operating room, post-surgical recovery room and care, medicines, dressings and equipment used during surgery and immediately afterwards and general nursing care associated with the surgery.
4	ICU/HDU (intensive care/ high dependency unit)	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the medically necessary admission and/or transfer to a High Dependency Unit or Intensive Care Unit.
5	Specialist Fees	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the surgeon, anesthetist and assistant's fees both in surgery and immediately before or after surgery on the same day. We will pay for surgeon's consultations while admitted in hospital - either to discuss your surgery or for treatment related to a non-surgical stay, such as being admitted for pneumonia.
6	Pathology, X-rays and diagnostics tests	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the costs of tests used to diagnose or assess your condition. This includes pathology (such as blood tests), radiology (such as x-rays or ultrasounds) and diagnostic tests (such as ECGs).
7	Physio/Chiro/ Osteo/ Complementary therapists/ dietician and speech therapy	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for treatment provided by medical practitioners in order to aid recovery or restore function as part of the overall treatment plan whilst admitted to hospital.

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162,500,000 HUF	390,000,000 HUF	487,500,000 HUF	650,000,000 HUF	975,000,000 HUF	
8	Chronic conditions	450,000 HUF	including chronic outpatient care up to 450,000 HUF	In Full	In Full	In Full	We will pay for the costs of an admission to hospital for an acute flare up of a chronic condition that requires active medical treatment, for the period of that admission only. The amount of services provided for chronic inpatient and outpatient care altogether is a maximum of HUF 450,000 for the Azure plan.
9	Rehabilitation	NA	900,000 HUF	In Full up to 30 days for each condition	In Full up to 30 days for each condition	In Full up to 30 days for each condition	We will pay for In-Patient rehabilitation costs following surgery.
10	Psychiatric	NA	NA	NA	In Full up to 30 days	In Full up to 60 days	We will pay for room and board and the costs of treatment when admitted to a psychiatric hospital up to the limits specified while under the supervision of a consultant psychiatrist.
11	Prosthetic Implants	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for prosthetic implants needed as part of your treatment.
12	Prosthetic devices	NA	NA	935,000 HUF	935,000 HUF	935,000 HUF	We will pay towards the costs of any items, supplies or equipment used in the course of in patient medical treatment or home care, such as orthopedic supports, crutches, wheelchairs, hearing aids or speaking aids.
13	Palliative Care	NA	NA	1,625,000 HUF	3,250,000 HUF	6,500,000 HUF	We will pay toward the costs of palliative care (whether in a hospice or at home) if you have received a terminal diagnosis and can no longer receive active medical treatment leading towards your recovery.
14	Home Nursing	375,000 HUF	1,870,000 HUF	In Full up to 30 days after hospitalisation	In Full up to 30 days after hospitalisation	In Full up to 30 days after hospitalisation	We will pay for the costs of home nursing if you have been in hospital receiving treatment which was covered under this plan but only if it immediately follows discharge from hospital, you require active medical support, is managed by a qualified nurse and was prescribed by your treating specialist. We will not pay for social and domestic support. We will not pay for home nursing related to mental illness, psychiatric or psychological disorders.
15	Cash benefit	17,250 HUF per night up to 10 days	17,250 HUF per night up to 10 days	17,250 HUF per night	17,250 HUF per night	17,250 HUF per night	We will pay a lump sump cash benefit per night you spend in a hospital where you are not charged for your admission (ie: at a public hospital)
16	Congenital and hereditary conditions	In Full only up to 60 days after birth	In Full only up to 60 days after birth	In Full only up to 90 days after birth	In Full only up to 90 days after birth	In Full only up to 90 days after birth	We will pay for the treatment of Congenital and/or hereditary conditions. By congenital we mean any abnormalities, deformities, diseases, illnesses or injuries present at birth regardless the date of diagnosis. By hereditary we mean any abnormalities, deformities, diseases or illnesses present at birth that are only present because they have been passed down through your family.
17	Cover Outside of Geographical Area	9,750,000 HUF up to 30 days	9,750,000 HUF up to 30 days	16, 250, 000 HUF	16, 250, 000 HUF	16, 250, 000 HUF	Covered until stable for transfer or up to the cash limit supplied.

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal		
		162,500,000 HUF	390,000,000 HUF	487,500,000 HUF	650,000,000 HUF	975,000,000 HUF		
	OUTPATIENT		3 900 000 HUF overall limit					
18	Outpatient Surgery	NA	450,000 HUF	NA	In Full	In Full	We will pay for the costs of a surgical procedure performed as an out-patient under a local anesthetic.	
19	General Practitioner & Specialist Fees	NA		NA	2,250,000 HUF	In Full	We will pay for consultations (in person or by phone/video) with your GP, Family Doctor or Specialist to diagnose and treat a medical condition or to arrange further medical treatment or as a follow up to treatment that has already taken place. Home visits can only be covered in case of acute cases..	
20	Drugs and Dressings and Medical Aids	NA		NA			We will pay for the cost of drugs and dressings and medical aids prescribed by your medical practitioner on your medical document that will only be used for the treatment of a disease, illness or injury. In the case of Medical Aids, up to HUF 100,000.	
21	Pathology/x-rays and diagnostic tests	NA		900,000 HUF			NA	We will pay for the costs of tests used to diagnose or assess your condition. This includes pathology (such as blood tests), radiology (such as x-rays or ultrasounds) and diagnostic tests (such as ECGs).
22	Physiotherapy	NA		672,750 HUF			NA	We will pay for physiotherapy costs referred by your GP, Family Doctor or Specialist and under the direction of a registered physiotherapist for the purposes of providing short term focused treatment to relieve pain or restore function.
23	Consultations with therapists & complementary therapists	NA		NA			NA	We will pay for the costs of treatment provided by a registered therapist, such as an Occupational Therapist, Dietician and Complementary Therapist (acupuncture, homeopathy, chiropractic treatment or osteopathy). We will not pay for sexual therapy.
24	Chronic conditions	NA		including chronic in-patient care up to 450,000 HUF			NA	We will pay for the ongoing management of chronic conditions. We define chronic as a condition that does not respond to active medical treatment and requires ongoing management (for example diabetes, or back pain, all outpatient care following the active treatment of malignant neoplastic diseases). The amount of services provided for chronic inpatient and outpatient care altogether is a maximum of HUF 450,000 for the Azure plan.
25	Speech therapy	NA		NA			NA	We will pay for speech therapy in order to restore speech following an accident or for a condition (ie: stroke), under the recommendation of your specialist. We will not pay for developmental delay or language disorders.
26	Emergency Out-Patient treatment	NA	In full, within the 3,9 Million HUF overall limit of the out patient care	NA			We will pay for the costs of emergency out-patient treatment (ie: services provided in Accident and Emergency Room as an out-patient, including specialists, laboratory and diagnostic examinations) up to the limits provided.	

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162,500,000 HUF	390,000,000 HUF	487,500,000 HUF	650,000,000 HUF	975,000,000 HUF	
27	Psychiatric	NA	NA	NA	Within 2,250,000 HUF limit but up to 20 visits per year	In Full but up to 30 visits per year	We will pay for the consultation and associated costs for psychiatry, psychology or psychotherapy provided the overall treatment plan is under the referral of a practicing registered psychiatrist/ psychologist.
	OTHER						
28	Cancer treatment	In Full (only in-patient)	In Full (in-patient) and 3,900,000 HUF (out-patient)	In Full (only in-patient)	In Full	In Full	We will pay for fees specifically related to the examination of suspected tumors, active treatment of Cancer, including hospitalization for tumor removal, radiotherapy and chemotherapy. The associated consultations, drugs and laboratory and diagnostic tests within the outpatient care can be covered only up to the overall limit of outpatient care which is 3,9 Million HUF. Malignant neoplastic diseases are considered chronic conditions after active treatment, so the control examinations after active treatment are covered by the service of Chronic Conditions.
29	Transplant Services	81,250,000 HUF/ Lifetime (Organ Transplant) 8,125,000 HUF (Tissue Transplant)	81,250,000 HUF / Lifetime (Organ Transplant) 8,125,000 HUF (Tissue Transplant)	In Full in-patient	In Full(in-patient out-patient	In Full in-patient out-patient	We will pay for the costs of any treatment directly related to the implantation of a replacement organ, including bone marrow transplants. We will also pay towards costs associated with transplant services as an out-patient related to a provided or forthcoming transplant, including for the avoidance of doubt anti-rejection medicines. We will not pay for the costs associated with locating a replacement organ or tissue, or any costs incurred for the removal of the organ or tissue from the donor, transportation costs of the organ or tissue and all associated administration costs.
30	Advanced Diagnostics	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the costs of a CT, MRI, PET scan, endoscopic tests, aspiration cytology or biopsy when recommended by your Specialist.
31	Maternity Care	NA	Optional, only Companies can buy for their employees 933,800 HUF and 20% co-pay for all services	1 121,250 HUF	2,760,000 HUF	3,737,500 HUF	Maternity benefit is only available after 12 months of continuous cover (Conception must also occur after this period). The insurance will cover the examinations required according to the medical protocol for pregnancy care based on the insured's age and health condition, with the frequency described therein. 4D ultrasound (baby video) and genetic examinations are not covered (except for examinations required due to the insured's age over 37). The insurance will cover hospital charges, obstetrician and midwife fees for normal childbirth, pre and postnatal care (immediately following childbirth) and up to seven days routine care for the baby. We will not pay for terminations of pregnancy, other than miscarriage, ectopic pregnancy and stillbirth. We will pay for elective C-section and Childbirth at home. Restricted to cover in Hungary.
32	Childbirth Allowance	NA	NA	112,125 HUF	112,125 HUF	132,250 HUF	This benefit is only available after 12 months of continuous cover, and only in the event of births occurring after prenatal care reimbursed under the insurance, during the coverage period . We will pay a lump sum childbirth allowance per child in case of your childbirth if you are not charged for your admission (ie: at a public hospital).
33	Complications of pregnancy	NA	NA	In Full	In Full	In Full	This benefit is only available after 12 months of continuous cover. We will pay for the costs of a Caesarian Section where medically necessary arising as a result of a complication, including conditions such as pre-eclampsia, threatened miscarriage, baby is in breech position or the life of the mother and/or baby is under threat.

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162,500,000 HUF	390,000,000 HUF	487,500,000 HUF	650,000,000 HUF	975,000,000 HUF	
34	Newborn care	NA	Optional (is covered only in the case Company bought maternity care benefit for its employees) 11,500,000 HUF	3,250,000 HUF	8,125,000 HUF	32,500,000 HUF	We will pay for the costs of treatment for a newborn baby up to 30 days after the date of birth in case the birth and the maternity care was covered by the insurance. Children can be added as a close relative onto their parent's policy within 30 days of birth with no exclusions (subject to the congenital benefit wording).
35	Accidental dental	NA	NA	NA	225,000 HUF	450,000 HUF	We will pay towards treatment of damaged teeth following an accident. We will not pay for the repair of dental implants, crowns or dentures nor orthodontic treatments.
ASSISTANCE							
36	Road Ambulance Services	In Full	In Full	In Full	In Full	In Full	We will pay for the costs of a medically necessary road ambulance to either transfer you to hospital following an accident or from home to the hospital and back or from one hospital to another.
37	Repatriation of Mortal Remains	NA	4,500,000 HUF	4,500,000 HUF	4,500,000 HUF	4,500,000 HUF	We will pay towards the costs of repatriating your mortal remains in the event you die away from your home country/country of residence. We will make all necessary arrangements as required under international regulations.
38	International Emergency Medical Evacuation (subject to Our approval)	NA	11,250,000 HUF	In Full	In Full	In Full	In the event of an emergency whereby the local medical facilities are unsatisfactory and unable to provide the level of medical care you need we will pay to either evacuate you to the nearest medical centre or to repatriate you to your home country/ country of residence. The most appropriate means of transport available locally will be used (ie. regular scheduled, charter airline, or a specially chartered air ambulance). We will arrange and pay the reasonable travel costs of one person to accompany the Insured Person; in addition, We will pay for that person's overnight accommodation up to 16,250 HUF each night for a maximum of 10 nights. We will arrange for Repatriation to your Home Country once fit to travel.
PREVENTIVE TREATMENT							
39	Health Screening	NA	121,000 HUF	NA	270,000 HUF	405,000 HUF	We will pay towards an annual preventive health screening up to the sum insured above the age of 2. The list of the available preventive screening elements can be found in the Meaning of Words section.
40	Baby Wellness	NA	NA	NA			We will pay towards 4 health checks per year up until your child reaches the age of 2 and then the annual limits will apply.
41	Vaccinations	NA	NA	NA	74,750 HUF	130,800 HUF	We pay towards vaccinations and immunizations with their administration including travel vaccinations.

Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal
162,500,000 HUF	390,000,000 HUF	487,500,000 HUF	650,000,000 HUF	975,000,000 HUF

OPTIONAL DENTAL AND ORAL SURGICAL CARE INVOLVING TEETH							
42	Preventive						We will pay towards costs of preventative dental treatment after you have been covered for 6 months on this option. 0% copay for this. (ie: check-up, X-ray, scale and polish, mouth guard)
43	Routine and Restorative	NA	NA	934,500 HUF	934,500 HUF	934,500 HUF	We will pay towards costs of routine and restorative dental treatment and oral surgeries after you have been covered for 6 months on this option. 20% copay for this. (ie: fillings, root canal treatment, crowns/bridge, implant, anesthesia, orthodontic treatment, if it is required due to the jaw damaged during an accident).
44	Orthodontic						We will pay towards costs of orthodontic treatment up to the age of 18 after you have been covered for 2 years on this option. 50% copay for this. (ie: dental braces/retainers)

Please note that your limits decrease when You use your insurance.

The tables above contain several limits.

The currency of your policy is in Hungarian Forint (HUF) and if you have a claim in other currency We will use the exchange rate of Hungarian National Bank which is valid the day of your insurance event.

SZOLGÁLTATÁSI TÁBLÁZAT CSOPORTOS SZERZŐDÉS ESETÉN

A biztosítási esemény időpontja az egészségügyi ellátás igénybevételének első napja. A jelen biztosítási szerződés alkalmazásában egy biztosítási eseménynek az azonos sérülési, egészségkárosodási, megbetegedési okra, okokra, illetve egészségügyi problémára visszavezethető egészségügyi szolgáltatások minősülnek, ha egy napon és egy egészségügyi ellátás keretében történtek, és ugyanahhoz a szolgáltatásfajta-hoz tartoznak.

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162 500 000 Ft	390 000 000 Ft	487 500 000 Ft	650 000 000 Ft	975 000 000 Ft	
	Területi hatály	Európa		A világ egésze, az Egyesült Államok kivételével / teljes világ			
Sorsz	FEKVŐBETEG & EGYNAPOS ELLÁTÁS						Fogalmak és meghatározások
1	Kórházi költségek (elhelyezés díjával)	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a kórházi szoba és ellátás költségeit hagyományos egyágyas szobák és általános ápolási szolgáltatások vonatkozásában.
2	Szülő elszállásolása	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti legfeljebb 18 éves biztosított (a szerződés alapján térített ellátásban részesülő) gyermekkel egyidejűleg ugyanabban a kórházban tartózkodó szülő bent tartózkodásának szállásköltségét és ellátását.
3	Műtő díjak	13 500 000 Ft	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a műtő és a sebészeti őrző valamint a kapcsolódó ellátás, illetve a műtét során és közvetlenül azt követően felhasznált gyógyszerek, kötszerek és műszerek használatának költségeit, és az általános nővéri ellátás költségeit.
4	Intenzív és szubintenzív osztályon történő kezelés	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a biztosított orvosilag indokolt felvételét és/vagy átszállítását intenzív és szubintenzív osztályra.
5	Szakorvosi díjak	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a sebész, aneszteziológus és műtős ápolók díját, mind a műtéti eljárás során, mind közvetlenül előtte és utána egyazon napon. A biztosító megtéríti továbbá a kórházi fekvőbeteg kezelés során igénybe vett sebészeti konzultáció díját, a műtéti eljárás ismertetése, illetve nem sebészeti ellátás, pl. tüdőgyulladás kezelése céljából.
6	Laboratórium, röntgen, diagnosztikai vizsgálatok	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a biztosított állapotának felmérését és betegségének diagnosztizálását célzó eljárások költségeit. Ezek közé tartoznak a laboratóriumi díjak (vérkép), radiológia (röntgen vagy ultrahang) továbbá a diagnosztikai eljárások (pl. EKG) költségei.

