



CIG PANNÓNIA
BIZTOSÍTÓ

PANNONMED

BÁZIS

csoportos egészségbiztosítás

Tartalomjegyzék

PANNONMED BÁZIS CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEI	3
1) Általános rendelkezések	3
2) Biztosítási esemény	3
3) Fogalmak	3
4) A kockázatviselés kezdete és a Biztosítottak csatlakozása.....	4
5) A biztosítás szolgáltatása	4
5.1) Egészségügyi ellátás szervezése	4
a. Biztosítási esemény	4
b. A Biztosító szolgáltatásának szabályai	4
5.2) Asszisztencia szolgáltatás	7
a. Biztosítási esemény	7
b. A Biztosító szolgáltatásának szabályai	7
5.3) Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok	7
a. Biztosítási esemény	7
b. A Biztosító szolgáltatásának szabályai	7
5.4) Egynapos sebészet.....	8
a. Biztosítási esemény	8
b. A Biztosító szolgáltatásának szabályai	8
5.5) Kiemelt kockázatú betegségek.....	10
a. Biztosítási esemény	10
b. A Biztosító szolgáltatásának szabályai	11
6) Díjfizetés	16
7) A kockázatviselés megszűnése.....	16

PANNONMED BÁZIS CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEI

1) Általános rendelkezések

Jelen Különös Biztosítási Feltételek csak a PannonMed Általános Szolgáltatásfinanszírozó Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott PannonMed Általános Szolgáltatásfinanszírozó Egészségbiztosítás Feltételei, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

2) Biztosítási esemény

Biztosítási esemény az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele, mely a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt bekövetkező előzmény nélküli betegsége, balesete vagy kóros állapota miatt válik szükségessé, és orvosilag indokolt.

3) Fogalmak

a) **Szerződő:** MBH Gondoskodás Egészségpénztár (székhely: 1056 Budapest, Váci út 38.), aki a biztosítási szerződést megkötö és az érvényes jognyilatkozatokat teszi, a Biztosítottaknak a Biztosítóval előre egyeztetett tartalommal és formában tájékoztatást nyújt, és a biztosítás tartama alatt a díjfizetést a Biztosító részére teljesíti.

b) **Biztosított:** az a természetes személy, aki a Szerződővel tagsági jogviszonyban áll és nem tett a jelen biztosításra vonatkozó lemondó nyilatkozatot (a továbbiakban: **Főbiztosított**), és /vagy akit a Szerződővel tagsági jogviszonyban álló természetes személy az 1993. évi XCVI. törvény (az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról) - továbbiakban Öpt. - szerinti közeli hozzátartozójaként szolgáltatásra jogosultjának jelentett be a Szerződőhöz, és a csoportos biztosításhoz biztosított nyilatkozat megtételével csatlakozik (a továbbiakban: **Társbiztosított**).

A Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetekor 16 éves már elmúlt, de 75. életétévét még nem töltötte be. Az adott Biztosítottra vonatkozóan belépési kor a kockázatviselés kezdetének éve és a Biztosított születési évének különbsége. A Biztosított aktuális kora a belépési korból számítható: minden biztosítási évfordulón eggyel nő.

c) **Előzmény nélküli betegség, baleset vagy kóros állapot:** jelen Feltételek tekintetében az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely

- **Főbiztosított esetén:** 2017.04.01. vagy a Szerződővel fennálló pénztártagsági jogviszony kezdete,

- **Társbiztosított esetén:** a pénztártag szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozójaként csoportos szolidáris egészségbiztosításhoz csatlakoztatása
- **Főbiztosított és Társbiztosított esetén is:** ismételt csatlakozása dátuma közül a későbbi időpontot megelőzően fennállott, vagy kórismézett, illetve kezelést igénylő betegséggel, balesettel, kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással okozati összefüggésben nem áll.

4) A kockázatviselés kezdete és a Biztosítottak csatlakozása

- A Biztosító kockázatviselése a Biztosítottnak a biztosítási szerződésbe való belépésének időpontjától függően:
 - a biztosítási szerződés létrejöttékor megjelölt Biztosítottak tekintetében 2023. január 1. napjának 0 órájakor kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött, és az első díjrészletet a Biztosító számára megfizették.
 - a biztosítási szerződésbe a tartam során újonnan belépő biztosítandó személyek esetében a Biztosító kockázatviselése a Szerződő által Biztosítónak megküldött adatszolgáltatást követő hónap első napjának 0 órájakor kezdődik meg, feltéve, hogy a személyükre vonatkozó biztosítási díjat a Biztosító számára megfizették.
- A Szerződő Alapszabálya, a Szerződő és a Biztosító között létrejött biztosítási szerződés, valamint a jelen Feltételek szerint a Szerződővel tagsági jogviszonyban álló természetes személyek automatikusan Főbiztosítottnak tekintendők, így esetükben kizárólag akkor szükséges a biztosítotti nyilatkozat (Regisztrációs lap) kitöltése, amennyiben valamely okból kifolyólag lemondtak biztosítotti jogviszonyukról, és újra csatlakozni kívánnak a szerződéshez.
- A Társbiztosítottak a Biztosítotti nyilatkozat kitöltésével kifejezetten hozzájárulnak a Szerződő és Biztosító között létrejött csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződés hatályának rájuk történő kiterjesztéséhez., Kitöltött és aláírt nyilatkozat hiányában a Biztosító a Társbiztosított vonatkozásában szolgáltatást nem teljesít.
- A Biztosítottnak a nyilatkozatot (Regisztrációs lapot) a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A Biztosított a biztosítotti jogviszonya létesítéséhez adott hozzájárulását, illetve a b) pont szerinti automatikus csatlakoztatását írásban bármikor visszavonhatja.

