

Hatálybalépés időpontja: 2026. július 1.

I. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: **Biztosító**) a jelen Csoportos Egészségbiztosítási Feltételek (továbbiakban: **Biztosítási Feltételek**) alapján arra vállal kötelezettséget, hogy biztosítási díj ellenében a biztosítási események bekövetkezése esetén a Biztosítási Feltételek szerint meghatározott biztosítási szolgáltatásokat nyújtja.
2. A biztosítási szolgáltatást a Biztosító a Szerződő és a Biztosító által kötött Csoportos Biztosítási Szerződés alapján nyújtja.

II. FOGALMAK, MEGHATÁROZÁSOK

1. Egészségügyi dokumentum, dokumentáció

Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, a hatályos jogszabályok alapján és az egészségügyi, orvosszakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás, vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. Ezek különösen az alábbi dokumentumok: ambulánslap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási, illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény (másolat), beutaló (másolat).

2. Egészségügyi ellátás

Az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amelynek célja a páciens egészségének megőrzése, a megbetegedések korai felismerése, megelőzése, megállapítása, kezelése, beteg állapotának javítása, állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálata, kezelése, gondozása, ápolása, fájdalom csökkentése, továbbá a beteg jelen szerződés szerinti vizsgálati anyagainak feldolgozása.

3. Egészségügyi szolgáltató

A Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi szolgáltatások nyújtására jogosult szolgáltató, aki az igénybe vett szolgáltatásról érvényes számlát állít ki a Biztosító vagy a Biztosított részére.

4. Egészségügyi tevékenység

Az egészségügyi ellátás részét képező minden tevékenység, kivéve azon tevékenységeket, amelyek végzéséhez nem szükséges egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy szakmai felügyelete.

5. Egynapos sebészeti beavatkozás

A jelen Biztosítási Feltételek vonatkozásában a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, a várakozási idő leteltét követően szükségessé váló tervezhető, tervezett (elektív), az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendeletben definiált beavatkozás, amely az orvos szakképesítése, jártassága, a kötelezően előírt és szükséges infrastruktúra, a beteg egynapos műtéti kiválasztása és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerekkel működő intézményben történik és a Biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 (huszonnégy) órát.

6. Ellátásszervező

Jelen Biztosítási feltételek tekintetében a szolgáltatást a Biztosító kiszervezett tevékenységként, a Szolgáltató partnerével együttműködve nyújtja. A Szolgáltató partnerek listája az alfa.hu/dokumentumok/194/partnerek/45011/kulso-szolgáltato-partnerek.pdf weboldalon található.

7. Kárbiztosítás

A Biztosító szolgáltatása a biztosított kárának a szerződésben meghatározott módon és mértékben történő megtérítésében, a biztosított részére nyújtott más szolgáltatás teljesítésében áll (a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: Ptk.) 6:439. § (2) bekezdés).

8. Kezelés

A páciens betegségével, sérülésével, egészségkárosodásával, illetve egészségi állapotával kapcsolatos diagnosztikai, vizsgálati, terápiás eljárás, továbbá ezek keretében végzett beavatkozás, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, melyet (szak)orvos(ok) nyújt(anak), mint kezelőorvos(ok).

9. Kezelőorvos

A páciens betegségével, sérülésével, egészségkárosodásával, illetve egészségi állapotának felmérésével összefüggő diagnosztikai, vizsgálati, terápiás eljárást felállító, továbbá ezek keretében beavatkozást, egészségügyi ellátást vagy szolgáltatást nyújtó (szak)orvos, aki a páciens egészségi állapotáért, megfelelő egészségügyi ellátásáért felel.

10. 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. (Ptk. 8:1.§ (1) bekezdés 1. pont)

11. Hozzátartozó

A közeli hozzátartozó, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és a testvér házastársa. (Ptk. 8:1.§ (1) bekezdés 2. pont)

12. Szakorvos

Érvényes szakvizsgával és működési engedéllyel rendelkező orvos, ide nem értve a háziorvostan, üzemorvostan, katasztrófaorvostan szakvizsgával rendelkező orvosokat.