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162 500 000 Ft	390 000 000 Ft	487 500 000 Ft	650 000 000 Ft	975 000 000 Ft	
7	Fizio/Kiro/Osteoterapeuta, természetgyógyász, diétetikus, logopédus	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti az egészségügyi szakemberek által nyújtott olyan ellátás költségeit, melynek célja valamely funkció helyreállítása vagy megőrzése a kezelési terv részeként a kórházi benntartózkodás alatt.
8	Krónikus betegségek	450 000 Ft	krónikus járóbeteg ellátással együtt maximum 450 000 Ft	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a krónikus betegség akut tüneteinek kezelését célzó kórházi fekvőbeteg-ellátás költségeit, kizárólag a fekvőbeteg ellátás idejére. A krónikus fekvő- és járóbeteg-ellátásra nyújtott szolgáltatások összege együttesen legfeljebb 450.000 Ft az Azure csomag esetében.
9	Rehabilitáció	Nem tartalmazza	900 000 Ft	Teljes összeg, betegségenként legfeljebb 30 napra	Teljes összeg, betegségenként legfeljebb 30 napra	Teljes összeg, betegségenként legfeljebb 30 napra	A biztosító megtéríti a műtétet követő fekvőbeteg rehabilitáció költségeit.
10	Pszichiátriai kezelés	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Teljes összeg legfeljebb 30 napra	Teljes összeg legfeljebb 60 napra	A biztosító megtéríti a pszichiátriai intézményben történő felvétel esetén a kórházi szoba, ellátás és - pszichiáter szakorvos felügyelete melletti - gyógykezelés költségeit a szolgáltatási limit erejéig.
11	Beültetett protézisek	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a biztosított gyógykezeléséhez szükséges beültetett protézisek költségét.
12	Gyógyászati segédeszköz, felszerelés	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	935 000 Ft	935 000 Ft	935 000 Ft	A biztosító megtéríti az ellátás során személyes használatába adott gyógyászati segédeszköz árát, ideértve az ortézisek, mankók, kerekesszékek, hallókészülékek, ill. beszédjavító készülékek költségeit.
13	Palliatív ellátás	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	1 625 000 Ft	3 250 000 Ft	6 500 000 Ft	A biztosító megtéríti a palliatív kezelés költségeit (függetlenül attól, hogy hospice intézményben vagy otthoni körülmények között történik-e), amennyiben a végstádiumú beteg aktív gyógykezelésben már nem részesül.
14	Házi ápolás	375 000 Ft	1 870 000 Ft	Teljes összeg, kórházi fekvőbeteg ellátás után legfeljebb 30 napra	Teljes összeg, kórházi fekvőbeteg ellátás után legfeljebb 30 napra	Teljes összeg, kórházi fekvőbeteg ellátás után legfeljebb 30 napra	A biztosító megtéríti az otthoni ápolás költségeit, amennyiben a biztosított a jelen biztosítás alapján fedezett kórházi fekvőbeteg ellátásban részesült, és az otthonápolás ezt közvetlenül követi, a biztosított aktív, szakképzett betegápoló ellátására szorul, melyet szakorvos rendelt el. A biztosító nem téríti meg a szociális és háztartási segítők díját. A biztosító nem téríti meg a mentális, pszichiátriai vagy pszichológiai betegségekhez kapcsolódó otthonápolás költségeit.
15	Kórházi napidíj	17 250 Ft/éjszaka, legfeljebb 10 napra	17 250 Ft/éjszaka, legfeljebb 10 napra	17 250 Ft/éjszaka	17 250 Ft/éjszaka	17 250 Ft/éjszaka	A biztosító minden egyes olyan kórházi éjszakára, melyért díjazás nem kerül felszámításra, kórházi napidíjat fizet a biztosított részére.
16	Veleszületett rendellenességek és örökletes betegségek	Teljes összeg, a szülés után legfeljebb 60 napig	Teljes összeg, a szülés után legfeljebb 60 napig	Teljes összeg, a szülés után legfeljebb 90 napig	Teljes összeg, a szülés után legfeljebb 90 napig	Teljes összeg, a szülés után legfeljebb 90 napig	A biztosító megtéríti a veleszületett és/vagy örökletes betegségek kezelésének költségeit. Veleszületett rendellenesség az olyan abnormalitás, deformitás, betegség, kóros állapot vagy sérülés, mely a szülés pillanatában fennáll, függetlenül a diagnosztizálás időpontjától. Örökletes betegségeknek minősül az olyan kóros állapot, deformitás vagy betegség, mely a születés pillanatában fennáll és a családon belül öröklődik.

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal		
		162 500 000 Ft	390 000 000 Ft	487 500 000 Ft	650 000 000 Ft	975 000 000 Ft		
17	Területi hatályon kívüli kockázatviselés	9 750 000 Ft, legfeljebb 30 napra	9 750 000 Ft, legfeljebb 30 napra	16 250 000 Ft	16 250 000 Ft	16 250 000 Ft	A biztosító kockázatviselése a beteg állapotának stabilizálásáig, a megadott szolgáltatási limitig terjed.	
	JÁRÓBETEG		3 900 000 Ft, összesített limit					
18	Járóbeteg sebészeti ellátás	Nem tartalmazza	450 000 Ft	Nem tartalmazza	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a helyi érzéstelenítésben, járóbeteg ellátás keretében elvégzett sebészeti eljárás költségeit.	
19	Háziorvosi és szakorvosi díjak	Nem tartalmazza		Nem tartalmazza	2 250 000 Ft	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a biztosított betegségének diagnosztizálásához vagy kezeléséhez, további szakorvosi vizsgálatok elrendeléséhez szükséges háziorvosi, családorvosi vagy szakorvosi személyes vagy telekonzultációk, illetve kontrollvizsgálatok költségét. Házivizit csak akut esetben téríthető.	
20	Gyógyszer, kötszer, gyógyászati segédeszköz	Nem tartalmazza		Nem tartalmazza			A biztosító megtéríti az orvos által a biztosított betegségének vagy sérülésének kezelésére az ambuláns lagra felírt gyógyszerek, kötszerek és gyógyászati segédeszközök költségeit. Gyógyászati segédeszköz esetében legfeljebb 100.000 Ft-ig.	
21	Laboratórium/röntgen, diagnosztikai vizsgálatok	Nem tartalmazza		900 000 Ft			Nem tartalmazza	A biztosító megtéríti a biztosított állapotának felmérését és betegségének diagnosztizálását célzó eljárások költségeit. Ezek közé tartoznak a laboratóriumi díjak (vérkép), radiológia (röntgen vagy ultrahang) továbbá a diagnosztikai eljárások (pl. EKG) költségei.
22	Fizioterápia	Nem tartalmazza		672 750 Ft			Nem tartalmazza	A biztosító megtéríti a háziorvos, családorvos vagy szakorvos által javasolt fizioterápia költségeit, ha azt szakképzett fizioterapeuta végzi, és a kezelés rövid távú, célja pedig a fájdalomcsillapítás illetve szervi működés helyreállítása.
23	Konzultáció alternatív vagy kiegészítő terápiát nyújtó egészségügyi szakemberekkel	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza			A biztosító megtéríti a regisztrált egészségügyi szakember, így pl. foglalkozásterapeuta, dietetikus vagy természetgyógyász orvos által végzett kezelés (akupunktúra, homeopátia, kiropraktika vagy csontkovácsolás) költségeit. A kockázatviselés szexuális terápiára nem terjed ki.	
24	Krónikus betegségek	450 000 Ft	krónikus fekvőbeteg ellátással együtt maximum 450 000 Ft	Nem tartalmazza			A biztosító megtéríti a krónikus betegségek folyamatban lévő kezelését. Krónikus betegségnek minősülnek azon állapotok, melyek az aktív gyógykezelésre nem reagálnak, így rendszeres ellátást igényelnek (pl. cukorbetegség, hátfájdalmak), rosszindulatú daganatos betegségek aktív kezelését követő valamennyi járóbeteg ellátása). A krónikus fekvő- és járóbeteg ellátásra nyújtott szolgáltatások összege együttesen legfeljebb 450 000 Ft az Azure csomag esetében.	
25	Logopédia	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza			A biztosító megtéríti a betegség (stroke) vagy baleset következtében kialakuló beszédproblémák szakorvos által elrendelt logopédiai kezelésének költségeit. A kockázatviselés megkésített fejlődésre vagy nyelvi nehézségekre nem terjed ki.	
26	Sürgősségi járóbeteg ellátás	Nem tartalmazza	Teljes összeg a járóbeteg ellátás 3 900 000 Ft összesített limitjén belül	Nem tartalmazza			A biztosító megtéríti a sürgősségi járóbeteg ellátás költségeit (pl. baleseti sebészetben vagy ügyeleten nyújtott járóbeteg ellátás, ideértve a szakorvosi-, labor- és diagnosztikai vizsgálatokat is), a táblázatban megadott szolgáltatási limitek erejéig.	

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162 500 000 Ft	390 000 000 Ft	487 500 000 Ft	650 000 000 Ft	975 000 000 Ft	
27	Pszichiátriai kezelés	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	A 2 250 000 Ft összegű limiten belül, évente legfeljebb 20 alkalomra	Teljes összeg, legfeljebb 30 alkalomra	A biztosító megtéríti a kezelési terv részeként, orvosi ajánlásra igénybe vett pszichiátriai vagy pszichológiai kezelés, illetve pszichoterápia díját és a járulékos költségeket, feltéve, hogy az ellátást szakképzett pszichiáter szakorvos/pszichológus nyújtja.
	EGYÉB						
28	Roszzindulatú daganatok kezelése	Teljes összeg (csak fekvőbeteg)	Teljes összeg (fekvőbeteg) és 3 900 000 Ft (járóbeteg)	Teljes összeg, csak fekvőbeteg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a rosszzindulatú daganatok alábbi kezelésének költségeit: daganatgyanú kivizsgálása, a daganat eltávolítása miatti kórházi gyógykezelést, sugár- és kemoterápiát. Az aktív kezeléshez szükséges szakorvosi vizsgálatok, gyógyszerek, a labor-, és diagnosztikai vizsgálatok a járóbeteg ellátás 3,9 milliós összesített limitje erejéig téríthetőek. A rosszzindulatú daganatos betegségek az aktív kezelést követően krónikus betegségnek számítanak, ezért az aktív kezelést követő kontroll vizsgálatok a Krónikus betegségek szolgáltatáshoz tartoznak.
29	Transzplantációs szolgáltatások	81 250 000 Ft/ biztosítás teljes tartama alatt (élethosszig) (szervátültetés) 8 125 000 Ft (szövet átültetés)	81 250 000 Ft/ biztosítás teljes tartama alatt (élethosszig) (szervátültetés) 8 125 000 Ft (szövet átültetés)	Teljes összeg (fekvőbeteg) 6 500 000 Ft járóbeteg	Teljes összeg (fekvőbeteg) 9 750 000 Ft járóbeteg	Teljes összeg (fekvőbeteg) 14 500 000 Ft járóbeteg	A biztosító megtéríti a szervátültetésekhez (a csontvelő átültetést is beleértve) közvetlenül kapcsolódó egészségügyi ellátás költségeit. A biztosító megtéríti továbbá a transzplantációs szolgáltatásokkal kapcsolatos költségeket, így a várható szervátültetéshez kapcsolódó járóbeteg ellátás, a kilökődés elleni gyógyszerek költségeit is. A biztosító nem téríti meg ugyanakkor a szerv vagy szövet felkutatásához, a donorszerv vagy -szövet eltávolításához, valamint azok szállításához kapcsolódó költségeket, illetve az ezekkel együttjáró adminisztrációs díjakat.
30	Fejlett diagnosztika	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti a szakorvos által előírt CT, MRI, PET scan, endoszkópos vizsgálatok, aspirációs cytológia, biopszia költségeit.
31	Terhesgondozás	Nem tartalmazza	Opcionális, csak cégek vásárolhatják meg a munkavállalóikra 933 800 Ft limit erejéig és minden ellátásból 20%-os önrész mellett	1 121 250 Ft	2 760 000 Ft	3 737 500 Ft	A terhesgondozási szolgáltatás csak 12 havi folyamatos biztosított jogviszonyt követően igényelhető. (A fogantatásnak is ezen időszak utánra kell esnie) A biztosító megtéríti a biztosított életkora, egészségi állapota alapján előírt, terhesgondozásra vonatkozó szakmai protokoll szerint szükséges vizsgálatokat, az abban leírt gyakorisággal. Nem téríthető a 4D ultrahangos (babamozzi) és genetikai vizsgálatok (kivéve a 37 éves kor feletti biztosított életkora miatt szükséges vizsgálatok). A biztosító megtéríti a kórházi díjakat, nőgyógyász és szülésznő, otthonlülést segítő szakember díját természetes szülés esetén, a terhesgondozás és utógondozás (közvetlenül a szülés utáni ellátás), valamint az újszülött rutin ellátásának költségeit legfeljebb hét napig. A biztosító nem téríti meg a művi terhességmegszakítás költségeit, kivéve vetélés, ektópiás terhesség vagy halvaszületés esetén. A biztosító megtéríti a császármetszés és az otthonlülés költségeit. Csak Magyarországon fedezett!
32	Szülési támogatás	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	112 125 Ft	112 125 Ft	132 250 Ft	Ez a szolgáltatás csak a 12 havi folyamatos biztosított jogviszonyt követően a biztosítás keretein belül térített terhesgondozást követően, de a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező szülések esetén vehető igénybe. A biztosító egyösszegű szülési támogatás szolgáltatást teljesít gyermekszülésenként, amennyiben a kórházi ellátásért díjazás nem kerül felszámításra (pl. állami kórházban).

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162 500 000 Ft	390 000 000 Ft	487 500 000 Ft	650 000 000 Ft	975 000 000 Ft	
33	Terhességi komplikációk	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Ez a szolgáltatás csak 12 havi folyamatos biztosítotti jogviszonyt követően igényelhető. A biztosító megtéríti az orvosilag indokolt esetben, a szülés során felmerülő komplikáció következtében szükségessé váló császármetszés költségeit. Ilyen komplikációnak minősül a pre-eclampsia, a fenyegető vetélés, a farfekvéses magzati helyzet, illetve az anya és a magzat életveszélyes állapota.
34	Újszülött ellátás	Nem tartalmazza	Opcionális, csak akkor fedezett, ha a cég megvásárolta a terhesgondozást a munkavállalóira, 11 500 000 Ft	3 250 000 Ft	8 125 000 Ft	32 500 000 Ft	A biztosító megtéríti a biztosítás keretein belül térített terhesgondozás és szülés során született újszülött gyermek egészségügyi ellátásának költségeit a születés időpontjától számított legfeljebb 30 napig. A születéstől számított 30 napon belül kérhető, hogy a gyermek kizárások alkalmazása nélkül (kivéve a születési rendellenességekre vonatkozó rendelkezéseket) társ-biztosítottként belépjen a szülő biztosításába.
35	Baleseti fogászati ellátás	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	225 000 Ft	450 000 Ft	A biztosító megtéríti a baleset következtében megsérült fog ellátásának költségeit. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a fogászati implantátumokra, koronákra, műfogSOROKRA és a fogszabályozásra.
ASSZISZTAN SZOLGÁLTATÁSOK							
36	Betegszállítás	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	A biztosító megtéríti az orvosilag indokolt szárazföldi betegszállítás szolgáltatás költségeit, a biztosítottnak a baleset helyszínéről a kórházba, az otthonából a kórházba és vissza, illetve két kórház közötti átszállítása tekintetében.
37	Holttest hazaszállítása	Nem tartalmazza	4 500 000 Ft	4 500 000 Ft	4 500 000 Ft	4 500 000 Ft	A biztosított halála esetén a biztosító megtéríti a földi maradványok hazaszállításának költségeit, amennyiben a haláleset nem az állampolgárság/ lakóhely szerinti országban következik be. Társaságunk vállalja, hogy a nemzetközi szabályozásnak eleget téve a szükséges intézkedéseket megteszi.
38	Nemzetközi Sürgősségi Orvosi Kimenekítés (a biztosító jóváhagyásával)	Nem tartalmazza	11 250 000 Ft	Teljes összeg	Teljes összeg	Teljes összeg	Olyan vészhelyzet esetén, ahol a helyi egészségügyi intézmények nem nyújtanak elégséges szolgáltatást, illetve a kezeléshez szükséges szintű ellátást, a biztosító megtéríti a kimenekítés költségeit a legközelebbi kórházba, vagy a biztosítottnak a lakóhelye szerinti országba történő szállításának költségeit. Ehhez a helyileg elérhető legmegfelelőbb közlekedési eszközöket veszi igénybe (vagyis menetrendszerű, charter légi járat, illetve speciális charter légimentő). A biztosító vállalja a Biztosított kísérő egy személy utazásának megszervezését és az ésszerű mértékű utazási költségek megtérítését; emellett a biztosító megtéríti egy fő részére a szállásköltségeket 16 250 Ft per éjszaka mértékig, legfeljebb 10 éjszakára. A biztosító vállalja a Biztosított hazaszállításának megszervezését, ha a Biztosított szállításra alkalmas állapotban van.

		Blue	Azure	Cobalt	Admiral	Royal	
		162 500 000 Ft	390 000 000 Ft	487 500 000 Ft	650 000 000 Ft	975 000 000 Ft	
PREVENTÍV KEZELÉS							
39	Szűrőprogram	Nem tartalmazza	121 000 Ft	Nem tartalmazza	270 000 Ft	405 000 Ft	A biztosító megtéríti a 2 évesnél idősebb Biztosított éves szűrővizsgálatainak költségeit a megadott limitig. Az igénybe vehető szűrővizsgálati elemek listája a feltétel Értelmező rendelkezések szűrővizsgálat részénél található.
40	Csecsemő státusz	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza			A biztosító megtéríti a gyermek 2 életévének betöltéséig évente legfeljebb 4 státuszvizsgálat költségeit; ezt követően az éves limitek alkalmazandók.
41	Védőoltások	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	74 750 Ft	130 800 Ft	A biztosító megtéríti a védőoltások és azok beadásának költségeit, beleértve az utazáshoz kapcsolódó védőoltásokat is.
OPCIONÁLIS FOGÁSZATI ÉS FOGAT ÉRINTŐ SZÁJSEBÉSZETI ELLÁTÁS							
42	Preventív	Nem tartalmazza	Nem tartalmazza	934 500 Ft	934 500 Ft	934 500 Ft	A biztosító megtéríti a fogászati szűrések költségeit, folyamatos 6 hónapnyi biztosított jogviszonyt követően. 0%-os önrész fizetés mellett (pl. ellenőrzés, röntgen, fogkő eltávolítás és polírozás, fogvédő sín)
43	Szokásos és helyreállító kezelés						A biztosító megtéríti a fogászati szűrések és helyreállító kezelések és szájsebészeti beavatkozások költségeit, folyamatos 6 hónapnyi biztosított jogviszonyt követően. 20%-os önrész fizetés mellett (pl.: fogtömések, gyökérkezelések, koronák/hidak, implantátumok, fájdalomcsillapítás, baleset esetén sérült állkapocs miatt szükséges fogszabályozás költségei)
44	Fogszabályozás						A biztosító megtéríti a fogszabályozási kezelések költségeit 18 éves korig, folyamatos 2 évnyi biztosított jogviszonyt követően. 50%-os önrész fizetés mellett (pl. fogszabályozó, retenciós készülékek)

Fontos, hogy a szolgáltatási limitek minden alkalommal csökkennek, amikor a Biztosított biztosítási szolgáltatást igényel.

A fenti táblázatok többféle szolgáltatási limitet tartalmaznak.

A biztosítási szerződés forint (HUF) alapú. Amennyiben a szolgáltatási igény pénzneme ettől eltérő, a Magyar Nemzeti Bank biztosítási esemény időpontjában érvényes középárfolyamán végezzük el az átváltást.



CASES WHEN WE ARE RELIEVED OF PERFORMANCE

We shall be exempt from our payment obligation if we are able to prove that damages have been caused unlawfully, either wilfully or by gross negligence, by:

1. the Insured or the Policyholder;
2. any of theirs relative living in the same household; or
3. any managing partner or any employee, member or executive officer of the policyholder.

The provision referred above shall also apply to any breach of the obligation to prevent and mitigate damages.