5) A biztosítás szolgáltatása

5.1) Egészségügyi ellátás szervezése

a. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény az egészségügyi ellátás megszervezése a Biztosított számára, olyan ellátási igény miatt, mely a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartam alatt bekövetkezett betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt lép fel.

b. A Biztosító szolgáltatásának szabályai

Az orvosi ellátásra történő időpontfoglalás, illetve az orvosi ellátás megszervezése online, vagy telefonon történik.

- Orvoskereső, self service időpontfoglalás közvetlenül a Biztosított által választott egészségügyi szolgáltatónál, igénybejelentés és fizetési igazolás igénylése:
 - Biztosított a Szerződő (Pénztár) tagi oldalán a saját fiókjába történő bejelentkezést követően biztonságos csatornán keresztül eléri a pannonia.teladoc.hu oldalt (a továbbiakban, mint

Portált). A Portál a Biztosított számára kizárólag a Szerződő (Pénztár) tagi oldalán keresztül, onnan indulva érhető el.

- 2) Biztosított a Portálon elérhető orvoskeresőben szakterület, orvos vagy egészségügyi szolgáltató és földrajzi elhelyezkedés alapján kiválasztja az általa igényelt orvosi ellátást, illetve az igényeinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol a kért ellátást nyújtják.
- 3) A Portálon a Biztosított tájékozódhat arról, hogy mely ellátásokra foglalhat időpontot saját maga (a továbbiakban, mint self service ellátások) közvetlenül a kiválasztott egészségügyi szolgáltatónál, és melyek azok az ellátások, amelyeket csak az Ellátásszervező felhívásával igényelhet telefonon.
- 4) A Biztosított a szolgáltató keresőben egyes egészségügyi self service ellátások igénybevétele esetén közvetlenül a választott egészségügyi szolgáltató megosztott online naptárában tud időpontot foglalni. Azon egészségügyi szolgáltatók esetén, amelyek a naptárukat nem teszik elérhetővé a Portálon, a Biztosított telefonon tud időpontot foglalni a Portálon megjelenített telefonszám felhívásával.
- 5) Az online naptárban történő időpontfoglalás automatikus igénybejelentésnek minősül. A foglalást, azaz igénybejelentést követően a jogalap pozitív elbírálása esetén a Biztosított e-mailen költségvállaló igazolást kap.
- 6) A telefonon, közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónál foglalt self service ellátások esetén a Biztosított szintén költségvállaló igazolást kap e-mailen, azt követően, hogy a Portálon rögzítette az általa az egészségügyi szolgáltatónál telefonon lefoglalt időpontot.
- 7) Az online naptárban lefoglalt vagy a telefonon, közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónál lefoglalt szolgáltatási igények elbírálására a Biztosítónak 2 munkanap áll rendelkezésére amennyiben minden, az elbíráláshoz szükséges információ rendelkezésre áll, és a biztosítás által fedezett ellátások esetén a Biztosított minden esetben e-mail üzenetben megerősítést kap az időpontról, a foglalás részleteiről és a költségvállalásról. 2 munkanapon belüli időpont foglalása esetén a Biztosító költségvállaló igazolást nem állít ki, a Biztosítottnak utólagos szolgáltatási igény benyújtására van lehetősége – amennyiben az ellátás térítésére jelen Feltételek szerint jogosult lett volna. Utólagos térítés esetén Biztosító azt az összeget téríti meg a Biztosított számára, amely összegért adott ellátást az Ellátásszervező szervezésében igénybe vehette volna a Biztosított.
- 8) Az igénybejelentés elbírálásához a Biztosító orvosi leletek, ambuláns lapok és szakorvosi beutaló (együttesen Leletek) bemutatását kérheti a Biztosítottól. A Leleteket a Biztosított a Portálon tudja feltölteni.
- 9) A Biztosított által lefoglalt időpont lemondására vagy módosítására az ellátás tervezett időpontját megelőzően legfeljebb 3 munkanappal van lehetőség. Az ellátások lemondása minden esetben a Portálon az "Időpontjaim" menüpont alatt az időpont törlésével lehetséges. Amennyiben ennek a kötelezettségének a megadott határidőn belül nem tesz eleget, vagy nem jelenik meg az egészségügyi szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a Biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna. Így a szolgáltatás értéke a biztosítási időszakra vonatkozó éves szolgáltatási keretösszegeből (limitből) levonásra kerül, illetve önköltségen igénybe venni kívánt ellátás esetén a Biztosítottnak az egészségügyi szolgáltató által esetlegesen felszámított költséget meg kell térítenie az egészségügyi szolgáltató felé. Amennyiben a lefoglalt időponthoz képest 3 munkanappal korábban megtörténik a lemondás, a Biztosított maximum 2 alkalommal kérhet ismételt szervezést.
- 10) Az online igénybejelentések és lemondások rögzítésre kerülnek, így a későbbiekben visszakereshetők.

- 11) A jelen pontban nem szabályozott kérdésekben az online ellátásszervezésre is a telefonos ellátásszervezés szabályai alkalmazandók.