13. Szolgáltatási csomagok

A Csoportos Biztosítási Szerződés keretében elérhető fedezetekből a Biztosító által összeállított csomagok (lisd. Szolgáltatási táblázat – 1. számú Melléklet), melyek közül a Biztosított választhat.

14. Szolgáltatási limit

A Biztosító meghatározza, hogy a jelen Biztosítási Feltételek Szolgáltatási táblázata (1. számú Melléklet) szerinti szolgáltatás igénybe vételét a kockázatviselés kezdetétől számított **mekkora keretösszegig téríti.**

15. Várakozási idő

Jelen Biztosítási feltételekben meghatározott kockázatok tekintetében a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában a kockázatviselés kezdetétől számított **1 (egy) hónap várakozási időt** határoz meg. A **várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási események vonatkozásában a Biztosító sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást** (kivéve a VIII.2., VIII.6.6. és VIII.7.7. pontokban meghatározott eseteket).

III. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1. Biztosító

Az **Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.** (1091 Budapest, Üllői út 1., cégjegyzékszám: 01-10-041365, adószám: 10389395-4-44), amely a befizetett díj ellenében vállalja az egészségbiztosítási kockázatot, és a Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

2. Szerződő

Hiper Projekt Kft. (1134 Budapest, Tüzér utca 39., cégjegyzékszám: 01-09-417849, adószám: 32318708-2-41), amely a Biztosítóval Csoportos Biztosítási Szerződést kötött és a díjfizetésre kötelezettséget vállalt. A Szerződő a csoportos biztosítási szerződés tartama alatt a Biztosító által hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.

3. Biztosított

Biztosított a Csatlakozási Nyilatkozatot tevő Tesco ClubCarddal rendelkező ügyfél, akinek életkora a Nyilatkozat megtételétől 18–65 (tizennyolc-hatvanöt) év közötti. A belépési kor számítása úgy történik, hogy a naptári évből kivonásra kerül a születési év. **A biztosítási fedezet a Biztosított 65. (hatvanötödik) életévéig, az életkor betöltése évének utolsó napjáig érvényes.**

A Biztosított jelen csoportos biztosítási szerződésbe Szerződőként nem léphet be.

4. Kedvezményezett

A Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás igénybe vételére minden esetben a Biztosított jogosult.

IV. A BIZTOSÍTÁS TERÜLETI ÉS IDŐBELI HATÁLYA

A szolgáltatás-finanszírozói egészségbiztosítási fedezetek (betegség miatti egynapos sebészet és betegség miatti nagyértékű diagnosztika) esetén a biztosítás a Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, azonban a biztosítási eseményeket kiváltó ok a Föld bármely országában bekövetkezhet. A többi fedezet esetén a területi hatály a Föld bármely országa. A biztosítási szolgáltatás iránti igény **kizárólag Magyarországon és magyar nyelven érvényesíthető.** A biztosítás határozatlan tartamú.

V. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE, HATÁLYA, DÍJFIZETÉS

A Biztosító kockázatviselése az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Csatlakozási Nyilatkozat megtételét követő naptári nap 0 (nulla) órájkor kezdődik.

A biztosítási időszak (biztosítási év) 1 (egy) év. Az első biztosítási év a Csatlakozási Nyilatkozat megtételét követő hónap elsején indul. A biztosítási évforduló minden évben a Biztosítottra vonatkozó biztosítási időszak kezdetének napja.

A Csoportos Biztosítási Szerződés díját a Szerződő fizeti meg a Biztosító részére. A Szerződő a biztosítási díj mindenkor összegét a Biztosítottra áthárítja, a fizetés a Biztosított által választott **havi, negyedéves vagy éves** gyakorisággal, hitel-, illetve bankkártyáról, rendszeresen, a csoportos szerződéshez történő csatlakozás során adott megbízás alapján történik.

A díjfizetés kezdete a csatlakozást követő hónap első napja, a választott díjfizetési gyakoriság szerinti első áthárított díj a csatlakozási nyilatkozat megtételekor fizetendő, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

Biztosítotti jogviszony egy természetes személy (fogyasztó) részére egy biztosítási időszak alatt egy adott biztosítási csomagra jöhet létre.