We shall be exempt from our payment obligation if you infringe your obligation to disclose the required information or to report changes; you have misled us either by misstatement or concealment of a material fact or otherwise failed to act in good faith, unless you prove that any of the following circumstances exist:

1. the concealed or unreported circumstance was known to Us at the time when insurance policy was concluded, or
2. You infringed your duty to communicate changes, but the concealed or unreported circumstance has come to Our knowledge during the policy term prior to the insured event, and We failed to exercise our rights set forth in these general conditions to amend or terminate the insurance policy within 15 days, or
3. the concealed or unreported circumstance did not intervene in the occurrence of the insured event.

When the policyholder is a consumer, our obligation shall take effect notwithstanding an infringement of the disclosure obligation, if the insurance event occurs **more than five years after** the conclusion of the contract. The five-year period available for Us to exercise its related rights shall commence on the day following the disclosure deadline.

If the policyholder is a consumer, the previous provision shall apply mutatis mutandis to the consequences of the breach of the obligation to notify changes. The **five-year period** for the exercise of the insurer's rights in this respect shall begin on the day following the expiry of the period prescribed for the fulfilment of the notification obligation.

If the policyholder is not a consumer, the insurance company shall be entitled to exercise the rights arising out of the breach of the obligation to disclose information and notify changes without a time limit, even beyond the 5-year period.

A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

Társaságunk mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással:

1. a szerződő vagy a biztosított;
2. a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk; vagy
3. a szerződőnél tulajdonosként, munkavállalóként vagy vezető tisztségviselőként működő személy okozta.

A fenti rendelkezés minden olyan esetre is vonatkozik, ahol a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettséget nem tartják be.

Társaságunk mentesül a szolgáltatás teljesítése alól akkor is, ha Ön a közlési, illetve változás bejelentési kötelezettségét megsérti, illetve valótlan adatokat közöl vagy lényeges körülményeket elhallgat, vagy más módon rosszhiszeműen jár el, kivéve, ha Ön bizonyítja, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:

1. társaságunk az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
2. Ön a változás bejelentési kötelezettségét megsértette, de az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás tartama alatt, a biztosítási eseményt megelőzően Társaságunk tudomására jutott és 15 napon belül nem éltünk a jelen feltételekben szabályozott szerződésmódosítási, illetve felmondási lehetőséggel, vagy
3. az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

Amennyiben a szerződő fogyasztónak minősül, a közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító szolgáltatási kötelezettsége, ha a szerződéskötéstől számítottan a biztosítási esemény bekövetkeztéig **öt év már eltelt.**

Amennyiben a szerződő fogyasztónak minősül, az előző rendelkezést a változásbejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló **öt éves időszak** a közlési kötelezettség teljesítésére előírt határidő leteltét követő napon kezdődik.

Amennyiben a szerződő nem minősül fogyasztónak, a biztosító a közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait a szerződés tartama alatt időkorlát nélkül, 5 éven túl is gyakorolhatja.

GENERAL EXCLUSIONS

The following exclusions apply to all sections of the Policy. We will not pay for:

1. Any sum in excess of 162 500 HUF here We have not given prior approval. If We authorise Treatment which ultimately transpires to have been related to a condition excluded by the policy, for example, Treatment for an undeclared and unaccepted Pre-existing Medical Condition, the Insured Person will be responsible for all costs, including those settled by Us. In such cases, the Insured Person must repay Us all costs We have paid.
2. Any claims received by us more than 2 years after the last date of treatment or service was given in connection with an insured event, or any expenses where the original invoice or the supporting documents (the medical documents on the examination(s) performed) are not available.
3. Any claim arising from a Pre-existing Medical Condition unless We have accepted it in writing.
4. Any expense, Treatment, medical or dental condition or procedure relating thereto not specifically stated in this Policy as being insured or is not medically justified.
5. The costs of those inpatient services for which the rules of the medical profession do not justify inpatient care based on the health status of the insured (especially if the use of inpatient care takes place solely because of the distance between the health care facility and the insured's place of residence).
6. Any sums in excess of the Policy Limits.
7. Any Deductible specified in your certificate of insurance.
8. Any costs arising after expiry of the current Period of Insurance, unless this Policy has been renewed for a subsequent 12 months.
9. Any intentional, fraudulent, illegal, criminal acts by the insured person, including misrepresentation or concealment or their consequences.
10. Any medical treatment and/or care for alcoholism, drug and substance abuse/dependency including any medical condition and/or bodily injury directly or indirectly arising from such abuse or dependency.
11. Any medical treatment and/or care for any addictive, compulsive, social, behavioural or eating disorders.

ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK

Az alábbi kizárások a Biztosítási szerződés valamennyi részére vonatkoznak. A biztosító nem téríti meg:

1. Az olyan 162 500 Ft-ot meghaladó összegű szolgáltatási igényeket, melyekhez társaságunk előzetesen nem járult hozzá. Amennyiben társaságunk olyan egészségügyi ellátáshoz adja hozzájárulását, melyről később kiderül, hogy a szerződéskötést megelőzően fennálló (pl. nem közölt, vagy a kockázatviselésből kizárt) betegséghez kapcsolódik, a Biztosított köteles valamennyi költséget viselni, beleértve az általunk korábban megtérítetteket is. Ilyen esetben a Biztosított köteles a társaságunk által korábban teljesített valamennyi kifizetést visszatéríteni.
2. Azokat a szolgáltatási igényeket, melyeket a biztosítási eseménnyel összefüggésben igénybe vett egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás utolsó napjától számított 2 éven túl nyújtanak be társaságunkhoz, illetve a számlával vagy az elvégzett vizsgálat(ok)ról szóló orvosi dokumentummal nem alátámasztott költségtérítési igényeket.
3. Meglévő betegségekre vonatkozó szolgáltatási igényeket, kivéve ha azokat előzetesen írásban kifejezetten elfogadtuk.
4. Az olyan költséget, egészségügyi ellátás, egészségügyi vagy fogászati és fogat érintő szájszészeti állapothoz kapcsolódó kezelés költségét, mely a jelen biztosítási szerződésben biztosítási eseményként kifejezetten nem nevesített, vagy orvosszakmai szempontból nem indokolt.
5. Azon fekvőbeteg ellátások költségeit, amelyek esetében a biztosított egészségi állapota alapján az orvosszakma szabályai nem indokolják a fekvőbeteg ellátást (így különösen, ha fekvőbeteg ellátás igénybevételére kizárólag az egészségügyi ellátóhely és a biztosított lakóhelye közötti távolság miatt kerül sor).
6. A szolgáltatás felső határát (limitet) meghaladó térítési igényeket.
7. A biztosítási kötvényben meghatározott fix összegű önrészt.
8. Az aktuális biztosítási időszak lejártát követően felmerülő költségeket, kivéve, ha a biztosítási szerződés újabb 12 hónap időtartamra megújításra került.
9. A Biztosított által elkövetett szándékos, rosszhiszemű, jogellenes cselekmények vagy bűncselekmények következményeit, beleértve a valótlan adatok közlését, illetve lényeges körülmények elhallgatását is.

12. Any cost or treatment from any suicide, attempted suicide, deliberate self-inflicted injury, negligent or reckless behaviour and/or needless self-exposure to peril, except in an attempt to save human life.
13. Any investigations or treatment (including cosmetic surgery) for obesity, eating disorders, weight problems or weight loss whether or not resulting from any medical or psychological condition.
14. Any testing or medical treatment for learning difficulties, autism, hyperactivity, attention deficit disorder, speech therapy for childhood speech impediments, social or behavioural problems or child development.
15. Any cosmetic, remedial treatment and/or surgery or any kind of consequent treatment which is carried out to change or restore your appearance as a result of any medical or psychological condition, injury or previous surgery. Reconstructive surgery will be considered, if it is a direct result of any disfiguring accident or surgery for cancer (such as breast cancer) providing the accident or cancer occurs and treatment is provided during the period that you are covered by the Policy.
16. Any costs to correct short or long sight or any other eye defect (e.g. squint), unless caused as a result of an accident or medical condition occurring during the contract year. If the reason for the eye examination is vision correction, then the examination is considered a screening examination.
17. Dental services and treatments or oral surgical care involving teeth, unless the insurance contract for the insured also includes the optional dental package.
18. Treatments related to congenital conditions, except for the period specified for congenital conditions in line 16 of the table of benefit.
19. Any investigations into, and treatment of, loss of hair and any hair replacement unless the loss of hair is due to cancer treatment.
20. Any accommodation and treatment costs in hydro, spa, nature clinic, health farm or the alike.
21. Any investigations or treatment for sleep disorders (including sleep apnea and insomnia).
22. Any costs in connection with treatment, service or drug therapy that is deemed by us to be experimental or unproven based on generally accepted medical practice or provided by an unlicensed physician or any close relative.
23. Any procedures or treatment related to Genetic testing and examinations, except those which are financed by the Hungarian social security, regardless of whether the insured is insured by the Hungarian social security.
10. Orvosi kezelés alkohol-, kábítószer- vagy egyéb kábító hatású anyag hatása illetve függőség miatt, beleértve az ezekkel kapcsolatban közvetlenül vagy közvetetten kialakuló egészségügyi állapotokat vagy fizikai sérüléseket is.
11. Függőségek, kényszerbetegségek, szociális-, magatartás- és evészavarok egészségügyi ellátását és/vagy kezelését.
12. Öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet, önmagának szándékosan okozott sérülések, hanyagság vagy gondatlan magatartás és/vagy szükségtelen kockázatvállalás következményeinek egészségügyi ellátását illetve ezek költségeit, életmentés esetét kivéve.
13. Kóros elhízás, evészavarok, súlyproblémák vagy fogyás kivizsgálását illetve egészségügyi ellátását (beleértve a plasztikai eljárásokat is), függetlenül attól, hogy ezek fizikai vagy lelki betegségek következményeként alakultak-e ki.
14. Tanulási nehézségek, autizmus, hiperaktivitás, figyelemzavar, gyermekkori beszédhibák logopédiai korrekciója, szociális és viselkedészavarok, fejlesztési igények felmérését vagy egészségügyi ellátását.
15. Olyan kozmetikai, esztétikai kezelés és/vagy műtét, az ezekhez kapcsolódó egészségügyi ellátással együtt, melynek kizárólagos célja a biztosított külső megjelenésének megváltoztatása vagy valamely fizikai, pszichológiai állapot, sérülés vagy korábbi műtét következményeként szükséges helyreállítása. A helyreállító sebészeti eljárások fedezetét a Biztosító mérlegeli, amennyiben azok testi fogyatékossgát okozó baleset vagy rosszindulatú daganat (pl. mellrák) sebészeti eltávolítása miatt szükségesek, feltéve, hogy a betegség vagy baleset, illetve a műtét, valamint a helyreállító műtét a kockázatviselés tartama alatt következik be.
16. Rövidlátás, távollátás vagy egyéb látásprobléma (pl. kancsalság) korrekciójához kapcsolódó költségeket, kivéve ha a biztosítási időszak alatt bekövetkező baleset vagy betegség következtében merülnek fel. Amennyiben a szemészeti vizsgálat indoka a látás korrekciója, akkor a vizsgálat szűrővizsgálatnak minősül.
17. A fogászati- és bármely fogat érintő szájsebészeti ellátások és kezeléseik, kivéve, ha a biztosítottra vonatkozóan a biztosítási szerződés az opcionális fogászati csomagot is tartalmazza.
18. A veleszületett rendellenességekkel kapcsolatos ellátásokat, kivéve a szolgáltatási táblázat 16. sorában a veleszületett rendellenességekre vonatkozóan meghatározott időtartamra.
19. Hajhullás okai kivizsgálásának, kezelésének illetve bármely hajpótlási eljárás költségeit, kivéve ha a hajhullás rákos kezelés következménye.
20. Gyógyfürdőkben, gyógyüdülőkben, természetgyógyászati klinikákon, egészségfarmokon és hasonló intézményekben végzett kezelések és szállás költségeit.

24. Any cost relating to artificial heart implantation.
25. Any costs relating to artificial Life Maintenance including life support machine use where such maintenance is judged by treating doctor that it will not result in recovery or restore you to your previous state of health.
26. Any medical Treatment associated with cryopreservation, implantation or reimplantation of living/stem cells or living tissue whether autologous or provided by a donor, other than for Tissue Transplants as defined, and not exceeding the Policy Limits.
27. Any investigations and treatment of any sexual problems or dysfunction and any treatment for sexually transmitted diseases (STDs). Any events related in whole or in part to the testing, care, treatment, complications of Human Immunodeficiency Virus or HIV related illness and the side effects of HIV treatment, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS related complex (ARC) and any similar infections, illnesses, injuries or medical conditions arising from these conditions, however caused.
28. The insurance does not cover pregnancy and childbirth, if the conception took place before the expiration of 12 months period after the start of cover for the given insured. The insurance company considers that the conception took place before 12 months after the start of cover for the given insured, if there are less than 650 (=365+285) days between the start of cover for the given insured and the date recorded as the expected date of birth in the official document documenting the pregnancy (e.g. pregnancy booklet).
29. Any costs related to contraception, infertility and any related condition, sterilisation or any other form of assisted reproduction, surrogacy (if you or anyone else acts as surrogates) or family planning.
30. Any treatment including counselling and psychotherapy or any surgical procedure which is directly or indirectly associated with gender reassignment.
31. Any claim resulting from either travel or physical activity which has been undertaken against medical advice.
32. In the case of a competing athlete over 12 years old, the both knees, ankles, shoulders and backbone of the insured are excluded from the insurance coverage, with the exception of claims arising from a fracture or crack of bones. Furthermore, any claims related to any incident occurring during the performance of any sport activity by competing athletes are also excluded.
33. The insurance does not cover events arising from the insured's engagement in any of the following sports activities: auto-motor sports (e.g. auto-crash, kart racing, moto-cross racing,
21. Alvászavarok (így különösen az alvási apnoé és inszomnia) kivizsgálásának és kezelésének költségeit.
22. Bármely olyan egészségügyi ellátás, szolgáltatás vagy gyógyszeres kezelés költségeit, melyet társaságunk az általános orvosszakmai ismeretek alapján kísérleti jellegűnek vagy klinikailag nem igazolhatónak ítél, illetve melyeket engedéllyel nem rendelkező orvos vagy közeli hozzátartozó végez.
23. Genetikai tesztekhez és vizsgálatokhoz kapcsolódó eljárások és egészségügyi ellátás költségeit, kivéve azokat, amelyeket a magyar társadalombiztosítás finanszíroz, függetlenül attól, hogy a biztosított a magyar társadalombiztosításban biztosított-e.
24. A műszív kezeléshez kapcsolódó bármely költséget.
25. Mesterséges életben tartás, ideértve a lélegeztető gép alkalmazásának költségeit, amennyiben a kezelő orvos megítélése alapján a biztosított felépülése, korábbi egészségi állapotának helyreállítása ésszerűen nem várható.
26. Krioprezervációhoz, élő- vagy őssejtek, szövetek beültetéséhez vagy átültetéshez kapcsolódó költségek, függetlenül attól, hogy az autológ vagy donoros, kivéve a jelen feltételekben meghatározott Szövet átültetéseket a Biztosítási limitek erejéig.
27. Szexuális problémák vagy működési zavarok kivizsgálásának vagy kezelésének költségeit, valamint bármely szexuális úton terjedő betegség (STD) egészségügyi ellátásának költségeit. A HIV fertőzés vizsgálatával, gondozásával, kezelésével, szövődményeivel, és a HIV fertőzés kezelésének mellékhatásaival részben vagy egészben összefüggő betegségek egészségügyi ellátásával kapcsolatos költségeket, ideértve a Szerzett Immunhiányos Tünetegyüttest (AIDS), AIDS-hez kapcsolódó tünetegyüttest (ARC) illetve hasonló fertőzéseket, betegségeket, sérüléseket és állapotokat, kiváltó okuktól függetlenül.
28. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a terhességre és a szülésre, ha a fogamzás az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 12 hónap elteltét megelőzően történt. A biztosító úgy tekinti, hogy a fogamzás az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 12 hónapot megelőzően történt, ha az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kiskönyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 650 (=365+285) nap van.
29. A fogamzással, meddőség megszüntetésével és hasonló állapotokkal, a sterilizációval, valamint a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos eljárás, illetve a béranyaság (akár a biztosított, akár harmadik fél a béranya) költségeit.
30. A nemi jelleg megváltoztatásával akár közvetve, akár közvetlenül kapcsolatos tanácsadás, pszichoterápia, sebészeti eljárás költségeit.

ability competitions by car), any form of automobile racing, caving, cave expeditions, BASE jumping, BMX-cross racing, BMX and skate racing, speed biking, bungee jumping, scuba diving under 40m, one-arm and open sea sailing, parachuting, indoor rock climbing, mountaineering, rock climbing from grade 5 upwards, hot-air ballooning, jetskiing, flying an airship, high mountain expeditions, power-boat racing, motorcycle racing, private and sport flying, aviation sports (parascending, travelling by airship, paragliding, motor-assisted gliding, soaring, hang-gliding and micro-light flying, gliding, aerobatics), parachute jumping, BASE jumping, quad racing, rally, whitewater rafting, waterskiing, hydrospeed, canyoning, surfing, mountainboard, aerial skiing, ski jumping, snowboarding, wrestling.

34. Any expenses relating to search and rescue operations to find an Insured Person in mountains, at sea, in the desert, in the jungle and similar remote locations including air / sea rescue charges for Evacuation to shore from a vessel or from the sea.
35. Any travel outside the Area of Coverage specified on the certificate of insurance for more than the number of days shown in the Table of Benefits in any one Period of Insurance.
36. Any treatment required as a result from exposure to asbestos.
37. Any claim arising from the insured person being under military authority or engaged in activities involving the use of firearms or physical combat or in an area of military conflict, except during leave or in an authorised shooting range.
38. Any claim which were caused or contributed to by the use, release or threat of any nuclear weapon, device or chemical or biological agent.
39. Any claim resulting from war, invasion, act of foreign enemy, hostilities (whether war be declared or not), civil war, rebellion, revolution, insurrection, military or usurped power or taking part in civil commotion or riot of any kind.
40. Any bodily injury or illness caused by an Act of Terrorism, except where such injury/illness is sustained as an innocent bystander excluding any Act of Terrorism involving the use of nuclear weapons or devices, chemical or biological agents. For the purpose of this exclusion, an act of terrorism means an act, including but not limited to the use of force or violence and/or the threat thereof, of any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organisation(s) or government(s), committed for political, religious, ideological or similar purposes or reasons including the intention to influence any government and / or to put the public, or any section of the public, in fear).