II. Igénybejelentés telefonon

- 1) A Biztosított az Ellátásszervezőnek a +36 1 510 0348 telefonszámon, munkanapokon 8-20 óra között jelentheti be az ellátásra vonatkozó igényét. A telefonbeszélgetések rögzítésre kerülnek, így a későbbiekben visszakereshetők.
- 2) Egy Biztosítottra vonatkozó több egészségügyi ellátási igény egyidejű bejelentése esetén az Ellátásszervező az orvosilag indokolt sorrendben szervezi meg az ellátásokat.
- 3) A megszervezett ellátás helyszínéről, pontos időpontjáról az Ellátásszervező vagy az Egészségügyi szolgáltató telefonon vagy e-mailben tájékoztatja a Biztosítottat.
- 4) Amennyiben az Ellátásszervező jelen Feltételek alapján a Biztosított ellátási igényét nem találja jogosnak, az igény elbírálásához szükséges információk tudomására jutását követően tájékoztatja a Biztosítottat, hogy az ellátás csak önköltségen vehető igénybe.
- 5) A Biztosított a szolgáltatás igénybevételekor külön felhatalmazásban felmentést ad az érintett hatóságoknak, intézményeknek az egészségügyi adataira vonatkozó titoktartási kötelezettségük alól. Egészségügyi adat átadására legkorábban a szolgáltatás igénybevételekor kerül sor.
- 6) Az egészségügyi ellátások megszervezése, azaz az ellátás időpontjának kijánlása a 10) pont szerinti határidőn belül esedékes azt követően, hogy minden, a kért ellátás megszervezéséhez szükséges adat és információ az Ellátásszervező rendelkezésére áll.
- 7) A már egyeztetett időpontot az egészségügyi ellátás időpontja előtt 3 munkanappal van lehetősége a Biztosítottnak módosítani vagy lemondani. Amennyiben ennek a kötelezettségének a megadott határidőn belül nem tesz eleget, vagy nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mintha a Biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna. Így a szolgáltatás értéke a biztosítási időszakra vonatkozó éves szolgáltatási keretösszegeből (limitből) levonásra kerül, illetve önköltségen igénybe venni kívánt ellátás esetén a Biztosítottnak az egészségügyi szolgáltató által esetlegesen felszámított költséget meg kell térítenie az egészségügyi szolgáltató felé. Amennyiben a lefoglalt időponthoz képest 3 munkanappal korábban megtörténik a lemondás a Biztosított maximum 2 alkalommal kérhet ismételt szervezést. Amennyiben a Biztosított biztosítási fedezete bármely okból megszűnik, és nem vette igénybe az általa igényelt és számára megszervezett ellátást, annak újraszervezésére a biztosítási fedezet megszűnését követően nem jogosult. Amennyiben a szervezési vagy újraszervezési igényt még a biztosítási időszakon belül adja le a Biztosított, és az Ellátásszervező megkezdte a szervezést, de az időpont foglalása előtt a biztosítás megszűnik, akkor a Biztosító nem vállal kötelezettséget az adott ellátás megszervezésére és térítésére.
- 8) Amennyiben adott szakorvos további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az Ellátásszervező által megszervezett időpontban és helyszínen veheti igénybe a Biztosított – ha azt az Ellátásszervező indokoltnak ítéli, valamint az a vonatkozó feltételek szerint téríthető.
- 9) A szolgáltatások megszervezésének és a Biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a Biztosított rendelkezzen az ellátásához szükséges (szak)orvosi javaslatlappal, ambuláns lappal, és beutalóval, amennyiben az az adott egészségügyi ellátás igénybeviteléhez szükséges.

10) Határidők

Járóbeteg-szakellátás Budapesten: 5 munkanapon belül, az alábbi szakmákban: belgyógyászat, szemészet, bőrgyógyászat, gasztroenterológia, nőgyógyászat, urológia, fül-orr-gégészet, kardiológia, általános sebészet, traumatológia, ortopédia, endokrinológia,

tüdőgyógyászat, allergológia, reumatológia, diabetológia, neurológia, gyermekgyógyászat). Minden egyéb szakmában Budapesten: 10 munkanapon belül

Járóbeteg-szakellátás Budapesten kívül: 10 munkanapon belül az alábbi szakmákban: belgyógyászat, szemészet, bőrgyógyászat, gasztroenterológia, nőgyógyászat, urológia, fül-orr-gégészet, kardiológia, általános sebészet, ortopédia, reumatológia, neurológia, gyermekgyógyászat).

Minden egyéb szakmában Budapesten kívül: 20 munkanapon belül

Diagnosztikai vizsgálatok Budapesten: 10 munkanapon belül

Diagnosztikai vizsgálatok Budapesten kívül: 20 munkanapon belül

Egynapos sebészet Budapesten: 22 munkanapon belül

Egynapos sebészet Budapesten kívül: 32 munkanapon belül

Fekvőbeteg-ellátás Budapesten: 22 munkanapon belül

Fekvőbeteg-ellátás Budapesten kívül: 32 munkanapon belül

5.2) Asszisztencia szolgáltatás

a. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény a Biztosított aktuális egészségi állapotához kapcsolódóan távszolgáltatással történő segítség, tanácsadás igénybevétele az Ellátásszervező által üzemeltetett orvosi Call Centerbe irányuló telefonhívással.

b. A Biztosító szolgáltatásának szabályai

- 1) A Biztosítottól érkező megkereséseket a +36 1 510 0348 számon, a hét minden napján, napi 24 órában szakképzett operátorok vagy orvosok fogadják, és tájékoztatást adnak az alábbi kérdésekben:
 - betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdések,
 - gyógyszerek összetétele, alkalmazhatósága, mellékhatásai, helyettesíthetősége, ára,
 - orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletek elérhetősége,
 - ügyeletes gyógyszerárak elérhetősége,
 - egészségügyi intézmények elérhetősége.
- 1) A telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozót és a Biztosított személyes vizsgálatát. Így a szolgáltatás keretében nyújtott információért, annak téves értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a Biztosító, sem az Ellátásszervező nem vállal felelősséget.
- 2) Az Ellátásszervező a telefonbeszélgetéseket, valamint az azokra adott válaszokat rögzíti.