VI. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK MEGSZŰNÉSE AZ EGYES BIZTOSÍTOTTAK VONATKOZÁSÁBAN

- A Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnésével, a megszűnés napján 24 (huszonnégy) órákor, melyről a Szerződő küld értesítést a Biztosítottnak;
- ha a Biztosított a rá áthárított biztosítási díjat a Szerződőnek nem fizeti meg, a Szerződő által a Biztosítottnak küldött, írásbeli felszólításban megállapított 30 (harminc) napos póthatáridő eredménytelen elteltével, a díj esedékesség napja 0 (nulla) órára visszamenőleges hatállyal, kivéve, ha a Szerződő a Biztosítottra jutó díjat a póthatáridő letelte előtt a Biztosítónak megfizeti;
- ha a Biztosított a Szerződő info@hiperbiztositas.hu e-mail címre a biztosítási időszak végét megelőző 30. (harmincadik) napig beérkező nyilatkozatával a csoporttagságát a biztosítási időszak végére felmondja;
- a Biztosított 65. (hatvanötödik) életévének betöltésekor, az életkor betöltése évének utolsó napján 24 (huszonnégy) órákor;
- a Biztosított halálával.

Internetes vagy telefonos csatlakozás esetén a Biztosított a csoporttagságról a csatlakozás napjától számított 14 (tizennégy) napon belül jogosult lemondani a Szerződő info@hiperbiztositas.hu e-mail címére küldött nyilatkozatával. A csoporttagság a csatlakozás dátumára visszamenőleges hatállyal szűnik meg. A Szerződő köteles a befizetett díjat a lemondó nyilatkozat kézhezvételét követően, de legkésőbb 30 (harminc) napon belül a Biztosított részére visszatéríteni.

VII. KIZÁRÁSOK

1. Általános kizárások

Nem téríti meg a Biztosító a következményi károkat, továbbá azokat a károkat, amelyek háborúval, polgárháborúval, forradalommal, államok közötti fegyveres összeütközéssel, háborús cselekménnyel, harci cselekménnyel, terrorcselekménnyel, belső zavargással, lázadással, tüntetéssel, felvonulással, sztrájkokkal, munkahelyi rendbontással illetve radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, a nukleáris energia károsító hatásával vagy járvánnyal összefüggésben következnek be. Harci cselekménynek minősül a határvillongás, a felkelés, a lázadás, a zavargás, a törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, idegen ország korlátozott célú harci cselekményei (például csak légi csapás vagy csak tengeri akció).

A Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárfizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár fizetésével a Biztosító sértené az Egyesült Nemzetek Szervezetének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést, vagy rendeletet vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit, (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).

A Biztosító kizárja helytállási kötelezettségét a kibereemény következtében bekövetkezett károkra és költségekre, nem vagyoni sérelemre, valamint üzemszünetből származó károkra és költségekre.

Kibereemény: nem kívánt vagy nem várt egyedi esemény vagy eseménysorozat, amely az elektronikus információs rendszerben, információtechnológiai rendszerben vagy az ezek által felügyelt és/vagy irányított rendszer(ek)ben kedvezőtlen változást vagy egy előzőleg ismeretlen károsító helyzetet idéz elő, és amelynek hatására az elektronikus információs rendszer, információtechnológiai rendszer által hordozott információ bizalmassága, sértetlensége, hitelessége, funkcionalitása vagy az ezek által felügyelt és/vagy irányított rendszer rendelkezésre állása és üzemszerű működése elvész, illetve megsérül.

A Biztosító abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha a kibereemény az információs technológia eszközeinek használatával következett be.

A Biztosító abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha a biztosítási esemény az alábbi körülményekkel összefüggésben következett be:

- elme és pszichiátriai kóros állapot,
- a jogszabály szerint ionizáló vagy annak minősülő sugárzás, nukleáris energia,
- a Biztosított öngyilkossági kísérletének következtében bekövetkező egészségbiztosítási események a biztosítási tartam egészében,
- a Biztosított súlyosan ittas (0,8 (nulla egész nyolctized) ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapot.