31. Orvosi tanács ellenére végzett fizikai tevékenységből vagy utazásból eredő szolgáltatási igényeket.
32. 12 év feletti versenyző sportolók esetén a biztosított mindkét térdé, bokája, válla és gerince a biztosítási védelemből ki van zárva, kivéve, ha a szolgáltatási igény alapja csonttörés, csontrepedés. Továbbá a versenyző sportolók bármely sporttevékenység végzése közben bekövetkező bármely eseményével kapcsolatos szolgáltatási igények is kizárás alá tartoznak.
33. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított alábbi sporttevékenységével összefüggő eseményekre: autó-motor sportok (pl. autó-crash vagy roncsautó sport, gokart, moto-cross, ügyességi versenyek gépkocsival), gépkocsiverseny bármely fajtája, barlangászat, barlangi expedíció, bázisugrás, BMX-cross, BMX és skate, gyorsasági kerékpár, bungee jumping (mélybe ugrás), búvárkodás 40 m alá, egykezes és nyílttengeri vitorlázás, ejtőernyőzés, falmászás, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, hőléggallonozás, jet-ski, léghajózás, magashegyi expedíció, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, privát-/ sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, vitorlázó és motoros repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, ejtőernyős ugrás, műrepülés), bázisugrás quad, rally, vadvízi evezés, vizisi, hydrospeed, canyoning, surf, mountainboard, síakrobatika, síugrás, snowboard, pankráció.
34. A Biztosított hegyi, tengeri, sivatagi, dzsungelben vagy hasonló távoli helyeken történő felkutatásához és mentéséhez kapcsolódó költségeket, ideértve a Kimenekítéshez szükséges légi és tengeri mentéseket a tengerből vagy tengeri hajóról a partra.
35. A biztosítási kötvényen megjelölt területi hatályon kívüli területen történő tartózkodás során igénybe vett ellátásokat, a szolgáltatási táblázatban egy adott biztosítási időszakra megjelölt napok számán túl.
36. Azbeszttel kapcsolatos károsodások egészségügyi ellátásának költségeit.
37. Fegyveres erőknél szolgáló vagy fegyveres szolgálatot teljesítő, vagy fizikai harcokban részt vevő vagy háborús övezetben tartózkodó biztosítottokra bejelentett szolgáltatási igényeket, kivéve eltávozás alatt vagy engedélyezett lőtéren történő eseményeket.
38. Nukleáris fegyverek vagy eszközök használatából, kibocsátásából, illetve mérgező anyagokkal vagy veszélyes biológia anyagokkal kapcsolatos munkavégzésből eredő szolgáltatási igényeket.
39. Háborús eseményekből, így különösen háborúból (hadüzenettel vagy anélkül), invázióból, határviellongásokból, felkelésből, forradalomból, zendülésből, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháborúból vagy bármely egyéb zavargásból eredő szolgáltatási igényeket.

41. Any costs incurred where the insured person has travelled to a country or specific area which their Government or Embassy (in home country) have advised against travelling to under any circumstances.
42. Any administration charges applied by any medical practitioner or facility.
43. Any expense which at the time of happening is covered by any other insurance Policy, benefit or state scheme. If there is any other cover in effect which may pay in respect of the event for which the insured person is claiming, the insured person must tell us at the time he/she first contacts us.
44. Any losses which are not directly covered by the terms and conditions of this Policy (examples of losses We will not pay for include loss of earnings due to being unable to work as a result of illness or injury).
45. Any costs incurred directly or indirectly due to natural calamities (earthquake, flooding, storms, mudslides, landslides etc), epidemics, pandemics.
46. Any loss, damage, liability, claim, cost or expense of whatsoever nature, directly or indirectly caused by, contributed to by, resulting from, arising out of, or in connection with a Communicable Disease or the fear or threat (whether actual or perceived) of a Communicable Disease regardless of any other cause or event contributing concurrently or in any other sequence thereto.

40. Terrorcselekménnyel kapcsolatos sérülések és betegségek ellátásának költségeit, kivéve ha a sérülést/betegséget a Biztosított véten kívülállóként szenved el, ide nem értve a nukleáris, vegyi vagy biológiai fegyverek és eszközök használatával együtt járó terrorcselekményeket. Jelen kizárás alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen, de nem kizárólag az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, vagy hasonló célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, függetlenül attól, hogy egyetlen személy vagy személyek csoportja, önállóan vagy bármely szervezet nevében követi-e el.
41. Olyan költségeket, ahol a biztosított olyan országba vagy területre utazott, melyet a Kormány vagy a Külügyminisztérium (az állampolgárság szerinti országban) az adott körülmények között beutazásra veszélyesnek nyilvánított.
42. Az orvos vagy az egészségügyi intézmény által felszámított adminisztrációs költségeket.
43. Olyan költségeket, melyek a biztosítási esemény időpontjában bármely más biztosítási szerződés, vagy állami program alapján megtérítésre kerülnek. Amennyiben a biztosított rendelkezik olyan érvényes biztosítás fedezettel, amely alapján a szolgáltatási igény alapjául szolgáló biztosítási esemény térítésre kerülhet, a biztosított köteles erről Társaságunkat az első kapcsolatfelvételnél tájékoztatni.
44. A Biztosítási szerződés feltételeiben nem nevesített károkat (a biztosító kockázatviselésébe nem tartozó károk közé tartozik például a betegség vagy baleset következtében felmerülő jövedelem kiesés).
45. A természeti csapások (földrengés, áradások, viharok, iszapcsuszamlások, földcsuszamlások stb.), valamint a járványok, világjárványok miatt közvetlenül vagy közvetve felmerült költségeket.
46. Bármilyen jellegű veszteséget, kárt, felelősséget, kártérítést, kárigényt vagy költséget, amelyet közvetlenül vagy közvetve a fertőző betegséggel való megfertőzöttség (akár tényleges, akár vélt) vagy az attól való félelem okozott, vagy ahhoz hozzájárult, vagy abból ered, vagy azzal összefüggésben áll; függetlenül attól, hogy bármely más ok vagy esemény is hozzájárult a fertőzéssel egyidejűleg vagy azt közvetlen megelőzően, vagy követően.

ADMINISTRATION AND GENERAL INFORMATION

Eligibility

The MediHelp International Plan is designed for individuals and companies.

The contract shall be validly concluded and enters into force at 00.00 a.m. on the day following the payment of the first premium, provided that the policyholder has paid the first premium on the contract pursuant to a pro forma invoice issued by Us, and We have accepted the policyholder's application within the period available for underwriting the policy by issuing a Certificate of Insurance.

In case when the Policyholder is a consumer, the policy shall be executed – by our implicit conduct – on the terms of the application, also if We fails to respond to the insurance application within fifteen (15) days of its receipt, or sixty (60) days if medical underwriting is required for the assessment of the application, provided that the application was made on the our own standard application form for the type of policy in question, upon receipt of the relevant statutory information, containing the premium rates applicable. **In that case, the insurance policy will be concluded on the day following the end of the underwriting period, with retroactive effect to the date when We were delivered the insurance application.**

If a policy which is concluded without the express statement of Us derogates in material terms from the standard insurance terms and conditions, We will have 15 days of the conclusion of the insurance policy to propose that it be modified according to the standard terms. **If the policyholder refuses the proposed modification or fails to respond to it within 15 days, We may terminate the policy giving 30 days.**

Any person who wishes to be covered by the Policy is eligible subject to us receiving the relevant application from provided they are aged under 70 at their date of application.

We are entitled to refuse or accept an application submitted by policyholder and also reserve the right to ask for evidence of age, state of health (including medical records) and employment status at any time.

Our company shall determine the entry age of the insured by deducting the insured's year of birth from the calendar year in which the insurance coverage with respect to the particular insured takes effect.

Our company is entitled to send the information related to the management of the insurance contract to the Policyholder electronically, as well as to issue the invoice on the insurance premiums electronically in electronic format.

A SZERZŐDÉS KEZELÉSE ÉS ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

Jogosultság

A MediHelp Nemzetközi Egészségbiztosítás egyéni és csoportos formában is megköthető.

A szerződés érvényesen létrejön és az első díj megfizetését követő napon 00.00 órakor hatályba lép, ha a szerződő a szerződés első díját a Társaságunk által kibocsátott díjbekérő alapján megfizette és a szerződő ajánlatát Társaságunk a rendelkezésére álló kockázatbírálási határidőn belül kötvény kiállításával elfogadta.

Amennyiben a Szerződő fogyasztó, a szerződés ráutaló magatartással (hallgatólagosan) akkor is létrejön az ajánlat szerinti tartalommal, ha társaságunk az ajánlatra, annak beérkezésétől számított tizenöt (15) napon – egészségi kockázatbírálás esetén hatvan (60) napon – belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, társaságunk által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a szerződés az ajánlatnak a társaságunk részére történt átadásának időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatbírálási idő eltelétét követő napon jön létre.

Ha társaságunk kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a feltételektől, akkor társaságunk a biztosítási szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a feltételeknek megfelelően módosítsák. **Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, társaságunk a szerződést 30 napra írásban megszüntetheti.**

A biztosítási szerződést megkötheti bárki, aki megfelel a szerződés támasztotta kritériumoknak, a biztosítási ajánlatot kitölti és társaságunk részére eljuttatja. A biztosított olyan természetes személy lehet, aki az ajánlattétel, illetve a biztosítási nyilatkozat megtétele időpontjában 70. évesnél nem idősebb.

A szerződő által megküldött biztosítási ajánlatot társaságunk jogosult elutasítani vagy elfogadni; társaságunk jogosult továbbá a biztosítandó személy korára, egészségi állapotára és alkalmazotti státuszára vonatkozóan bizonyító dokumentumokat bekérni (beleértve az orvosi dokumentációt is).

Társaságunk a biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosított születésének évszámát levonja annak a naptári évnek az évszámából, amely évben az adott Biztosított vonatkozásában a kockázatviselés megkezdődik.

Társaságunk jogosult a biztosítási szerződés kezelésével kapcsolatos információkat elektronikus úton megküldeni a Szerződő részére, valamint a biztosítási díjakról szóló számlát elektronikus úton, elektronikus formátumban kiállítani.

A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igénnyel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésével, kármegelőzéssel kapcsolatos, valamint a biztosítási díjról szóló



Information on the management of insurance contracts is as follows: information on the conclusion, modification, termination of the insurance contract, service, claims settlement, availability of services, administration, damage prevention, and information on the insurance premium. For information about the electronic invoice, see the generali.hu's web address.

Start of cover

The insurance cover starts at 00.00 a.m. on the day following the date when the first premium/premium instalment is paid, as stated on the Certificate of Insurance. The term of the insurance cover shall correspond to the term of contract.

Renewal of insurance contract

The renewal of the insurance contract is an agreement concluded in respect of covered services and insurance premiums for the next one-year period, or in the case of group contracts with a term longer than one year, for the next term of contract, taking into account any changes which occurred in the previous period of insurance.

The insurance contract can be renewed at the end of the definite term of the contract, provided that We send the policyholder a renewal proposal **no later than 30 days** prior the insurance renewal date (anniversary).

Our renewal proposal will contain details of the insurance cover We agree to provide for the next insurance year, or in the case of group contracts with a term longer than one year for the next term of contract, as well as any changes to the benefit plan and the insurance premium payable. The insurance premium depends on the age and state of health of the insured.

The insurance contract will be renewed if **the policyholder accepts the renewal proposal and returns the duly signed (if the policyholder is a consumer, then also needs to be signed by the insured person(s)) Renewal Form to Us before the next insurance renewal date, and pays the insurance premium for the next period of insurance no later than by the policy renewal date.**

If the insurance contract is not renewed, it will terminate on the last day of the contract term.

Cooling off period

If, when reading the Policy, you decide that it does not meet your requirements, please notify us within 30 days of the Start/Renewal Date. On condition that you have not already made a Claim in that period and accept that you cannot make one later, We will refund any premium you have paid for that period. The contract/renewed contract between you and Us will be annulled, which means it will be treated as if it had never existed.

információk. Az elektronikus számlával kapcsolatos tudnivalók a biztosító generali.hu webcímén ismerhetők meg.

A kockázatviselés kezdete

A Biztosító kockázatviselése az első díj/díjrészlet befizetését követő napon 00.00 órakor kezdődik, melyet a is kötvényen feltüntetünk. A kockázatviselés tartama **megegyezik a szerződés tartamával.**

A szerződés megújítása

A szerződés megújítása a következő egy éves időtartamra, illetve egy évnél hosszabb tartamú csoportos biztosítás esetén a megújítás tartamára érvényes szolgáltatásokra és díjra vonatkozó megállapodás keretében, az előző biztosítási időszakban bekövetkezett változások figyelembevételével.

A biztosítási szerződés a határozott tartam elteltével megújítható, feltéve, hogy Társaságunk a biztosítási évforduló előtt **legalább 30 nappal** a szerződő részére megújítási javaslatot küld.

A biztosító megújítási javaslata tartalmazza a biztosító által a következő biztosítási évre, illetve egy évnél hosszabb tartamú csoportos biztosítás esetén a biztosító által a megújítás tartamára vállalt biztosítási fedezetet, a szolgáltatási csomag esetleges változásait és a fizetendő biztosítási díjat. A biztosítási díj függ a biztosított életkorától és az egészségi állapotától.

A biztosítási szerződés megújításra kerül, **amennyiben a szerződő a következő biztosítási évforduló napjáig a megújítási javaslatot elfogadja és a Megújítási nyomtatványt Társaságunk részére aláírásával ellátva (amennyiben a szerződő fogyasztónak minősül, akkor a biztosított(ak) aláírásával is ellátva) visszaküldi, valamint a következő biztosítási időszakra vonatkozó díjat is megfizeti legkésőbb a biztosítási évforduló napjáig.**

A szerződés megújításának hiányában a szerződés a biztosítási szerződés tartamának utolsó napján megszűnik.

Elállási időszak

Amennyiben a biztosítási szerződés áttanulmányozása után Ön úgy dönt, hogy a biztosítás nem felel meg az igényeinek, úgy jogosult a hatálybalépés napjától/biztosítási évfordulótól számított 30 napon belül elállásáról társaságunkat értesíteni. Ha a vonatkozó biztosítási időszak alatt Ön szolgáltatási igényt nem nyújtott be és elfogadja, hogy a későbbiekben sem igényelhet szolgáltatást, úgy az időszakra vonatkozó addig megfizetett biztosítási díjat visszatérítjük. A szerződő és társaságunk között létrejött biztosítási szerződés/megújítás megszűnik, vagyis olyan, mintha az létre sem jött volna.



Adding/Removing

Please, contact MediHelp if you want to **add or remove insured**.

Joiners will be added to the Plan from 00:00 of the day following the notification and the signed Membership Declaration as Insured (insured statement) received by us (MediHelp) or such later date notified. Insured can be covered of the policy by filling the insured statements, and cover for an insured is effective from the date stated on the amended certificate of insurance. In case of an individual policy only the insured's newborn child can be enrolled during the contract year.

If the policyholder is a consumer and the policyholder and the insured are different persons, the insurance policy may only be concluded or the respective insurance coverage may only be modified if it is consented by the insured person in writing.

The insured statement can also be withdrawn any time in a written notice. In case of individual policy leavers will be deleted from the Plan at the end of the insurance period. In the case of a group contract, the insurance coverage for the given Insured shall cease at 00:00 on the day after the notification is received by our Company (MediHelp)..

The Policyholder is required to inform the insured persons of the content of the policy conditions and of any amendments made thereto.

New born babies are covered from birth provided you give us written notification with a completed Membership Declaration as Insured within 30 days from the date they were born. If you notify us after this period or with an incomplete Membership Declaration as Insured then we will add the new born child from the date we receive a fully filled in Membership Declaration as Insured and not their date of birth. Adding a new born can normally be done without filling out details of their medical history, however we will require their medical history if they are born as a result of any method of assisted conception or have been adopted. In such circumstances we reserve the right to apply particular restrictions to the cover we offer and may decline cover for babies born as a result of assisted conception until they reach 3 months of age.

Should the policyholder die or would like to leave the individual contract, their partner or spouse (provided they are already covered by the Policy) will automatically become the policyholder. **If the Policyholder is not a consumer, the insured may not replace the policyholder.** Premiums due or refundable in respect of such Insured Persons shall be charged or credited on a daily pro-rata basis.

Obligation of the Policyholder and the Insured to disclose information and report changes

You (Policyholder and Insured person) have a duty to disclose information and report changes. This means that at the time of concluding the contract or at the time when the insurance relationship is established or in case of notification of a service request related to the insurance contract, You (Policyholder and Insured) are required to declare to Us all circumstances which may be relevant

Biztosítottak be-/kiléptetése

Amennyiben **biztosítási fedezetét újabb biztosítottra kívánja kiterjeszteni, vagy a fedezetből biztosítottat szeretne kivonni**, vegye fel a kapcsolatot a MediHelpel.

A belépő Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete a beléptetési kérés és az aláírt Biztosítotti Nyilatkozat Társaságunkhoz (MediHelp) való beérkezését követő nap 00:00 órája, vagy egy később megjelölt dátum. A biztosítási jogviszony a biztosítotti nyilatkozat megtételével jön létre; a biztosító kockázatviselésének kezdete a módosított biztosítási kötvényen megjelölt időpont. **Egyéni szerződésbe biztosítási év közben csak a biztosított újszülött gyermekét lehet beléptetni.**

Amennyiben a szerződő fogyasztónak minősül, és a szerződő és a biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés létrejöttéhez és a szerződés adott biztosítottra vonatkozó részének módosításához az adott biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A biztosítotti nyilatkozat írásban bármikor visszavonható. Egyéni szerződés esetén a biztosítási fedezetből kilépő Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés a biztosítási időszak végével szüntethető meg. Csoportos szerződés esetén az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés a bejelentés Társaságunkhoz (MediHelp) való beérkezését követő napon 00:00 órakor megszűnik.

A Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a biztosítási szerződés tartalmáról és az abban bekövetkező valamennyi változásról.