5.3) Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok

a. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény a szakorvos által írásban elrendelt diagnosztikai vizsgálat igénybevétele, mely a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt bekövetkezett előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt válik szükségessé, és orvosilag indokolt.

b. A Biztosító szolgáltatásának szabályai

- 1) A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összeghatár (biztosítási időszakra szóló limit) jelen fedezet tekintetében 350.000 forint / fő/biztosítási év. A Biztosító az egészségügyi ellátás(ok) díját csak a jelen pontban megjelölt

limit mértékéig vállalja át. A limit túllépése esetén az egészségügyi ellátás díja és a szolgáltatási keretösszegeből rendelkezésre álló összeg különbözetének megfizetése a Biztosítottat terheli. A különbözetet a Biztosított köteles az Egészségügyi szolgáltató részére megfizetni. A különbözet mértékéről, és a megfizetésének módjáról az Ellátásszervező nyújt tájékoztatást.

- 2) Jelen feltételek szerint a biztosításban fedezett diagnosztikai vizsgálatok az alábbiak:

MRI (natív, kontrasztos), MRCP
CT (natív, kontrasztos)
Cardio-CT
PET CT (natív, kontrasztos)

5.4) Egynapos sebészet

a. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény az olyan jogszabályban (jelen feltételek hatálybalépésekor az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről szóló 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet) meghatározott, tervezhető sebészeti beavatkozás igénybevétele, amely beavatkozás elvégzését követően a Biztosított az intézménybe történő felvételét követő 24 órán belül, megfigyelést követően elhagyhatja az intézményt, és amely a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt bekövetkezett előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt válik szükségessé, és orvosilag indokolt (szakorvos által írásban elrendelt).

b. A Biztosító szolgáltatásának szabályai

- 1) A Biztosító szolgáltatása magában foglalja a beavatkozás elvégzéséhez szükséges szakorvosi konzultációt, aneszteziológiai vizsgálatot, valamint labor- és diagnosztikai vizsgálatokat is, illetve a Biztosító megtéríti a műtéti beavatkozás során felhasznált, közvetlenül a műtéti beavatkozáshoz szükséges gyógyszer, vérvérszítmenny, egyszer használatos eszköz és implantátum költségét is.
- 2) Jelen feltételek tekintetében nem minősülnek biztosítási eseménynek az elvégzett egynapos sebészeti ellátás alatt vagy annak következtében a tervezettől eltérően felmerülő egyéb orvosi ellátások (például 24 órán túlnyúló fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátás), illetve az egynapos sebészeti beavatkozást követően, a Biztosított 24 órás benttartózkodása után a beavatkozást végző Egészségügyi szolgáltatónál felmerülő egyéb ellátások.
- 3) A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összeghatár (biztosítási időszakra szóló limit) jelen fedezet tekintetében 500.000 forint /fő/ biztosítási év. A Biztosító az egészségügyi ellátás(ok) díját csak a jelen pontban megjelölt limit mértékéig vállalja át. A limit túllépése esetén az egészségügyi ellátás díja és a szolgáltatási keretösszegeből rendelkezésre álló összeg különbözetének megfizetése a Biztosítottat terheli. A különbözetet a Biztosított köteles az Egészségügyi szolgáltató részére megfizetni. A különbözet mértékéről, és a megfizetésének módjáról az Ellátásszervező nyújt tájékoztatást.
- 4) Jelen feltételek szerint a biztosításban fedezett egynapos sebészeti ellátások az alábbiakban felsorolt, meghatározott OENO kódú beavatkozások:

OENO kód és megnevezés szakterületenként
Fül-orr-gégészet

52210 Arcüreg drainage (intranas. ablak Lothrop szerint)	52600 Nyálmirigy vagy nyálvezeték bemetszése
52220 Luc-Caldwell műtét	52630 Nyálmirigy vagy nyálvezeték helyreállítása
52270 Endoscopos (mikroszkópos) arcüregműtét	52760 Resectio uvulae
52500 Excisio laesionis linguae	
Gasztroenterológia	
16361 Endoscopos sphincterotomia	54490 Endoscopos polypectomia a felső tápcsatornában
16363 Endoscopos kőextractio	54523 Polypectomia colontos per colonoscopiam
16367 Wirsungotomia endoscopica et dilatatio eadem	54693 Polypectomia sigmae, sigmoidoscopos
Idegsebészet	
50432 Carpal tunnel felszabadítás	50435 Egyéb Tunnel syndromák műtétei
Nőgyógyászat	
16611 Falloposcopia laparoscopica	56603 Salpingostomia bilat. laparoscopica
55433 Excisio endometriosis peritonei laparoscopica	56611 Salpingectomy laparoscopica unilateralis
55435 Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica unilat.	56622 Salpingectomy laparoscopica bilaterale
55436 Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica bilat.	56651 Salpingectomy partiale laparoscopica
56515 Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica unilat.	5666A Salpingo-stomatoplastica laparoscopica
56516 Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica bilat.	5666C Adnexectomy laparoscopica
56517 Cauterisatio ovarii laparoscopica (drilling)	56710 Conisatio portionis uteri
56518 Resectio ovarii laparoscopica unilateralis	56720 Cervix elváltozás kimetszése
56519 Resectio ovariorum laparoscopica bilateralis	56721 Kryoconisatio portionis
56521 Oophorectomia unilateralis laparoscopica	56722 Electroconisatio portionis
56531 Salpingo-oophorectomia laparoscopica unilateralis	56723 Méhpolyp eltávolítás
56541 Oophorectomia bilateralis laparoscopica	56740 Méhnyak műtéti reconstructioja
56552 Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica	56741 Méhszáj plastica
56571 Adhaesiolysis laparoscopica	56742 Cerclage colli uteri
56592 Detorquatio ovarii laparoscopica	56812 Septum uteri kiirtás (hysteroscop)
56602 Salpingostomia unilat. laparoscopica	56906 Frakcionált curettage
Sebészet	
54911 Exstirpatio fistulae ani	54935 Haemorrhoidectomy sec. Whithead