Újszülött gyermekekre a kockázatviselés születésük napjától vonatkozik, amennyiben Ön a születés dátumától számított 30 napon belül ezt hiánytalanul kitöltött biztosítotti nyilatkozattal társaságunknak bejelenti. Amennyiben a bejelentést ezen időn túl vagy hiányosan kitöltött biztosítotti nyilatkozattal teszi meg társaságunk felé, úgy az újszülött gyermekekre vonatkozó kockázatviselés nem születésük napjától, hanem attól a naptól kezdődik, amikor a hiánytalanul kitöltött biztosítotti nyilatkozat társaságunkhoz beérkezik. Újszülött gyermek biztosítási jogviszonyához jellemzően nincs szükség egészségi nyilatkozatra, kivéve, ha fogamzása mesterséges megtermékenyítés bármely formájával történt, illetve ha örökbefogadott gyermekről van szó. **Ilyen esetekben a Biztosító fenntartja a jogot a kockázatviselés korlátozására, illetve mesterséges megtermékenyítéssel fogant gyermekek esetében a kockázatviselés elutasítására a gyermek három (3) hónapos koráig.**

Amennyiben a szerződő meghal, vagy nem kívánja az egyéni biztosítási szerződést fenntartani, házastársa vagy élettársa (amennyiben a biztosítási szerződésben Biztosítottként szerepel), automatikusan Szerződővé válik a szerződésben.

Amennyiben a szerződő nem minősül fogyasztónak, a biztosított a szerződő helyébe nem léphet. Ezen biztosítottak esetében a fizetendő vagy visszatérítendő biztosítási díjat a biztosító időarányosan napi elszámolással határozza meg.



with respect to undertaking the insurance, or to the assessment of requested service or claim and which We were or must have been aware of. You (Policyholder and Insured) have complied with your obligation to provide information if you answer all our questions asked, provided that such answers are complete, true and accurate. Not giving responses to the questions shall not mean in itself the breach of the obligation to provide information.

Throughout the whole insurance period You (Policyholder and Insured) are required to give written notification of any change in any relevant condition which have been disclosed on the insurance application or on the insured's statement or which have been specified in the policy, within 5 workdays following such change.

Relevant condition shall be everything that We have asked in written questions or We have required to be stated, in particular, Your (Policyholder's and Insured's) name, permanent or temporary residence, or registered seat, and e-mail address. If the Policyholder is a legal entity or an organization without legal personality, the name, telephone numbers and e-mail address of the contact person shall be considered as relevant condition addition to the above.

The insured is not required to communicate changes in his/her health or medical conditions.

Subject to your consent, We may verify any disclosed information, and for that purpose it may raise further questions about the health or job, or even require medical tests or a health check.

Attending medical examination or a health check shall not release you from your duty of disclosure.

If the obligation to provide information and report changes is breached, the insurer's obligations shall not arise, except if You (Policyholder or Insured) prove that the circumstance concealed or not notified was known by Us (the insurer) at the time of concluding the contract, or that it has not contributed to the occurrence of the insured event.

If We (the insurance company) become aware of relevant conditions regarding the policy, the insurance coverage of an insured or a change thereof only after the policy has been concluded, and these circumstances bring about a considerable increase in the insured risk, We (the insurance company) shall be entitled to complete underwriting with respect to the particular insured person(s), and as a result We (the insurance company) may propose within fifteen days after gaining knowledge thereof that the policy be amended or may cancel the coverage – with respect to the particular insured – in writing with thirty days' notice.

A considerable increase in the insured risk shall, in particular, include cases when had the insurance company known about the relevant conditions, it would have applied a surcharge, an exclusion from coverage, or it would have denied the coverage.

A Szerződő és a Biztosított közlési és változás bejelentési kötelezettsége

A Szerződő és a Biztosított kötelesek közlési és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.

A közlési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított szerződéskötéskor, illetve a biztosítotti jogviszony létrejöttékor és a biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentése esetén kötelesek a Biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítási kockázat elvállalása, valamint a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségüknek eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

A Szerződő és a Biztosított kötelesek a biztosítás fennállása alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a biztosítási szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását.

Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire társaságunk kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a Szerződő vagy a Biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, így különösen a Szerződő és a Biztosított neve, állandó lakcíme, illetve székhelyének címe, levelezési címe, email címe. Ha a Szerződő jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, akkor a fentiekén túl lényeges körülménynek minősül a kapcsolattartó neve, telefonszámai, email címe.

A Biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a Biztosítónak bejelenteni.

Társaságunk a Biztosított hozzájárulása alapján a közölt adatokat ellenőrizheti, és e célból az egészségi állapotára, foglalkozására vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi, egészségi vizsgálatot írhat elő.

Az orvosi, egészségi vizsgálat elvégzése a Szerződőt és a Biztosítottat a közlési kötelezettségük alól nem mentesíti.

A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő, illetve a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor, illetve a biztosítotti jogviszony létesítésekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést, vagy valamely biztosítotti jogviszonyt érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, akkor az adott Biztosított(ak) vonatkozásában kockázatbírálást végezhet, és ennek eredményeként a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés (biztosítotti jogviszony) módosítására, vagy a szerződést – annak az adott biztosítottat érintő részét – 30 napra írásban felmondhatja.



If We (the insurance company) fail to exercise this right, the insurance policy shall remain in force on the original terms.

If You (Policyholder or Insured) declare in writing that you does not accept the proposed modification within 15 days of its receipt, the insurance policy or the provisions proposed to be modified, will terminate on the 30th day after notification of the proposal for modification was given.

If the policyholder is a consumer, and the policyholder does not accept the proposed modification or does not respond to it within 15 days of its receipt, the insurance policy or the provisions proposed to be modified, will terminate on the 30th day after notification of the proposal for modification was given, provided that the insurance company has advised the insured of this legal consequence when sending out the notification.

If there are several insured persons in the contract, and the considerable increase of the insured risk only applies to certain insured persons, the insurance company may not exercise the rights set out in the foregoing with respect to the other insured persons.

If the policyholder is not a consumer and the Policyholder or the Insured does not respond to the proposed modification within 15 days of its receipt, the insurance policy (or the coverage of the particular Insured) is modified as set out in the proposed modification on the 30th day after notification of the proposal for modification was given, provided that We have advised the Insured of this legal consequence when sending out the notification.

Premiums

Policyholders have taken out the Policy with Us and are responsible for paying the premiums due under the Policy.

The premium shall be due on the first day of the period (year, half year, quarter) which it is payable for. The policyholder shall pay the premium using the payment method indicated in the insurance application. The policyholder must evidence the payment of the first premium/premium instalment by sending Us a proof of payment.

If the premium is not paid until its due date, the following procedure will be applied:

In case of an individual policy, if the policyholder fails to settle the regular premium by the due date, the insurance company will send the policyholder a written payment reminder setting an additional deadline of at least 30 days, including advice on the legal consequences of payment default. If the policyholder fails to comply with his payment obligation within the additional period, the policy will be terminated and the insurance company will cancel the insurance policy with retroactive effect to the due date, unless the insurance company forthwith moves to enforce its claim by judicial process.

Jelentős kockázatnövekedésnek minősül különösen, ha a Biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a szerződésre vonatkozóan kizárást vagy elutasítást alkalmazna. Ha a Biztosító e jogával nem él, a szerződés (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) az eredeti tartalommal marad hatályban.

Ha a Szerződő fél/Biztosított a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban nyilatkozik arról, hogy a módosító javaslatot nem fogadja el, a szerződés, vagy a szerződésnek az adott biztosítottra vonatkozó része (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik.

Amennyiben a szerződő fogyasztónak minősül, és a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a biztosítási szerződés, vagy annak módosító javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha erre a következményre a biztosító a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.

Amennyiben a szerződésben több biztosított szerepel és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése csak egyes biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a biztosító az e pontban meghatározott jogait a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.

Amennyiben a szerződő nem minősül fogyasztónak, és a Szerződő/Biztosított a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) a módosító javaslatban foglaltak szerint módosul a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon, feltéve, hogy a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő fél/Biztosított figyelmét felhívta.

Biztosítási díj

A biztosítási szerződést társaságunkkal megkötő Szerződő kötelezettséget vállal a biztosítási szerződés alapján esedékes biztosítási díj megfizetésére.

A díj annak az időszaknak (biztosítási év, félév, negyedév) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A szerződő a biztosítási díjat a biztosítási ajánlaton megjelölt módon fizetheti meg.

A szerződő az első díj/díjrészlet megfizetését köteles a Biztosító részére igazolni a befizetés bizonylatának megküldésével.

Késedelmes fizetés esetén a Biztosító az alábbi eljárást alkalmazza:

Egyéni biztosítás esetén amennyiben a szerződő a biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet legalább 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. Ha a szerződő a kitűzött póthatáridőig fizetési kötelezettségét nem teljesíti és a biztosító késedelem nélkül nem érvényesíti díjkövetelését bírósági úton, akkor a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik és Társaságunk ezzel a hatállyal törli a szerződést.



If only a part of the due premium is paid, and our request – made in accordance with the provisions on premium payment default – to the policyholder for payment of the sum owed proved unsuccessful, the policy shall remain in force for a term to which the premium paid corresponds..

In case of a group policy – taken out by a policyholder who is not a consumer – if the policyholder fails to pay the regular premium within 60 days of the due date, the contract will be terminated with retroactive effect to the due date, even if the insurance company has not given written notice thereof, and We will cancel the contract with effect from that date.

Reactivation

The policyholder may request, within 120 days of the due date of the first unpaid insurance premium, the reinstatement of an **insurance cover which had been terminated** due to the non-payment of premiums (reactivation), in addition to the settlement of any outstanding premiums. In this case We shall be entitled to carry out underwriting once again, and conditionally, accept or reject the request without giving reasons.

In such a case the insurance cover is reinstated as at 0 a.m. of the day following the payment of the premium (premium instalments) due, retroactive to the date of termination of the contract. As a result of the reactivation, the insurance cover shall be continuous.

Rules of Modifying the Insurance Premium in the case of group contracts with a term longer than one year

In order to preserve the fee-for-service feature of the insurance and by application of the principle of risk proportionate premiums, the insurance company may modify the basic premium rate once a calendar year as per the following:

a) Premium Adjustment

While the insurance policy is in force, the insurance company may modify the insurance premium rate, taking account of significant changes in risk factors, in particular a significant, at least 4%, change in the frequency of receiving medical care services covered under the insurance, based on the statistical data produced by the KSH and the insurance company's own risk pool data in the calendar year following the inception date of the policy, or changes in social charges on insurance. Premium rates may be adjusted in proportion to the said changes in risk factors but by a maximum of 100%, with effect from the next renewal date of the insurance policy.

b) regardless of the above, the insurance premium will also be changed in the event that the insurer makes a proposal to the policyholder to change the insurance premium with effect from the date of the next anniversary of the insurance contract. Any premium review is due to especially international factors, such as the rising cost of medical treatment, as well as personal ones given by the changing of your age band.

Ha az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg, és a Biztosító – a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok megfelelő alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a Szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.

Csoportos biztosítás – nem fogyasztói szerződés – esetén, amennyiben a szerződő a rendszeres biztosítási díjat az esedékesség időpontjától számított 60 napon belül nem egyenlíti ki, a szerződés a biztosító írásbeli figyelemfelhívása hiányában is megszűnik az esedékesség napjára visszamenő hatállyal és Társaságunk ezzel a hatállyal törli a szerződést.

Reaktiválás

A szerződőnek lehetősége van az elmaradt biztosítási díjak rendezése mellett – az első elmaradt díj esedékességétől számított 120 napon belül – a díjfizetés elmulasztása miatt megszünt szerződés szerinti biztosítási fedezet helyreállítását kérni (reaktiválás). Ebben az esetben a biztosító jogosult újabb kockázatbírálást végezni, és a kérést elfogadni vagy indokolás nélkül elutasítani.

Ebben az esetben a biztosító kockázatviselése az elmaradt díj (díjrészek) befizetését követő nap 0. órájától a szerződés megszűnésének időpontjára visszamenő hatállyal helyreáll. A reaktíválás eredményeként a biztosító kockázatviselése folyamatos.

A biztosítási díj módosításának szabályai egy évnél hosszabb tartamú csoportos biztosítás esetén

A biztosítások költségfedező képességének megőrzése és a kockázatarányos díj elvének alkalmazása érdekében a biztosító naptári évenként egyszer a biztosítási díjat az alábbi esetek szerint módosíthatja:

a) díjgázítás

A biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosító a biztosítás díjának mértékét a kockázati tényezők, így különösen a biztosítással fedezett egészségügyi ellátások igénybevétele gyakoriságának – a KSH statisztikai adatai és a biztosító saját veszélyközösségének az adatai alapján meghatározott-, a módosítás hatálybalépését megelőző naptári évben bekövetkezett, jelentős, legalább 4%-ot meghaladó változására, vagy a biztosítási szolgáltatást érintő közterhek megváltozására figyelemmel, a biztosítási szerződés következő évfordulójának napjától kezdődő hatállyal, a megváltozott körülményekkel arányos mértékben, de legfeljebb 100%-os mértékben módosíthatja.

b) A fentiekben foglaltaktól függetlenül a biztosítási díj abban az esetben is módosul, ha a biztosító a biztosítási díjnak a biztosítási szerződés következő évfordulójának napjától kezdődő hatállyal történő módosítására tesz javaslatot a szerződő részére. A díjmódosításra különösen a nemzetközi trendek, így az egészségügyi ellátás költségeinek növekedése, illetve a biztosított életkorának növekedése adhat okot.



If the insurance premium is adjusted in line with the foregoing, the insurance company is required to notify the policyholder in writing of the premium adjustment and its rate at least 30 days before the effective date of the adjustment.

If the policyholder does not wish to maintain the insurance with the proposed modifications communicated by the insurance company, the policyholder may cancel the insurance policy without a notice period – prior to the policy renewal date – with effect from the policy renewal date.

In the absence of such termination, the policyholder is required to pay the modified amount of the insurance premium with effect from the insurance policy's renewal date.

If the policyholder is not a consumer, the Insured's consent is not required to amend the insurance contract.

Termination

Your insurance contract and cover will end in each of the following situations:

1. Policyholder has **failed to pay any premium** as per premium and policy terms and conditions. The insurance cover shall cease on the last day for which the insurance premium has been paid.
2. If the policyholder dies and there is no insured in the contract who would automatically become a policyholder or terminate without legal successor, at the time of death or termination without legal successor.
3. At the end of the term of contract, if you do not renew the Policy..
4. In the event of the **subsequent termination** (by the Insurer) of a policy concluded by implicit conduct (implicit policy).
5. In the event of a change in relevant conditions affecting the insurance contract, or in the event of a breach of the obligation to disclose information and report changes, if the insurer terminate the contract due to that.

In addition to the above, the group insurance contract with a term longer than one year and with it the insurance cover also ceases in the following cases:

1. if the policyholder or the insurer terminates the contract in writing, with the day of the insurance anniversary – no later than 30 days before the insurance anniversary.
2. if the policyholder – as a rejection of the insurance company's premium change proposal – terminates the contract in writing, with the day of the insurance anniversary, before the anniversary – regardless of the notice period.

A biztosítási díj jelen pont szerinti módosítása esetén a biztosító a biztosítási díj módosításáról és annak mértékéről a módosítás hatálybalépését legalább 30 nappal megelőzően írásban értesíti csoportos biztosítás szerződőjét.

Amennyiben a szerződő a biztosító által közölt módosításokkal a csoportos biztosítási szerződését nem kívánja fenntartani, a szerződést a biztosítási évfordulóra, az évfordulót megelőzően – felmondási idő figyelembevétele nélkül – írásban felmondhatja.

Felmondás hiányában a szerződő a biztosítási évforduló napjától kezdődő hatállyal a megváltozott mértékű biztosítási díjat köteles megfizetni..

Amennyiben a szerződő nem minősül fogyasztónak a biztosítási szerződés módosításához a Biztosított hozzájárulása nem szükséges

Megszűnés

A biztosítási szerződés és ezzel együtt a biztosító kockázatviselése megszűnik az alábbi esetekben:

1. Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat a díjfizetési illetve szerződéses feltételeknek megfelelően **nem fizeti meg**. A kockázatviselés az utolsó díjjal rendezett napon megszűnik.
2. **Ha a szerződő meghal és nincs olyan biztosított a szerződésben, aki automatikusan szerződővé válna vagy jogutód nélkül megszűnik**, az elhalálozás, illetve a jogutód nélküli megszűnés időpontjában.
3. A biztosítási szerződés tartamának végén, amennyiben a biztosítási szerződés nem kerül megújításra.
4. A ráutaló magatartással (hallgatólagosan) létrejött biztosítási szerződés **utólagos biztosítói felmondása** esetén.
5. Ha biztosítási szerződést érintő lényeges körülmények megváltozása, illetve a közlési- és változásbejelentési kötelezettség megsértése miatt a biztosító a szerződést felmondja.

A fentiekén túl az egy évnél hosszabb tartamú csoportos biztosítási szerződés és ezzel együtt a biztosító kockázatviselése megszűnik az alábbi esetekben is:

1. ha szerződő vagy a biztosító a szerződést írásban, a biztosítási évforduló napjával – legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 30 nappal – felmondja.
2. ha a szerződő - a biztosító díjmódosítási javaslatának elutasításaként - a szerződést írásban, a biztosítási évforduló napjára az évfordulót megelőzően – felmondási idő figyelembevétele nélkül – felmondja.

A fentiekén túl a biztosítónak az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselése az alábbi esetekben is megszűnik:

1. A biztosított halála esetén a halál időpontjával.
2. A szerződő a biztosított jogviszonyának megszüntetésére vonatkozó írásos kérése alapján a biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában egyéni szerződés esetén a biztosítási időszak végén, csoportos szerződés esetén a kérelem Társaságunkhoz (MediHelp) történő beérkezését követő napon 00:00 órakor megszűnik.



In addition to the above, the coverage of the particular Insured will terminate in the following cases:

1. In case of death of the insured, with the date of death.
2. On the basis of the policyholder's written request to terminate an Insured's coverage, the coverage of the given insured in the case of an individual contract shall cease at the end of the insurance period; in the case of a group contract at 00:00 hour of the day following the request has been received by our Company (MediHelp).
3. If the insured is not the policyholder, and withdraws the insured's statement, the coverage of the given insured in the case of an individual contract shall cease at the end of the insurance period, in the case of a group contract at 00:00 hour of the day following the notification has been received by our Company (MediHelp).

If any premium remains due, claims may be offset against the amount outstanding provided that the Insured is the same as the policyholder.

We will have no liability to pay for treatment or services received in connection with an insured event after the date the Policy is terminated even if treatment or service has already been pre-authorised but not received as at the date of termination.

In case of termination We may only accept and reimburse claims for any treatment received for You, or Insured or any dependents up to 2 years after the last date of treatment or service was given and You, or Insured or dependent was covered during the full time of treatment and the service.

3. A biztosított által – amennyiben nem ő a szerződő fél – a biztosítási szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának írásbeli visszavonásával, egyéni szerződés esetén az aktuális biztosítási időszak végén, csoportos szerződés esetén a bejelentés Társaságunkhoz (MediHelp) való beérkezését követő napon 00:00 órakor megszűnik.

Amennyiben a szerződésen díjhátralék mutatkozik, azt társaságunk jogosult a kifizetendő szolgáltatás összegében érvényesíteni, feltéve, hogy a biztosított megegyezik a szerződéssel.

Társaságunk nem felel a biztosítási szerződés megszűnése után igénybe vett egészségügyi ellátások költségeinek megtérítéséért akkor sem, ha azokat korábban jóváhagyta.

A szerződés megszűnése esetén társaságunk az Ön, vagy a Biztosított, illetve hozzátartozó által a biztosítási eseménnyel összefüggésben igénybe vett egészségügyi ellátásra vagy szolgáltatásra vonatkozó szolgáltatási igényeket az ellátás, szolgáltatás utolsó napjától számított 2 éven belül fogadja el, amennyiben az ellátás, szolgáltatás teljes időtartama alatt Önre, vagy a Biztosítottra, illetve a hozzátartozóra a biztosítási fedezet kiterjedt.

MEDICAL UNDERWRITING TERMS AND CONDITIONS

Full Medical Underwriting (FMU): this applies if, at the time of application for this Policy (which includes a Statement of Health), declaring any Pre-existing Medical Condition; no Claim arising directly or indirectly from such conditions will be covered unless or until We have accepted them in writing.

Medical History Disregarded (MHD): this applies in case of group policies of **at least 15 employees**, if the Policyholder has selected MHD underwriting terms. No Pre-existing Medical Conditions will be excluded under this Plan.

Continued Personal Medical Exclusions (CPME): applicable in case of renewal of the insurance if the Insured Person has had MediHelp insurance and the cover is continuous. With CPME terms you can carry your current personal medical exclusions across with you.

If the Insured Person has been accepted for cover under this Policy under Full Medical Underwriting conditions you must have declared to Us on the Application Form any and all known Preexisting Medical Conditions (as defined).

Such Pre-existing Medical Conditions as declared by the Insured Person are subject to the special terms, conditions, exclusions and / or limitations specified on the certificate of insurance or endorsed on this Policy.

Emergency Treatment Outside the specified Area of coverage

When the Insured Person is travelling outside the countries of the Area of coverage specified on the certificate of insurance issued to the Insured Person We will pay for Emergency Inpatient Treatment only.

Non-emergency Treatment is not covered at all outside the Area of coverage specified on the certificate of insurance.

Other insurance

If there is any other insurance covering any of the benefits that are provided under the Policy for which a claim is made, then you must disclose this to us at the time of submitting the claim. In these circumstances, we will not be liable to pay or contribute more than our proper rateable proportion.

If it transpires that you have been paid for all or some of the claim costs by another source or insurance we have the right to a refund from you. We reserve the right to deduct such refund from you from any impending or future claim settlements.

EGÉSZSÉGI KOCKÁZATELBÍRÁLÁSRA VONATKOZÓ FELTÉTELEK

Teljes körű egészségi kockázatelbírálás (FMU): olyan esetben alkalmazzuk, ha a biztosítási ajánlat (és az egészségi nyilatkozat) megtételekor a Biztosított meglévő betegségekről nyilatkozik; társaságunk e betegségekkel közvetve vagy közvetlenül kapcsolatos eseményekre nem nyújt térítést, kivéve, ha az ezekre vonatkozó kockázatot kifejezetten, írásban vállalja.

Kockázatvállalás a meglévő betegségektől függetlenül (egészségi nyilatkozat nélkül) (MHD): olyankor alkalmazzuk, ha csoportos szerződés esetén a szerződő **minimum 15 fő** biztosított munkavállalóra köt egyidejűleg biztosítási szerződést, és a Szerződő a teljes biztosított létszámra MHD kockázatvállalási feltételeket választott. Ilyen esetben a biztosítási szerződés kiterjed a Biztosítottak meglévő betegségeiből eddő ellátásaira is.

Folytonos Egyéni Orvosi Kizárások (CPME): a biztosítás megújítása esetén alkalmazandó, ha a Biztosított korábban már rendelkezett MediHelp biztosítással. A CPME feltételek választása esetén a Biztosító a korábbi egyéni orvosi kizárásokat alkalmazza.

Amennyiben a Biztosított jogviszonya a jelen biztosítási szerződésben teljes körű egészségi kockázatelbírálással jön létre, a Biztosított köteles minden általa ismert meglévő betegségét (a meghatározás szerint) a biztosítási ajánlaton megjelölni.

A Biztosított által közölt meglévő betegségekre külön feltételek, kizárások és/vagy korlátozások vonatkoznak, melyek vagy a kötvényen vagy a biztosítási szerződés záradékaiban kerülnek feltüntetésre.

A választott területi hatályon kívül igénybe vett sürgősségi ellátás

Amennyiben a Biztosított a biztosítás kötvény szerinti területi hatályon kívüli területre utazik, társaságunk kockázatviselése kizárólag a sürgősségi kórházi ellátásra vonatkozik.

A nem sürgősségi ellátást a biztosítás a biztosítási kötvényen megjelölt területi hatályon kívül nem fedezi.

Egyéb biztosítás

Amennyiben Ön rendelkezik olyan biztosítással, mely a jelen biztosítási szerződés alapján benyújtott szolgáltatási igényre fedezetet biztosít, azt a szolgáltatási igény társaságunkhoz történő benyújtásával egy időben jelezni kell. Ilyen esetben társaságunk nem köteles nagyobb mértékű szolgáltatást nyújtani, mint az arányos rész.

Amennyiben kiderül, hogy az igényelt költségek részben vagy egészben megtérültek más módon vagy más biztosítás alapján, úgy társaságunk jogosult a kifizetett szolgáltatást visszakövetelni.



Period of limitation

The provision on the statute of limitations of these conditions differs from the five (5) year limitation period prescribed in Section 6:22 (1) of the Civil Code. The limitation period for claims arising under this policy shall be 2 years from the last day of the received treatment or service in connection with an insured event.

Subrogation

We (the insurer) shall be entitled to a claim for compensation against the party who caused the injury of loss up to the amount of the indemnity unless this person is a family member of the Insured person living in the same household. This means that if You have suffered an injury of loss that has resulted in a claim under the Policy we may take over Your right to seek compensation from the party that caused the injury of loss.

Help and intervention

Our provision of help and intervention under the Policy is subject to national and international laws and the availability of qualified medical facilities.

Whilst we will do our best to overcome any local restrictions there may be times when these either prevent us from providing help and intervention or limit our ability to do so.

Regulatory information

Your MediHelp International Plan is an International Private Medical insurance underwritten by Generali Insurance Private Ltd. The Policy has been issued in accordance with and is governed by the laws of Hungary.

Meaning of Words

Certain words and phrases used in this guide and other documentation form part of your Policy. Specific medical or legal meanings are set out below.

accident

a sudden and unforeseen bodily Injury caused by violent or external means.

active treatment of malignant tumors

surgical removal and treatment of a malignant tumor: for example, radiation and or chemotherapy, drug treatment.

Társaságunk fenntartja a jogot arra, hogy e követeléseket bármely későbbi kárrendezés során a kifizetendő szolgáltatásból levonja.

Megtérítési igény

A Biztosítót az általa megtérített kár mértékéig megtérítési igény illeti meg a károkozóval szemben, kivéve, ha a károkozó a biztosítóval közös háztartásban élő hozzátartozó. Ez azt jelenti, hogy amennyiben Ön olyan más személy által okozott kárt szenvedett, amely miatt a jelen biztosítási szerződés alapján társaságunk szolgáltatást nyújtott, társaságunk jogosult a kárt okozó személytől a kifizetett összeg megtérítését igényelni.

Segítségnyújtás és közbenjárás

A jelen biztosítási szerződés alapján nyújtandó segítségnyújtási és közbenjárási szolgáltatásainkra a helyi és nemzetközi jogszabályok alkalmazandók, illetve függenek a megfelelő egészségügyi intézmények elérhetőségétől.

Társaságunk mindent elkövet annak érdekében, hogy a helyi korlátozásokat kezelje, előfordulhat, hogy ezek megakadályozzák vagy korlátozzák a segítségnyújtást vagy közbenjárást.

Elévülés

Jelen szerződésből eredő igények a biztosítási eseménnyel összefüggésben igénybe vett egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás utolsó napjától számított 2 év elteltével évülnek el.

Felügyeleti információk

A MediHelp Nemzetközi Egészségbiztosítás a Generali Biztosító Zrt. által nyújtott nemzetközi magán egészségbiztosítás. A biztosítási szerződés megkötésére és teljesítésére a magyar jog alkalmazandó.

Értelmező rendelkezések

A jelen biztosítási feltételekben, illetve a biztosítási szerződés szerves részét képező egyéb dokumentumokban az alábbi kifejezések szerepelnek. Az ezekre vonatkozó orvosi, illetve jogi meghatározást az alábbiakban találja.

akut egészségügyi ellátási esetek (akut esetek):

azok az –egészségügyi, orvosszakma szabályai szerinti – akut állapotok, akár krónikus betegséggel kapcsolatban is, amikor olyan tünetek azonosíthatók, amelyek alapján az orvosszakma szabályai szerint 48 órán belüli orvosi ellátásra van szükség (így különösen: magas láz, görcsös fájdalom, hasmenés, hányás, heveny fertőzés).



acute health care services (acute cases):

acute conditions – as accepted by the healthcare / medical profession –, even in connection with any chronic disease, are states when on the basis of the symptoms identified medical care is required within 48 hours according to the rules of the medical profession (including, in particular: high fever, convulsive pain, diarrhoea, vomitus, peracute infection).

act of terrorism

an act of terrorism means an act, including but not limited to the threat or use of force or violence of any person or group of persons whether acting alone or on behalf of any organisations or governments, committed for political, religious, ideological or similar purposes or reasons including the intention to influence governments and/or to put the public or any section of the public, in fear.

annual preventive screening tests (health check up)

the following may be considered as part of the screening test above the age of 18: general internal medicine examination, blood test (complete blood count, erythrocyte sedimentation rate, creatinine, blood glucose, blood cholesterol (LDL, HDL), triglyceride, GOT, GGT, GPT, TSH, FT3, FT4, HbA1c, C-reactive protein); complete urinalysis + sediment; ECG (12-lead resting ECG and/or exercise ECG); chest x.ray; pelvic and abdominal ultrasound; dermatological examination (naevus screening); complex breast examination (mammography and breast ultrasound) for women over 40 years of age, breast ultrasound examination between the ages of 35-39 years; gynaecological examination (with cytology); urological examination; PSA test for gents at the age of 40 and above; bone mineral density test (ODM) for insured persons over 50 years of age; fecal immuno-blood test at the age of 50 and above; cardiological examination with cardiac ultrasound from the age of 40; standard ophthalmic examination.

the following may be considered as part of the screening test under the age of 18: a pediatric (internal medicine) specialist examination, during which additional examinations recommended by the specialist for the purpose of screening, up to the screening limit for the given package.

annual renewal date

the starting day of the insurance period is also the day of the insurance anniversary, and the same day in the following year is the annual renewal date of the contract. It is typically due annually..

area of coverage

one of the three areas in the world in which you are covered, Europe, Worldwide excluding the US or Worldwide including the US. Your area of coverage is shown on your certificate of insurance.

Europe: Albania, Andorra, Armenia, Azerbaijan, Austria, Belarus, Belgium, Bosnia Herzegovina, Bulgaria, Channel Islands, Cyprus, Croatia, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Georgia, Germany,

alternatív gyógymód

Regisztrált egészségügyi szakember által javasolt vagy végzett akupunktúra, homeopátia, kiropraktika vagy csontkovácsolás.

állampolgárság szerinti ország

A Biztosított útlevelét kiállító ország. Kettős állampolgárság esetén a Biztosított állampolgárság szerinti országnak az az ország minősül, melyet a biztosítási ajánlaton megjelöl.

baleset

az a hirtelen fellépő, előre nem várt külső fizikai behatás, amellyel összefüggésben a Biztosított fizikai sérülést szenved.

betegség

a Biztosított orvos által megállapított betegsége, kóros állapota, rendellenessége vagy egészségi állapotának megváltozása.

betegszállítás

A biztosító megtéríti az orvosilag indokolt szárazföldi betegszállítás szolgáltatás költségeit, a biztosítottnak a baleset helyszínéről a kórházba, az otthonából a kórházba és vissza, illetve két kórház közötti átszállítása tekintetében.

biztosítási esemény

a Kórházi napi térítés és a Szülési támogatás szolgáltatások kivételével -az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele a biztosítás területi hatályán belül, amely a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt válik szükségessé és orvosszakmai szempontból indokoltá. Előzmény nélküli betegségnek, balesetnek vagy kóros állapotnak minősül az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegséggel vagy balesettel vagy kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással okozati összefüggésben nem áll. Biztosítási eseménynek minősül továbbá a biztosítás területi hatályán kívül bekövetkező baleset vagy betegség miatt igénybevett sürgősségi ellátás, kizárólag az erre a szolgáltatásra vonatkozó biztosítási limit erejéig.

Kórházi napi térítés szolgáltatás esetén a biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete, melynek következtében a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, ha az orvosilag szükséges. Szülési támogatás szolgáltatás esetén a biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, 12 havi folyamatos biztosított jogviszonyt követően, a biztosítás keretein belül térített terhesgondozás után, de a kockázatviselési tartama alatt bekövetkező szülése, amennyiben a szülés miatti kórházi ellátás nem kerül megtérítésre a biztosítás által (pl. állami kórházban).



Gibraltar, Great Britain, Greece, Greenland, Hungary, Iceland, Ireland, all islands of the Mediterranean, Isle of Man, Italy, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Macedonia, Madeira, Malta, Moldova, Monaco, Montenegro, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Russia, San Marino, Serbia, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, Ukraine, Vatican State

USA: continental USA, Alaska, Hawaii, Puerto Rico, Northern Mariana Islands, Guam, American Samoa and the Virgin Islands of the United States / Egyesült Államok: kontinentális USA, Alaszka, Hawaii, Puerto Rico, Északi-Mariana-szigetek, Guam, Amerikai Szamoa és az Amerikai Virgin-szigetek

certificate of insurance

the document attaching to and forming part of this Policy, stating amongst other things, the Policy Owner, the Insured Person, the Area of Coverage, the Period of Insurance, the Plan and any Optional Extensions selected and any special provisions which apply to this Policy.

childbirth at home

a home childbirth in a non-clinical setting using natural childbirth methods attended by a midwife with expertise in managing home births.

chronic condition

an illness or injury which has one or more of the following characteristics:

- Has no known recognised cure
- Continues indefinitely
- Recurs or is likely to recur
- Is permanent
- Requires Palliative Treatment
- Requires long-term monitoring, consultations, check-ups, examinations or tests
- Requires Rehabilitation or special training to cope with it.

claim

your request for payment of benefits under this Policy.

close relative

the spouse, the lineal relative, the adopted child, the stepchild and the foster child, the adoptive parent, the step-parent and the foster parent and the sibling.

competing athlete

a competing athlete is an amateur or professional athlete who participates in sports competitions (championships, matches), regardless of the nature of the competition (regardless of, for example, whether

biztosítási időszak

A biztosítás hatályba lépésének napja, illetve a biztosítási évforduló napja, valamint a következő biztosítási évforduló közötti időszak. A felek ellenkező megállapodásának hiányában jellemzően 12 hónap.

biztosítási időszak vége

a kövénnyen jelzett kezdeti dátummal megegyező nap 00:00 órája a következő évben.

biztosítási év

Megegyezik a biztosítási időszakkal.

biztosítási évforduló

A biztosítási időszak kezdő napja egyben a biztosítási évforduló napja is, valamint ez a nap a szerződés éves megújításának a napja a következő évben. Jellemzően évente esedékes.

biztosítási kötvény

a biztosítási szerződés részét képező dokumentum, melyen többek között feltüntetésre kerül a Szerződő, a Biztosított, a biztosítás területi hatálya, a biztosítási időszak, a választott biztosítási csomag, az esetleges egyéb kiegészítő fedezetek, illetve a biztosítási szerződésre vonatkozó külön rendelkezések.

biztosítási szerződés

Az Önnel kötött szerződésünk, amely alapján nyújtott fedezetet jelen feltétel részletezi.

biztosított

Egyéni szerződés esetén biztosított lehet a szerződő, illetve a kövénnyen megjelölt természetes személy, csoportos szerződés esetén a szerződő munkavállalója(i) vagy azok közeli hozzátartozói, aki(ke)t a biztosítási szerződésben biztosítottként neveztek meg, és akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön, és aki a biztosítási jogviszony első napján a 70. életévét még nem töltötte be.

csoportos biztosítás

Az olyan fogyasztónak nem minősülő szerződő által kötött biztosítási szerződés, melyben a szerződés megkötésének időpontjában legalább 2 munkavállaló szerepel biztosítottként.

egészségügyi ellátás

olyan orvosi, fogorvosi vagy sebészi ellátás (beleértve a diagnosztikus eljárásokat is), melynek célja bármely betegség vagy sérülés diagnosztizálása, a fájdalom enyhítése, kezelése vagy gyógyítása engedéllyel és szakképesítéssel rendelkező egészségügyi dolgozó által.

egyéni biztosítás

olyan biztosítási szerződés, melyben a szerződés létrejöttkor kizárólag a szerződő és/vagy a szerződő hozzátartozói, illetve egy gazdálkodó szervezet legfeljebb egy munkavállalója biztosított.



it is local, district, county, regional, national, international, etc. or whether the competition is friendly, what is at stake, etc.).

complementary medicine

acupuncture, homeopathy, chiropractic treatment or osteopathy, recommended and performed by a registered Therapist.

complications of maternity

those conditions which only ever arise as a direct result of pregnancy or childbirth for example pre-eclampsia, gestational diabetes, post-partum hemorrhage, retained placenta, medically necessary caesarean section, ectopic pregnancy, miscarriage, stillbirth.

congenital condition

any abnormalities, deformities, diseases, illnesses or injuries present at birth regardless the date of diagnosis.

consumer

consumer shall mean any natural person acting for purposes which are outside his trade, business or profession.

contract year

is the same as the insurance period

co-payment

an arrangement whereby you are responsible for paying part of the cost of treatment and we are responsible for paying the remainder. The rate of co-payment is set in the Table of benefits.

country of residence

the country where you reside for a period of no less than 6 months per contract year.

day-patient

where you are admitted to hospital for any day related treatment where you are not required to stay overnight.

deductible

the annual amount that each insured person must pay each contract year before the Policy will pay certain benefits. Deductible amounts are set out in the certificate of insurance.

egyéni szolgáltatási limit

a Biztosító térítésének felső határa, azaz az a maximális térítés, melyet a Biztosító az adott szolgáltatások vonatkozásában egy biztosítási időszak alatt nyújt.

egynapos ellátásban részesülő beteg

olyan speciális, a kórházi kezelést kiváltó ellátás, amely 24 óránál rövidebb ellátási időt igényel.

előzetes jóváhagyás

bizonyos szolgáltatások esetében az egészségügyi ellátás igénybevétele előtt a társaságunk jóváhagyása szükséges. Fontos, hogy amennyiben a szerződő/biztosított az előzetes jóváhagyást az ilyen szolgáltatások esetében nem szerzi be, úgy a Biztosító jogosult a szolgáltatási igényt elutasítani.