54913 Exstirpatio fistulae ani sec Hippokrates	55300 Hernioplastica inguinofemoralis
54930 Haemorrhoidectomy	55310 Hernioplastica inguinofemoralis c. implant.
54931 Haemorrhoidectomy sec. Parks	55311 Hernioplastica inguinofemoralis laparoscopica
54932 Haemorrhoidectomy sec. Milligan-Morgan	55320 Herniotomia inguinofemoralis bilaterális
54933 Haemorrhoidectomy sec. Eisenhammer	55330 Hernioplastica inguinofemoralis bilat. cum implantationem
54934 Haemorrhoidectomy sec. Langenbeck	55340 Hernioplastica umbilicalis
Traumatológia/Orthopédia	
16970 Arthroscopia (betekintés egyéb beavatkozás nélkül)	58056 Arthroscopos szalagvarrat
16971 Arthroscopia csuklón (betekintés egyéb beavatkozás nélkül)	58057 Arthroscopos mozaik plasztika
16972 Arthroscopia könyökön (betekintés egyéb beavatkozás nélkül)	58058 Arthroscopos retinaculum plasztika
16973 Arthroscopia vállon (betekintés egyéb beavatkozás nélkül)	58059 Boka, váll, csípőízületi arthroscopos debridement
58054 Arthroscopos műtét (kivéve térdízület)	58322 Baker-cysta eltávolítása
58055 Arthroscopos szalagplastica	58345 Dupuytren plantaris excisio
Urológia	
56011 Prostatata TUR	56303 Funiculocoele resectio
56013 Transurethralis prostata incisio	56308 Ligatura v. spermaticae internae laparoscopica
56015 Prostata transurethralis spirál behelyezés	56310 Mellékhere cysta kiirtása
56059 Prostata egyéb alternatív LASER műtétei	56311 Spermatocele resectio
56110 Bergmann f. hydrocele műtét	56330 Epididymectomy
56111 Winkelmann f. hydrocele műtét	56360 Vasectomy
56112 Hydrocele műtét	56370 Vasovasostomia
56291 Herefüggőly eltávolítása	56400 Circumcisio
56301 V.sperm.int.retroperitonealis ligatura (Palomo)	56403 Phimotomia
56302 Scrotalis varicocelelectomia	86051 Thermoherapia prostatae

5.5) Kiemelt kockázatú betegségek

a. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény az orvos által írásban elrendelt egészségügyi ellátás igénybevétele, mely a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt bekövetkezett előzmény nélküli kiemelt kockázatú betegsége miatt válik szükségessé, és orvosilag indokolt.

b. A Biztosító szolgáltatásának szabályai

1) Jelen feltételek szerint a biztosításban fedezett kiemelt kockázatú betegségek az alábbiak.

- **Rosszindulatú daganatos megbetegedések:** a szövettani atípiá jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió), és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szervinváziójának lehetősége (metasztázis). Jelen feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak. Jelen feltétel szerint nem minősülnek biztosítási eseménynek a rákmegelőző (precarcinóma) állapotok, a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok, a bőrrákok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum), valamint a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.
- **Agyi érkatasztrófa:** az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfal-szakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszernek az ér által ellátott területei elhalása, infarktusa és maradandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett góctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók. Az érkatasztrófa tényét, a maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti okozati összefüggés tényét a Biztosító orvosa állapítja meg.
- **Szívizomelhalás (szívinfarktus):** a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizomelhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza. Jelen feltételek szempontjából nem minősül szívizomelhalásnak a korai beavatkozást követően vagy spontán Q-hullám nélkül gyógyuló betegség (non-Q infarktus).
- **Krónikus veseelégtelenség:** mindkét vese működésének visszafordíthatatlan csökkenése, amennyiben ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művese-kezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető, és a Biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialízis-kezelésre szorul.
- **Aorta műtét:** olyan mellkasi vagy hasi műtétet jelent, mely az aorta aneurysmája, szűkülete, elzáródása vagy disszekciója miatt történt. Az aorta a mellkasi és a hasi aortát jelenti, mely nem foglalja magába annak ágait. Jelen biztosítás nem terjed ki az intraarterialis technikákra (pl.: perkután endovascularis aneurysma műtét).
- **Cardiomyopathia:** a szívizomzat szerkezeti és funkcionális károsodása. A diagnózist kardiológus vagy belgyógyász szakorvos állítja fel tartós balkamra-károsodás esetén írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melynél az ejekciós frakció (EF) 25%-nál kisebb és – megfelelően beállított, stabilizált kezelés mellett – legalább 6 hónapon keresztül olyan súlyos fizikális aktivitási korlátot jelent, mely megfelel a IV. stádiumú New York Heart-beosztásnak.
- **Elsődleges kisvérköri hipertónia:** Az elsődleges pulmonáris hypertónia diagnózisának legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia a következők közül. A szakorvos által felállított diagnózist vizsgálati eredményekkel kell alátámasztani, beleértve a szívkatéteres vizsgálatot is.
 - Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;
 - Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat ($RV1 + SV5 > 1.05 \text{ mV}$);

- Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;
- Szívultrahang jobb kamra tágulatot mutat ($d > 30$ mm).
- **Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét:** nyitott mellkasban végzett olyan operáció, amely egy vagy több koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetésére irányul a korábban angina pectoris tüneteit mutató betegnél.
- **Szívbillentyű műtét:** nyitott mellkasi szív műtét, melynek célja a kóros szívbillentyű(k) kicserélése, illetve korrekciója. A műtét orvosi szükségességét kardiológusnak, illetve szív-érsebésznek kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva.
- **Alzheimer-kór:** a memória és az intellektuális funkciók állandó és folyamatos leépülése, melyet a standardizált kérdőívek, illetve agyi vizsgálatok igazolnak. Az Alzheimer-kór diagnózisát neurológus vagy pszichiáter szakorvos állítja fel, írásban, szakorvosi leletbe foglalva. Jelen feltételek vonatkozásában Alzheimer-kórnak minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, melynek következtében legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen önállóan a következő öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység közül háromnak az elvégzésére: tisztálkodás, öltözködés, közlekedés, illemhelyhasználat, étkezés.
- **Creutzfeldt-Jakob kór:** olyan gyógyíthatatlan agyi fertőzőes megbetegedés, mely a mozgást, illetve a mentális tevékenységet gyorsan károsítja. Ideggyógyász szakorvos a kórismét objektív idegrendszeri tünetek, súlyos, romló demencia és EEG alapján állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.
- **Kóma:** olyan eszméletvesztést jelent, amely az alábbi együttes feltételeknek megfelel:
 - külső vagy belső ingerekre nem reagál és státusza a Glasgow Kóma Skála szerint nem haladja meg a 4-es értéket,
 - legalább 30 napon keresztül fennáll,
 - a légzést intubációval és mechanikus lélegeztetéssel lehet csak fenntartani.
- **Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás:** A diagnózist ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, a következő betegségek megállapítása esetén: spinális muszkuláris atrófia, progresszív bulbáris bénulás, amiotrófiás laterálszklerózis vagy primer laterálszklerózis. (A kortikospinális pályák, vagy az elülső sarv sejtek, vagy a bulbáris efferens neuronok progresszív károsodásának fennállása szükséges.) Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított idegrendszeri eredetű károsodásának fennállása szükséges a diagnózis felállításához.
- **Paralízis:** Két vagy több végtag működőképességének teljes (100%-os) és végleges elvesztése baleset vagy betegség következtében, amennyiben sem akaratlagos, sem akarattól független mozgás nem észlelhető. A bénulásnak egyértelmű idegrendszeri okának kell lennie. Az ideggyógyász szakorvosnak írásban, szakorvosi leletbe foglalva nyilatkoznia kell arról, hogy a bénulás legalább 3 hónapja tart, végleges, javulásra nincs esély. A jelen feltételek vonatkozásában végtagnak minősül a teljes alsó végtag, mely magában foglalja a csípő-, térd-, boka- és lábízületeket, valamint a teljes felső végtag, mely magában foglalja a váll-, könyök-, csukló- és kézizületeket.
- **Parkinson kór:** egy progresszív neurológiai betegség, mely a motoros és nem motoros funkciók károsodását jelenti. Diagnózist neurológus szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. Jelen feltételek vonatkozásában Parkinson-kórnak minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, melynek következtében legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen önállóan a következő öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység közül háromnak az elvégzésére: tisztálkodás, öltözködés, közlekedés, illemhelyhasználat, étkezés.

- **Sclerosis multiplex:** a központi idegrendszer fehérállományának gócos pusztulásával járó, szakaszosan lezajló betegség, amelynek eredményeképpen a Biztosítottnál járás- vagy egyéb idegrendszeri zavarok (például látóideg-gyulladás, érzészavarok, pszichés zavarok) alakulnak ki. A Biztosító csak abban az esetben teljesít szolgáltatást, amennyiben az ideggyógyász szakorvos sclerosis multiplex fennállását a hosszmetzeti kép alapján írásban, szakorvosi leletbe foglalva diagnosztizálja, és az alábbi két kritérium együttes meglétét igazolja: a mozgató és az érző idegek állandó funkcionális károsodását, mely folyamatosan legalább 6 hónapja tart, és az alábbi vizsgálatok támasztják alá: lumbálpunkció, látás, illetve hallás – egyensúly kóros elváltozásai és az MRI által igazolt központi idegrendszeri károsodások.
- **Szervátültetés:** külső donortól származó vese, csontvelő, máj, szív, hasnyálmirigy és tüdő tényleges átültetése a Biztosított testébe.
- **Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS):** olyan, egész szervezetet érintő kötőszöveti betegség, mely progresszív, átható (diffúz) kötőszöveti átépüléssel jár a bőrben, az ér falakban, és a zsigeri szervekben. A diagnózist reumatológus vagy immunológus szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. A diagnózis felállításának feltétele a betegséget igazoló biopszia (szövettan), vérlelet (szerológia), illetve hogy a betegség több szervre ráterjedjen, magában foglalva a szívet, tüdőt, veséket. Nem minősül biztosítási eseménynek a Lokális scleroderma (morphea), eosinophil fasciitis, valamint a CREST-szindróma.
- **Végállapotú májelégtelenség:** a májműködés állandó és végleges károsodása, mely az alábbi három tünet együttes fennállását okozza: tartós sárgaság (legalább 3 hónapon keresztül, 3 ismételt alkalommal meghatározva 1 hónapos időközönként), ascites (hasvízkór) 1000 ml felett, valamint máj eredetű encephalopathia (agyi funkciók károsodása, melyet neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva igazol).
- **Végso stádiumú tüdőbetegség:** Végso stádiumú, idült légzési elégtelenséghez vezető tüdőbetegség, melynek megállapításának feltételei a következők:
 - FEV1 < 60% ismételten: legalább 3 alkalommal, 3 hónapos időközökben mérve, minden alkalommal, és;
 - folyamatos oxigénterápia alkalmazása szükséges a fennálló oxigénhiány kezelésére, és;
 - az ütőérvégáz-analízis szerint az oxigénnyomás 55 Hgmm-nél alacsonyabb, és
 - nyugalmi légszomj áll fenn.
 A végleges diagnózist tüdőgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.
- **A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás):** a Poliomyelitis diagnózist az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá.
 - Azonosított Poliovírus a megbetegedés okozója,
 - A végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább három hónapja folyamatosan fennálló bénulása.
- **Agyvelőgyulladás:** az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladását okozó vírusfertőzés, amely tartós neurológiai károsodáshoz vezet. A tartós neurológiai károsodásnak minimum 6 hétig folyamatosan fenn kell állnia, és a diagnózist neurológus szakvéleményével kell alátámasztani.
- **Aplasztikus anaemia:** egy krónikus csontvelőbetegség, mely súlyos vérképzési zavart jelent. A diagnózist hematológus szakorvos írásban igazolja, szakorvosi leletbe foglalva. Aplasztikus anaemiának minősül a csontvelő legalább 3 hónapja fennálló és legalább 25%-át érintő károsodás, feltéve, hogy az alábbi három tényezőből legalább kettő fennáll:
 - Az abszolút fehérvérsejt szám kevesebb, mint 500/mm³
 - A vérlemezkék száma kevesebb, mint 20000/mm³
 - A reticulocyták szám kevesebb, mint 20000/mm³