éves megújítás dátuma

a biztosítási időszak kezdő napja egyben a biztosítási évforduló napja is, valamint ez a nap a szerződés éves megújításának a napja a következő évben. Jellemzően évente esedékes.

fekvőbeteg

olyan beteg, akinek orvosi célú kórházi tartózkodása a felvétel időpontjától számítva egy vagy több kórházi éjszakán át tart.

fekvőbeteg ellátás

az orvosszakma szabályai szerint az adott egészségi probléma ellátása járóbeteg ellátás keretében nem valósítható meg. Jelen feltétel értelmében nem minősül fekvőbeteg ellátásnak az az eset, ahol a fekvőbeteg ellátás indoka az egészségügyi ellátóhely és a biztosított lakóhelye közötti távolság.

fix összegű önrész

az az éves összeg, melyet a Biztosított minden egyes biztosítási évben köteles saját maga téríteni, mielőtt a Biztosítási szerződés alapján szolgáltatási igényt nyújthat be. A fix összegű önrészt a biztosítási kötvény tartalmazza.

fizikai sérülés

baleset következtében kialakuló fizikai károsodás vagy sérülés.

fizioterápia

orvosi ajánlásra, orvosilag indokolt esetben végzett egészségügyi ellátás, melyben a betegség, sérülés vagy egyéb rendellenesség kezelését megfelelő képzéssel és engedéllyel rendelkező fizioterápiás szakember (gyógymasszőr, gyógytornász) végzi. A szülésfelkészítő gyakorlatok, manuálterápia és sportmasszázs nem minősül fizioterápiának.



emergency outpatient treatment

treatment necessary as a result of an Accidental Injury or sudden Illness, received in a Casualty / Emergency room within 48 hours of the Accident or onset of the Illness, but which does not require admission to Hospital as an Inpatient or Day-case patient.

emergency treatment

treatment that commences within 24 hours of an Illness or Accident causing an immediate threat to health and requiring urgent medical attention.

emergency dental treatment

dental treatment necessary as a result of an accident caused by an extraoral impact, received within 48 hours from the date and time of the accident for the immediate relief of pain caused by natural teeth being lost or damaged.

Employer

the company or other organisation that employs you and which has taken out the Policy with us.

end of insurance period

00:00 a.m. of the day in the following year corresponding to the date (My start date) shown on your Policy (Certificate of Insurance)

group policy

An insurance contract concluded by a non-consumer Policyholder in which at least 2 employees are insured at the time of concluding the contract..

Hereditary condition

any abnormalities, deformities, diseases or illnesses present at birth that are only present because they have been passed down through your family.

home country

the country from which you hold a current passport. Where you hold dual nationality, your home country will be the one nominated on the application form completed by you.

home visit

in acute cases where medically necessary, an adult or paediatric internal medicine medical care in the insured's home.

fogyasztó

fogyasztónak minősül a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

gyógyászati segédeszköz

orvosi kezelés vagy otthoni ápolás során használt, személyes használatba adott orvostechnikai vagy ápolási technikai eszközök. Ezek közé tartoznak különösen, de nem kizárólag az ortopédiai eszközök (rögzítők, ortézisek, ideértve az ortopéd talpbetéteket), mankók, kerekesszékek, hallókészülékek és beszédjavító készülékek.

házivizit

orvosszakmailag indokolt akut esetben otthoni, felnőtt vagy gyermek belgyógyászati orvosi ellátás.

hozzátartozó

a közeli hozzátartozó, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére és a testvér házastársa.

járóbeteg

olyan beteg, aki kórházban, szakrendelőben vagy járóbeteg klinikán orvosi ellátásban részesül, de sem egnapos, sem kórházi fekvőbeteg kezelésre nem kerül felvételre.

kockázatviselés kezdete

az az időpont, amelytől kezdődően a biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés alapján folyamatosan fennáll.

koraszülött

koraszülött az, aki a betöltött 37. terhességi hét előtt születik.

kórházi elhelyezés

saját fürdőszobával rendelkező egy- vagy kétágyas szobában történő kórházi elhelyezés.

kórházi napi térítés

a társaságunk által kifizetett napi térítési összeg, amennyiben a biztosított a jelen szerződésben biztosított kórházi ellátásra szorul, egy kórházi éjszakát meghaladóan kórházban tartózkodik, és a kórház által semmiféle költség nem kerül felszámításra.

krónikus betegség

olyan betegség vagy fizikai sérülés, melyre az alábbiak közül legalább egy feltétel teljesül:

- nincs rá ismert gyógmód
- határozatlan ideig fennáll



hospital accommodation

refers to a standard single room or semi-private room with a private bathroom.

individual policy

If the policyholder and/or their dependents or maximum one employee of a business association are insured into the contract when the policy is concluded.

illness

any sickness, disease, disorder or alteration in the Insured Person's medical condition diagnosed by a Physician.

injury

physical damage or harm caused to the body as a result of an Accident.

individual benefit limit

the upper limit of the Insurer's coverage, i.e. the maximum amount that we will cover for selected benefits during an insurance period.

in-patient

a patient who is admitted to hospital and who occupies a bed overnight or longer for medical reasons.

in-patient care

according to the rules of the medical profession, the treatment of the given health problem cannot be carried out in the framework of outpatient care. According to this condition, the case where the reason for the inpatient care is the distance between the health care facility and the insured's place of residence is not considered inpatient care.

in-patient hospital cash benefit

a daily cash benefit that is paid by Us, if You have received Treatment in a Hospital which is covered under this plan, You have stayed overnight and you have not received any charges from the Hospital.

insurance period

this is the period between your effective start or renewal date, and the day of your next renewal date. This is normally 12 months unless otherwise agreed between us.

insurance anniversary

the starting day of the insurance period is also the day of the insurance anniversary, and the same day in the following year is the annual renewal date of the contract. It is typically due annually.

- visszatérő vagy várhatóan visszatérő állapot
- állapotváltozás nem várható
- palliatív ellátást igényel
- hosszú távú orvosi felügyeletet, konzultációkat, ellenőrzést, vizsgálatokat és tesztek igényel
- rehabilitációt illetve speciális kezelés igényel.

közeli hozzátartozó

A házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér.

lakóhely szerinti ország

az az ország, ahol a Biztosított bármely biztosítási évben legalább 6 hónap időtartamot tartózkodik.

meglévő betegség

olyan fizikai vagy mentális betegség, illetve a kapcsolódó állapot, mellyel összefüggésben a biztosított – a biztosítási jogviszonya kezdetét megelőző 2 éven belül – egészségügyi ellátásban részesült, tüneteket mutatott (akkor is, ha ezek kivizsgálása nem történt meg) vagy ezzel orvoshoz fordult. Kapcsolódó állapotnak minősül minden olyan betegség, mely a Biztosító orvosa szerint a szolgáltatási igény alapjául szolgáló betegség kiváltó oka lehet, vagy ahhoz közvetlenül kapcsolódik.

megtérítési igény

a Biztosító joga, hogy az általa teljesített szolgáltatás mértékéig a jelen szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igények felmerüléséért felelős harmadik féllel szemben fellépjen.

megújítás dátuma

szerződés megújításának időpontja. Jellemzően évente esedékes.

mentális (pszichiátriai) zavarok

olyan jelentős problémákat vagy munkaképtelenséget okozó zavar, mely kórosan befolyásolja az egyén magán- és társadalmi életét, így különösen munkaköri feladatainak ellátását. Ezen zavarok nemzetközi osztályozási rendszer alapján kerülnek diagnosztizálásra.

munkáltató

A biztosítottat foglalkoztató gazdasági társaság vagy egyéb szervezet, mely a biztosítási szerződést társaságunknál megkötöti.

nemzetközi kimenekítés

olyan vészhelyzet esetén, ahol a helyi egészségügyi intézmények nem nyújtanak elégséges szolgáltatást, illetve a kezeléshez szükséges szintű ellátást, a biztosító megtéríti a kimenekítés költségeit a legközelebbi kórházba, vagy a biztosítottnak a lakóhelye szerinti országba történő szállításának költségeit.



insured event

with the exception of Hospital cash benefit and Childbirth allowance - is such health care service delivered to the insured within the territorial scope of the insurance, during the coverage period applicable to him/her, to treat his/her injuries suffered in an accident, or his/her illness, or abnormal condition unprecedented relative to the commencement of the insurance coverage, provided that such treatment is medically reasonable and necessary. For the purposes of this clause, illness, abnormal conditions and accidents shall be unprecedented relative to the commencement of the insurance coverage if they are not in any way connected to the insured's illness, abnormal condition or accident which existed or which was diagnosed or treated before the commencement of the insurance coverage, nor with a previously established permanent health impairment. Emergency Treatment required due to an accident or illness occurring outside the Area of coverage is also considered an insurance event - only up to the insurance limit applicable to this service.

In the case of a Hospital cash benefit, the insured event is a sudden accident or illness, pathological condition of the Insured during the coverage period applicable to him/her, which is unprecedented relative to the commencement of the insurance coverage, as a result of which the insured receives in-patient hospital care, provided that it is medically necessary.

In the case of a childbirth allowance, the insured event is the birth of the insured during the relevant coverage period, after 12 months of continuous cover, after pregnancy care reimbursed within the framework of the insurance, if the hospital care due to childbirth is not reimbursed by the insurance by (e.g.: in a state hospital).

insured person

in the case of individual contracts Insured can be the policyholder or a natural person named on the certificate of insurance, in the case of group contracts the policyholder's employee or their close relative(s) (if any) who is designated in the insurance policy as insured and whose life or health is covered under the insurance policy with respect to specific insured events, and who is not yet 70 years of age as of the inception date of the insurance policy or as of the day when the insured is added to the coverage of an in force policy.

international emergency medical evacuation

In the event of an emergency whereby the local medical facilities are unsatisfactory and unable to provide the level of medical care you need we will pay to either evacuate you to the nearest medical centre or to repatriate you to your home country/country of residence.

lifetime limit

A specific benefit with an overall limit applied during the entire time You were enrolled on the Policy.

orvos

olyan orvos, háziorvos, konzulens, szakorvos, sebész, természetgyógyász szakorvos, fogorvos, pszichológus vagy terapeuta, aki foglalkozásszerűen betegek gyógyításával foglalkozik, és erre vonatkozó képzettséggel és engedéllyel rendelkezik.

orvosilag indokolt

a Biztosított betegsége vagy balesete következtében kialakuló állapot diagnózisához és kezeléséhez szükséges szolgáltatás orvosilag indokolt tartamú nyújtása, mely nem kizárólag a beteg kényelmét szolgálja.

otthonszülés

nem kórházi körülmények között, természetes szülészeti módszerekkel, baba vagy otthonszülési szakember által segített szülés otthon.

Ön/szerződő/biztosított

Ön, mint szerződő és/vagy biztosított és hozzátartozói

örökletes betegség

olyan kóros állapot, deformitás vagy betegség, mely a születés pillanatában fennáll és a családon belül öröklődik.

palliatív

olyan kezelés, melynek célja elsődlegesen már nem a betegség gyógyítása, hanem a beteg szenvedésének csökkentése.

preventív kezelés

olyan felnőtt-/gyermekorvosi rutin vizsgálat, melynek része a beteg teljes kórtörténetének és korábbi orvosi leleteinek áttekintése, a főbb szervrendszerek vizsgálata, a vizsgálati eredmények elemzése és megbeszélése. Csecsemők esetén a státuszvizsgálat része a gyermek korábbi kórtörténetének és korábbi orvosi leleteinek áttekintése, a főbb szervrendszerek vizsgálata, a növekedés és fejlődés ütemének ellenőrzése 2 éves korig, valamint védőoltások beadása és azok árának megtérítése..

protézis

a protézis hiányzó testrészt, szervet pótló technikai berendezés, ideértve különösen, de nem kizárólag a mesterséges szívbillentyűt, műszemet, művégtagokat és ízület pótlásokat.

rehabilitáció

olyan fekvőbeteg ellátás, melynek célja valamely baleseti sérülésből vagy betegségből történő gyógyulás elősegítése, az egészségeshez képest a lehető legnagyobb mértékű önellátás és funkció visszanyerése.



medical aids

medical or nursing technical devices used during medical treatment or home care, provided for personal use. These may include but are not limited to orthopaedic supports and braces (including archsupports), crutches, wheelchairs, hearing aids and speaking aids.

medical practitioner

any qualified and registered physician, family doctor, consultant, specialist, surgeon, complementary medical practitioner, dental practitioner, psychologist or therapist who provides treatment of any condition.

medically necessary

services to diagnose or treat a patient following illness or Accident in keeping with signs and symptoms not required for mere comfort and convenience, and for a medically appropriate duration.

mental health disorders

any disorder associated with substantial distress or impairment which impacts the patient's ability to function in a major life activity, such as employment. These disorders must meet international criteria classification.

new born care

costs of treatment for a new born baby up to 30 days after the date of birth.

new born examinations

standard and customary examinations of a new born required to assess the basic integrity and function of the child's organs and skeletal structures.

oral surgery care

health care that are performed within the course of oral surgical care.

organ transplant

medical Treatment incurred in respect of implantation of a replacement organ such as: kidney, heart, heart-lung, liver, pancreas transplants. **This does NOT include the implantation of an artificial heart.**

out-patient

a patient who attends a hospital, consulting room or out-patient clinic and is not admitted as a day-patient or in-patient.

overall maximum limit

the maximum we will pay for all benefits in total, per insured person, per contract year. In a case of a company paid scheme limits decrease when You use your insurance.

rosszindulatú daganatok aktív kezelése

rosszindulatú daganat műtéti eltávolítása, kezelése: például sugár- és vagy kemoterápiás, gyógyszeres kezelése.

sürgősségi ellátás

olyan egészségügyi ellátás, mely az egészséget közvetlenül veszélyeztető, sürgősségi ellátást igénylő betegség vagy baleset időpontjától számított 24 órán belül megkezdődik.

sürgősségi fogászati ellátás

a szájüreget érő külső behatással járó baleset következtében szükségessé váló fogorvosi ellátás, mely a baleset időpontjától számítva 48 órán belül megkezdődik, s melynek célja a maradandó fog elvesztése vagy sérülése következtében fellépő fájdalom közvetlen csillapítása.

sürgősségi járóbeteg ellátás

a Biztosított balesete vagy váratlan betegsége következtében szükségessé váló egészségügyi ellátás, melyet a baleset vagy betegség időpontjától számított 48 órán belül baleseti sebészeti vagy sürgősségi osztályon nyújtanak, és amelynél nem szükséges a Biztosított kórházi felvétele (sem fekvőbetegként sem egynapos ellátásra).

szájsebészeti ellátás

azon egészségügyi ellátások, melyeket szájsebészeti ellátás keretében végeznek el.

százalékos önrész

az egészségügyi ellátások költségeinek a biztosító és a biztosított megállapodása szerinti azon része, melyet a biztosított köteles fizetni, míg a fennmaradó részt a biztosítás fedezi. A százalékos önrész mértékét a szolgáltatási táblázat tartalmazza.

szervátültetés

adott szerv, így különösen vese, szív, szív-tüdő, máj, hasnyálmirigy átültetéséhez kapcsolódó egészségügyi ellátás. A műszívkezelés NEM minősül szervátültetésnek.

szerezés tartama

egyéni szerződések esetén egyéves határozott tartam, csoportos szerződések esetén a szerződő választása alapján egy-, két- vagy hároméves határozott tartam, amely a megújítás szabályai szerint újabb határozott tartamra megújítható.

szerződő

Őn, aki a biztosítási szerződést társaságunkkal megkötöi és a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal. A szerződő lehet fogyasztó, illetve fogyasztónak nem minősülő személy, vagy szervezet a jog

palliative

treatment, the primary purpose of which is only to offer temporary relief of symptoms rather than to cure the illness or injury causing the symptoms.

physiotherapy

medical treatment recommended by a physician as being medically necessary to treat an illness, bodily injury or medical condition where provided by a licensed and qualified physiotherapist or a therapeutic masseur. Physiotherapy does not include ante-natal and maternity exercises, manual therapy or sports massage.

policy

our contract of insurance with you providing cover as detailed in this document.

policyholder

you, who has taken out the Policy with us and agrees to pay insurance premiums. The policyholder may be a consumer or a person or organization who is not a consumer by definition of the law. **Policyholder has to be resident in Hungary. If the Policyholder is a legal entity or an organization without legal personality, has to have either a registered seat or a permanent establishment in Hungary.**

pre-authorisation

the confirmation needed from us before receiving treatment for selected benefits. Please note that if you fail to obtain pre-authorisation for any treatment with this requirement, we reserve the right of not covering the costs.

pre-existing medical condition

any medical condition, psychological condition or 'related condition' for which the insured person has received treatment, suffered any symptoms (whether investigated or not) or sought advice in the 2 years prior to their date of entry. A 'related condition' is deemed to be any medical condition that our physicians deem to be either an underlying cause of or directly attributable to the medical condition subject to claim.

prescribed drugs and dressings

medications whose sale and use are legally restricted to the order of a Physician.

premature baby

a baby born before the start of the 37th week of pregnancy.

szerint. **A Szerződőnek Magyarországon bejelentett lakcímmel, illetve ha a Szerződő jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, akkor magyarországi székhellyel vagy telephellyel kell rendelkeznie.**

szerződő/biztosított

Ön, mint szerződő és/vagy biztosított és hozzátartozói.

szolgáltatási igény

a Biztosítottnak a jelen biztosítási szerződés fedezetébe tartozó biztosítási szolgáltatásokra vonatkozó igénye

szolgáltatási táblázat

a jelen biztosítási szerződés részét képező és ahhoz csatolt dokumentum, mely tartalmazza (többek között) a biztosítás alapján nyújtható szolgáltatásokat, és az azokra vonatkozó biztosítási összegek felső határát.

szolgáltatás összesített felső határa

a Biztosító adott biztosítási időszakban nyújtható valamennyi szolgáltatásának összesített felső határa biztosítottanként. Amennyiben a Szerződő fél nem minősül fogyasztónak, **a szolgáltatási limitek minden alkalommal csökkennek, amikor a Biztosított biztosítási szolgáltatást igényel.**

szövet átültetés

csontvelő- vagy szaruhártya átültetéssel kapcsolatos egészségügyi ellátás.

szűrővizsgálatok

18 év feletti biztosítottak esetében a szűrővizsgálat részének a következők tekinthetők: belgyógyászati szakorvosi vizsgálat, általános vérvizsgálat (teljes vérkép, süllyedés, kreatinin, vércukor, koleszterin (LDL, HDL), triglicerid, GOT, GGT, GPT, TSH, FT3, FT4, HbA1c, C-reaktív protein) teljes vizeletvizsgálat üledékkel; EKG (nyugalmi és/vagy terheléses); mellkas röntgen; hasi- és kismencedei ultrahang; bőrgyógyászati szakorvosi vizsgálat (anyajegyszűrés); komplex emlővizsgálat (mammográfia és emlő ultrahang) 40 év feletti nők számára (emlő ultrahang vizsgálat 35-39 éves kor között); nőgyógyászati szakorvosi vizsgálat citológiával; urológiai szakorvosi vizsgálat; PSA teszt (40 éves vagy annál idősebb férfiak számára); csontsűrűség vizsgálat (ODM) (50 évnél idősebb biztosítottak számára); székletvér teszt 50 év feletti biztosítottak számára, kardiológiai szakorvosi vizsgálat szív ultrahanggal (40 éves kortól); szemészeti vizsgálat.

18 év alatti biztosítottak esetében igénybe vehető szűrővizsgálati elemek: gyermekorvosi (belgyógyászati jellegű) szakorvosi vizsgálat, melynek során a szakorvos által szűrővizsgálati céllal javasolt további vizsgálatok, az adott csomaghoz tartozó szűrővizsgálati limit erejéig.



preventive treatment

an adult or a child routine examination includes a review and record of the patient's complete medical history, a check of all body systems and a review and discussion of the exam results with the patient. wellchild examinations include a review and record of the child's complete medical history, a check of all body systems in accordance to normal growth and development up to age 2 as well as administering vaccinations and reimbursing them..

prostheses

an artificial substitute or replacement for part of the body including but not limited to artificial heart valves, eyes, joints and limbs.

rehabilitation

means in-patient treatment(s) designed to facilitate recovery from Injury, Illness, or disease so as to regain maximum selfsufficiency, form and function in as near normal manner as possible.

relative

the close relative, the cohabitant, the spouse of a lineal relative, the lineal relative and the sibling of the spouse, and the spouse of the sibling

renewal date

the date that the policy is renewed. This usually takes place on an annual basis.

road ambulance services

We will pay for the costs of a medically necessary road ambulance to either transfer you to hospital following an accident or from home to the hospital and back or from one hospital to another.

start of cover

the date from which the insurance cover is continuously offered under the insurance contract.

subrogation

our right to act as your substitute to pursue any rights you may have against a third party who is liable for a claim paid by us under the policy.

teleconsultation

a telephone (or video) consultation opportunity provided by medical specialists of healthcare institutions, during which the insured can consult with medical experts regarding their emerging health problems over the course of a phone (or video) call. Teleconsultation is possible for symptoms and complaints where a personal appearance or examination is not absolutely necessary.

társaságunk/biztosító

A MediHelp International Kft./Generali Biztosító Zrt., illetve azon vállalkozások, melyek a Generali Biztosító Zrt. megbízásából a biztosítási szerződések nyilvántartását végzik.

telekonzultáció

egészségügyi intézmények szakorvosai által nyújtott telefonos (illetve videós) konzultációs lehetőség, mely során a biztosított a felmerülő egészségügyi problémáit egészségügyi szakértővel véleményeztetheti egy telefon (vagy video-) hívás keretében. A telekonzultáció azon tünetek, panaszok esetén lehetséges, ahol nem elengedhetetlenül szükséges a személyes megjelenés, illetve vizsgálat.

teljes tartamú limit

A szolgáltatási táblában az adott szolgáltatásra meghatározott olyan összesített limit, amely a Biztosított biztosítási szerződés alatti jogviszonyának teljes tartamára vonatkozik.

terhességi, szülési komplikációk

olyan állapotok, melyek a terhesség vagy szülés közvetlen következményeként alakulnak ki, így például a terhességi mérgezés (toxémia, pre-eclampsia), terhességi diabétesz, szülés utáni vérzés, lepény leválási rendellenességek, orvosi indokolt császármetszés, méhen kívüli terhesség, vetélés, halvaszülés.

terrorcselekmény

terrorcselekménynek minősül különösen, de nem kizárólag az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, vagy hasonló célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, függetlenül attól, hogy egyetlen személy vagy személyek csoportja, önállóan vagy bármely szervezet nevében követi-e el.

területi hatály

a biztosítás területi hatálya három földrajzi területre terjedhet ki: Európára, a világ teljes egészére az Egyesült Államok kivételével, illetve a világ teljes egészére az Egyesült Államokat is beleértve. A biztosítás területi hatályát a biztosítási kötvény tartalmazza.

Európa: Albánia, Andorra, Ausztria, Azerbajdzsán, Belgium, Bosznia-Hercegovina, Bulgária, Ciprus, Csatorna Szigetcsoport, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Fehéroroszország, Finnország, Franciaország, Gibraltár, Görögország, Grönland, Grúzia, Hollandia, Horvátország, Írország, Izland, a Földközi-tenger valamennyi szigete, Kazahsztán, Koszovó, Lengyelország, Lettország, Liechtenstein, Litvánia, Luxemburg, Észak-Macedónia, Madeira, Magyarország, Man-szigetek, Málta, Moldova, Monaco, Montenegró, Németország, Norvégia, Olaszország, Oroszország, Örményország, Portugália, Románia, San Marino, Spanyolország, Svájc, Svédország, Szerbia, Szlovákia, Szlovénia, Törökország, Ukrajna, Vatikán

term of contract

- in the case of individual contracts, a fixed term of one year,
 - in the case of group contracts, a fixed term of one, two or three years based on the choice of the policyholder,
- which can be renewed for another fixed term according to the renewal rules.

table of benefits

the document attaching to and forming part of this Policy, stating (amongst other things), the benefits provided under your policy, and the maximum amounts payable in respect of those benefits.

tissue transplant

medical Treatment incurred in respect of bone marrow and cornea transplants.

treatment

any medical, dental or surgical services (including diagnostic tests) that are needed to diagnose, relieve, manage or cure any condition, illness or injury under the direction of a recognised health care specialist.

vaccinations

We pay towards medically necessary vaccinations and immunizations with their administration including travel vaccinations. This includes vaccinations provided up to 10 years of age and may include Diphtheria, Hepatitis A & B, Measles, Mumps, Pertussis, Polio, Rubella, Tetanus, varicella, Haemophilus Influenza B, Rotavirus, Meningococcus and Pneumococcal Conjugate.

we/us/our

MediHelp International Kft./ Generali Biztosító Zrt. and/or those entities responsible for administering parts of the policy on behalf of Generali Biztosító Zrt.

you/your

you, as the policyholder and or insured and your close relatives.

Egyesült Államok: kontinentális USA, Alaszka, Hawaii, Puerto Rico, Északi-Mariana-szigetek, Guam, Amerikai Szamoa és az Amerikai Virgin-szigetek

újszülött rutinvizsgálata

az újszülött csecsemő szokásos alapvizsgálata, annak megítélésére, hogy a gyermek szervei és vázrendszere megfelelően fejlett és működőképes-e.

versenyző sportoló

versenyző sportoló az az amatőr vagy hivatásos sportoló, aki sportversenyeken (bajnokságon, meccsen) is indul, függetlenül a verseny jellegétől (függetlenül pl. attól, hogy helyi, kerületi, megyei, területi, országos, nemzetközi, stb. vagy, hogy barátságos-e a verseny, mi a tétje, stb.).

újszülött ellátás

újszülött gyermek egészségügyi ellátásának költségei a születés időpontjától számított legfeljebb 30 napig.

védőoltások beadása

A biztosító megtéríti az orvosilag indokolt védőoltások és azok beadásának költségeit, beleértve az utazáshoz kapcsolódó védőoltásokat is. Ide tartoznak a gyermek 10 éves koráig beadandó védőoltások, melybe beletartozik a diphtheria, Hepatitis A és B, kanyaró, mumpsz, szamárköhögés, gyermekbénulás, rubeola, tetanusz, bárányhimlő, haemophilus influenza B, rotavírus, meningococcus és a pneumococcus elleni védőoltás.

veleszületett rendellenesség

olyan abnormalitás, deformitás, betegség, kóros állapot vagy sérülés, mely a szülés pillanatában fennáll, függetlenül a diagnosztizálás időpontjától.

vényköteles gyógyszerek és kötszerek

olyan gyógyszerkészítmények, melyek forgalmazása és felhasználása orvosi rendelvényhez kötött.



STANDARD TERMS OF THE GENERAL CONDITIONS THAT SUBSTANTIALLY DEROGATE FROM THE PROVISIONS OF THE HUNGARIAN CIVIL CODE AND FROM USUAL CONTRACTUAL PRACTICE

This chapter summarizes the provisions of the MediHelp International Health Plan Fee-for-service Health Insurance which substantially differ from the respective provisions of the Hungarian Civil Code.

1. Reduction of Benefit Limits

Pursuant to these policy conditions – and notwithstanding Section 6:461 (2) of the Civil Code – if the **Policyholder is not a consumer**, We are entitled to **reduce the benefit limits by the value of the covered services already used, without prior written notice.**

2. The insurance company's rights arising from the breach of the obligation to disclose information and notify changes in the case of an insurance contract concluded by a policyholder who is not a consumer

Pursuant to policy conditions and notwithstanding Section 6:482 of the Civil Code, if the policyholder is not a consumer, the insurance company shall be entitled to exercise the rights arising out of the breach of the obligation to disclose information and notify changes **without a time limit, even beyond the 5-year period.**

3. The automatic replacement of the policyholder by the policyholder's spouse or partner (if they are named as insured in the insurance contract)

Pursuant to these policy conditions and notwithstanding Section 6:451 (1) of the Civil Code, **if the Policyholder dies or does not wish to maintain the insurance cover of a private insurance contract**, the policyholder will be automatically replaced in the contract by the policyholder's spouse or partner (provided that they are named as insured in the insurance contract).

4. Prohibition on replacing the Policyholder by the Insured in the case of an insurance contract concluded by a policyholder who is not a consumer

Pursuant to these policy conditions – and notwithstanding Section 6:451 (1) of the Civil Code – if the **Policyholder is not a consumer**, the insured may not replace the policyholder in the insurance policy.

5. Lack of the Insured's consent to the amendment of the insurance contract in the case of an insurance contract concluded by a policyholder who is not a consumer

Pursuant to these policy conditions, and by way of derogation from Section 6:475 of the Civil Code, the consent of the Insured is not required for amending the insurance contract if the policyholder is not a consumer.

AZ ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ÉS A SZOKÁSOS SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL LÉNYEGESEN ELTÉRŐ RENDELKEZÉSEI

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a MediHelp Nemzetközi Egészségbiztosítás általános szerződési feltételeinek azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) rendelkezéseitől lényegesen eltérnek.

1. Szolgáltatási limitek csökkentése

Jelen feltételek értelmében – eltérően a Ptk.6:461. § (2) bekezdésétől – amennyiben a Szerződő **nem minősül fogyasztónak**, Társaságunk jogosult **a szolgáltatási limiteket a már igénybevett szolgáltatások értékével előzetes írásbeli értesítés nélkül csökkenteni.**

2. A biztosító közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogai, a fogyasztónak nem minősülő szerződő által kötött biztosítási szerződés esetén

Jelen feltételek értelmében – eltérően a Ptk. 6:482. §-ától – amennyiben a Szerződő nem minősül fogyasztónak, a biztosító a közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait a szerződés tartama alatt **időkorlát nélkül, 5 éven túl is gyakorolhatja.**

3. A Szerződő házastársának vagy élettársának (amennyiben a biztosítási szerződésben Biztosítottként szerepel) automatikus szerződővé válása

Jelen feltételek értelmében – eltérően a Ptk. 6:451. § (1) bekezdésétől –, **amennyiben a Szerződő meghal vagy nem kívánja az egyéni biztosítási szerződést fenntartani**, házastársa vagy élettársa (amennyiben a biztosítási szerződésben Biztosítottként szerepel), automatikusan szerződővé válik a szerződésben.

4. A Biztosított Szerződő helyébe lépésének tilalma, a fogyasztónak nem minősülő szerződő által kötött biztosítási szerződés esetén

Jelen feltételek értelmében – eltérően a Ptk. 6:451. § (1) bekezdésétől –, **amennyiben a Szerződő nem minősül fogyasztónak, a Biztosított a Szerződő helyébe nem léphet.**

5. A Biztosítottnak a biztosítási szerződés módosításához adott hozzájárulásának mellőzése a fogyasztónak nem minősülő szerződő által kötött biztosítási szerződés esetén

A jelen feltételek alapján – eltérően a Ptk. 6:475. § – **a biztosítási szerződés módosításához a Biztosított hozzájárulása nem szükséges, amennyiben a szerződő nem minősül fogyasztónak.**

6. Contract amendment due to a substantial increase in risk in the case of an insurance contract concluded by a policyholder who is not a consumer

Pursuant to these policy conditions – and notwithstanding Section 6:466 (2) of the Civil Code – if the policyholder does not respond within 15 days of receiving the amendment proposal, the contract will be amended according to the provisions of the amendment proposal on the 30th day from the notification of the amendment proposal, provided that the insurer brought to the attention of the policyholder when proposing amendments.

7. Consequences of non-payment of premiums in the case of group insurance (non-consumer contracts)

Pursuant to these policy conditions and notwithstanding Section 6:449 (1) of the Civil Code, in respect of a group insurance cover – taken out by a policyholder who is not a consumer – if the policyholder **fails to pay the regular premium within 60 days of the due date, the contract will be terminated with retroactive effect to the due date, even if the insurance company has not given written notice thereof**, and the insurance company will cancel the contract with effect from that date.

8. In the case of fixed-term group contracts with a term longer than one year (non-consumer contract), the policyholder's and the insurer's ordinary right of termination

Pursuant to these policy conditions – and notwithstanding Section 6:466 § (1) of the Civil Code – the policyholder and the insurer are entitled to terminate a fixed-term group insurance contract with a term longer than one year by ordinary notice.

9. In the case of group contracts with a term longer than one year (non-consumer contract), the insurer's ordinary right of termination

Pursuant to these policy conditions – and notwithstanding Section 6:490 § (2) of the Civil Code – the insurer are entitled to terminate a group insurance contract with a term longer than one year by ordinary notice.

10. Period of limitation

The provision on the statute of limitations of these conditions differs from the five (5) year limitation period prescribed in Section 6:22 (1) of the Civil Code. The limitation period for claims arising under this policy shall be **2 years from the last day of the received treatment or service in connection with an insured event.**

6. A kockázat lényeges növekedése miatti szerződésmódosítás a fogyasztónak nem minősülő szerződő által kötött biztosítási szerződés esetén

Jelen feltételek alapján – eltérően a Ptk. 6: 446. § (2) bekezdésétől – ha a szerződő a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslatban foglaltak szerint módosul a módosító javaslat közzétételétől számított 30. napon, feltéve, hogy a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megkérdőjelezésekor a szerződő fél figyelmét felhívta.

7. A díjfizetési kötelezettség elmulasztásának következményei csoportos biztosítás (nem fogyasztói szerződés) esetén

Jelen feltételek értelmében – eltérően a Ptk.6:449. § (1) bekezdésétől – csoportos biztosítás (nem fogyasztói szerződés) esetén, amennyiben a szerződő a rendszeres biztosítási díjat az esedékesség időpontjától számított **60 napon belül nem egyenlíti ki, a szerződés a biztosító írásbeli figyelemfelhívása hiányában is megszűnik az esedékesség napjára visszamenő hatállyal** és a biztosító ezzel a hatállyal törli a szerződést.

8. Egy évnél hosszabb, határozott tartamú csoportos biztosítás (nem fogyasztói szerződés) esetén a szerződő és a biztosító rendes felmondási joga

Jelen feltételek alapján – eltérően a Ptk. 6:466. § (1) bekezdésétől – a szerződő és a biztosító jogosult az egy évnél hosszabb, határozott tartamú csoportos biztosítási szerződést rendes felmondással megszüntetni.

9. Egy évnél hosszabb tartamú csoportos biztosítás (nem fogyasztói szerződés) esetén a biztosító rendes felmondási joga

Jelen feltételek alapján – eltérően a Ptk. 6:490. § (2) bekezdésétől – az egy évnél hosszabb tartamú csoportos biztosítási szerződést a biztosító is jogosult rendes felmondással megszüntetni.

10. Az elévülési idő

Jelen feltételek elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. Jelen szerződésből eredő igények a biztosítási eseménnyel összefüggésben igénybe vett egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás utolsó napjától számított **2 év elteltével évülnek el.**