- **Bakteriális agyhártyagyulladás:** bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladásos folyamatain keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerinccsapolással nyert gerincvelő folyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.
- **Harmadfokú égés:** A jelen feltételek vonatkozásában harmadfokú égésnek minősül a teljes mélységű, azaz a bőr minden rétegére kiterjedő, a testfelület legalább 20%-át érintő elváltozás. A diagnózist intenzív terápiás vagy sebész szakorvosnak kell írásban igazolnia, szakorvosi leletbe foglalva, részletes és pontos testtérképpel dokumentálva.
- **Heveny, súlyos májgyulladás:** a heveny májgyulladás a máj heveny megbetegedése, melyet elsősorban különböző vírusfertőzések, de más károsító hatások is okozhatnak. Jelen feltételek vonatkozásában heveny súlyos májgyulladásnak minősül a következő feltételek együttes, legalább 2 héten keresztül történő fennállása: hirtelen, nagyfokú romlás a májfunkciós laborparaméterekben (GOT, GPT, GGT közül legalább 2 > 1000 U/l), valamint súlyos sárgaság (összbilirubin > 200 $\mu\text{mol/l}$).
- **Jóindulatú agydaganat:** az agyban található, életveszélyt jelentő daganat, mely állandó idegrendszeri tünetet okoz az érző és a motoros idegműködésben, és legalább 6 hónapon keresztül fennáll. A daganat jelenléte megfelelő vizsgálatokkal, azaz CT-, MRI-vizsgálatokkal igazolandó. Az idegrendszeri tünet meghatározás a következőket foglalja magában: agyideg bénulása, beszédképesség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség. A biztosítás nem terjed ki a hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyságra, szédülésre, továbbá olyan kórformákra, mint agyi ciszta, granuloma, az agy ereiben (artéria és véna) kialakult elváltozások, haematoma, tályog, a gerincvelő, illetve az agyalapi mirigy daganata.
- **Némaság:** a beszéd teljes, állandó és visszafordíthatatlan elvesztése, melyet a gége, a hallóideg vagy az agyi hallásközpont balesete vagy visszafordíthatatlan betegsége okozott. A diagnózist neurológus vagy fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva, igazolni a gégeműködés képtelenségét, valamint azt, hogy a beszédképesség elvesztése több mint 6 hónapja tart. A jelen biztosítás nem terjed ki a pszichiátriai okból, autizmus, illetve értelmi fogyatékoság következtében kialakult némaságra.
- **Siketség:** mindkét oldali fül hallásának baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie, melyet az audiometria és a hallásküszöb-vizsgálat alátámaszt.
- **Súlyos fejsérülés:** az olyan baleseti eredetű koponyasérülés, mely az agyi funkciók károsodásával jár. Ezt ideggyógyász szakorvos állapítja meg írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melyet MRI- és/vagy CT-vizsgálatok eredményével támaszt alá. Jelen feltételek vonatkozásában súlyos fejsérülésnek minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, melynek következtében legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen önállóan az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére: tisztálkodás, öltözködés, közlekedés, illemhelyhasználat, étkezés.
- **Súlyos, műtéti beavatkozást igénylő Crohn-betegség:** a Crohn-betegség a gyulladásos bélbetegségek egyik típusa, amely a bélrendszer nyálkahártyájának gyulladásával jár, ezáltal súlyos hasmenéshez és hasi fájdalomhoz vezet. Jelen feltételek vonatkozásában súlyos Crohn betegségnek minősül az olyan, biopsziával (szövettannal) igazolt Crohn-

betegség, amely legalább két műtéti beavatkozást tesz szükségessé (a végbélsipoly műtétjének kivételével). A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amelyhez csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.

- **Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa:** a colitis ulcerosa a gyulladásos bélbetegségek egyik fajtája, ami az emésztőrendszer, általában a vastagbél és a végbél nyálkahártya felületes rétegeit, és jellegzetesen a bélszakasz összefüggő területeit érintő krónikus gyulladásával jár, jellegzetesen hasi fájdalom és hasmenés kíséri. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. Jelen feltételek vonatkozásában súlyos colitis ulcerosának minősül az olyan, biopsziával (szövettannal) igazolt colitis ulcerosa, amely a vastagbél teljes vagy részleges műtéti eltávolításával jár (totalis vagy subtotalis colectomia).
 - **Szisztémás lupus erythematosus (SLE):** a test több szervét érintő autoimmun betegség, amelynek tünetei időnként felerősödnek, időnként lecsökkennek. Az SLE diagnózisát reumatológus, immunológus, belgyógyász-nefrológus vagy ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:
 - típusos bőrlenségek (pillangószárny erythema, discoid bőrkütés),
 - sokízületi gyulladás,
 - serositis,
 - SLE által kiváltott vérképzőszervi és immunológiai kóros elváltozások,
 - pozitív antinukleáris antitest kimutatása vérvizsgálat során,
 - központi idegrendszeri károsodás,
 - vesekárosodás.
 - **Vakság:** mindkét szem látásának baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist szemész vagy neurológus szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie. Jelen feltételek vonatkozásában vaknak minősül az, akinek
 - látóélessége megfelelő korrekcióval mindkét szemén legfeljebb 5/70, vagy az egyik szemén legfeljebb 5/50, a másik szemén három méterről olvas ujjakat, vagy az egyik szemén legfeljebb 5/40, a másik szemén fényérzékelés nincs, vagy a másik szeme hiányzik,
 - akinek közeli látásélessége rövidlátás esetén Csapody V., vagy annál rosszabb, vagy
 - akinek látótere mindkét oldalon körkörösén húsz foknál szűkebb.Jelen biztosítás nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.
 - **Végtagelvesztés:** egy végtag végleges elvesztése, balesetből vagy betegségből kifolyólag, boka, illetve csukló feletti magasságban elszervenve.
- 2) Jelen feltételek szerint a biztosításban fedezett, kiemelt kockázatú betegségekhez kapcsolódó egészségügyi ellátások a következők:
- egészségügyi ellátás (járó- és fekvőbeteg-ellátás keretében),
 - szakpszichológiai ellátás,
 - dietetikai tanácsadás.

A Biztosított az Ellátásszervező által előzetesen jóváhagyott következő egészségügyi szolgáltatásokat is igénybe veheti a szolgáltatási keretösszeg terhére:

- a) A biztosítási esemény következményeként fellépő egészségkárosodás esetleges utólagos gyógykezelése.

b) A Biztosított a biztosítási eseménnyel összefüggően egészségi állapotának javítása, a fájdalom és a szenvedés csökkentése érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások.

- 3) Jelen feltételek szerint nem térítendő a biztosításban fedezett kiemelt kockázatú betegségek kapcsán elrendelt gyógyszerek, kötszerek, gyógyászati segédeszközök költsége, valamint a fekvőbeteg-ellátás extra költségei (mint például VIP szoba, stb.).
- 4) A Biztosító jelen fedezet esetében utólagos térítés keretében téríti meg a Szerződőn keresztül a Biztosított által előfinanszírozott egészségügyi ellátás(ok) költségeit, amennyiben azok a jelen feltételek szerint térítendőek.
- 5) A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összeghatár (biztosítási időszakra szóló limit) jelen fedezet tekintetében 650.000 forint / fő / biztosítási év. A Biztosító az egészségügyi ellátás(ok) díját csak a jelen pontban megjelölt limit mértékéig téríti meg a Biztosított számára.
- 6) Jelen fedezet tekintetében a Biztosító csak egyszer szolgáltat, így különböző típusú kiemelt kockázatú betegségek időben elkülönült bekövetkezése, vagy az adott típusú kiemelt kockázatú betegség ismételt bekövetkezése esetén a Biztosított nem jogosult a Biztosító újbóli szolgáltatására.
- 7) Adott kiemelt kockázatú betegség tekintetében a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége maximum az első diagnózistól számított 3 évig áll fenn, mely alatt a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összeghatár biztosítási évenként érvényes.

6) Díjfizetés

- 1) A díjjal nem rendezett időszakban a Biztosított a szolgáltatást nem veheti igénybe, kivéve, ha az adott biztosítási évre vonatkozó díjmaradás utólag rendezésre kerül.
- 2) A Biztosítottnak a díjmaradás Szerződő felé történő rendezésére kizárólag a díjmaradás évében van lehetősége, a biztosítási évfordulón átnyúló utólagos teljesítés nem lehetséges.
- 3) A díjmaradás utólagos rendezése esetén a díjjal rendezett időszak tekintetében a Biztosított utólagos térítés igénybevételeire jogosult.

7) A kockázatviselés megszűnése

Az egyes Biztosítottak vonatkozásában – a PannonMed Általános Szolgáltatásfinanszírozó Egészségbiztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a Biztosító kockázatviselése megszűnik,

- amennyiben a Biztosított biztosítási jogviszonyát lemondó nyilatkozattal megszünteti – ha a lemondó nyilatkozat adott hónap 20. napjáig a Szerződőhöz beérkezik, a hónap utolsó napjának 24. órájában, egyéb esetben a következő hónap utolsó napjának 24. órájában;
- amennyiben a Biztosított betölti 75. életévét (maximális biztosított kor). A kockázatviselés megszűnésének időpontja annak a naptári évnek az utolsó napja (a nap 24. órája), melyben a Biztosított eléri a 75. életévét.