2. Előzménybetegségi kizárások

A Biztosító az Előzménybetegségeket kizárja az egészségbiztosítási fedezetből (a telefonos orvosi asszisztencia szolgáltatás kivételével), erre vonatkozóan szolgáltatást nem teljesít. Előzménybetegség a kockázatviselés kezdetét megelőzően diagnosztizált, már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely az adott Biztosítottra vonatkozó jogviszony tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettel összefügg.

Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra a biztosítási eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

3. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbiakban meghatározott sporttevékenységével:

- **Autómotor sportok:** versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rali, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, gokart sport, autocrash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.
- **Repülőtevékenység:** motoros, segédmotoros, illetve motor nélküli légi jármű, ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, gumikötél ugrás, mezőgazdasági repülés.
- **Egyéb:** búvárkodás, nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, illetve sziklamászás, barlangászat.

A rettegett betegség esetében a Biztosító nem köteles a szolgáltatás teljesítésére, ha a biztosítási esemény jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott bekövetkezésére és a Biztosítóhoz jelen Biztosítási Feltételek szerint történt bejelentésére nem a Biztosított életében került sor.

4. A Biztosító és az Ellátásszervező nem felel a megszervezett szolgáltatás során végzett konkrét szakmai munkáért, az egészségügyi ellátás során a szolgáltató intézmények által végzett tevékenységért és okozott kárért közvetlenül az egészségügyi szolgáltató tartozik felelősséggel.

VIII. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELE

1. A Biztosító nem teljesít szolgáltatást azoknak a Biztosítottaknak, akikre vonatkozóan a biztosítási díj nem került megfizetésre.

2. Telefonos orvosi asszisztencia szolgáltatás

A Biztosító a telefonos asszisztencia szolgáltatásra várakozási időt nem alkalmaz.

2.1. 24 (huszonnégy) órás orvosi segélyvonal

A (+36) 1-461-1584-es telefonszámon szakképzett, gyakorló orvosoktól a Biztosított információt kaphat:

- a) orvosi szakkifejezések, kórházi zárójelentések magyarázatáról,
- b) laboratóriumi eredmények és ezekből eredő összefüggések magyarázatáról,
- c) orvosi eljárások magyarázatáról,
- d) betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
- e) gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
- f) orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyletekről,
- g) ügyeleti gyógyszerárakról,
- h) egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

A kapott válaszok kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesíthetik a személyes orvosi vizsgálatot.

2.2. **Virtuális háziorvos**

- 2.2.1. A szolgáltatási igény munkanapon 8–20 (reggel nyolc–este nyolc) között a **(+36) 1-461-1584**-es telefonszámon jelezhető.
- 2.2.2. Az Ellátásszervező a szolgáltatási igény bejelentését követően legkésőbb 2 (kettő) munkanapon belüli időpontra szervezi meg a telefonos orvosi konzultációt, amelyről e-mailen küld tájékoztatást a Biztosított részére. A megadott időpontban az orvos a Biztosított által a szolgáltatási igény bejelentésekor megadott telefonszámon hívja fel a Biztosítottat.
- 2.2.3. A Virtuális háziorvosi szolgáltatás az alábbiakkal kapcsolatban vehető igénybe:
- a) hétköznapi panaszok, mint pl. felsőlégúti panaszok (orrfolyás, torokfájás, köhögés),
 - b) gyógyszer felírás,
 - c) személyre szabott egészségügyi tanácsadás,
 - d) lelet értelmezése vagy tanácsadás az adott betegséggel kapcsolatos további teendők tekintetében.

2.2.4. **A Biztosító szolgáltatása nem terjed ki az alábbiakra:**

- a) táppénzes ellátásba vétel,
- b) jogosítvány hosszabbítás,
- c) állami egészségügyi ellátásba történő beutaló kiállítása.

A telefonos orvosi konzultáció során nyújtott információk nem minősülnek orvos szakértői tevékenység eredményének, egészségügyi szolgáltatásnak, diagnózisnak vagy kezelési javaslatnak, ilyen jellegű tevékenységre a Biztosító szolgáltatása nem terjed ki.

- 2.2.5. A pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása a Virtuális háziorvosi szolgáltatás alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a Biztosított személyes vizsgálatát.
- 2.2.6. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért a Biztosító és az Ellátásszervező nem vállal felelősséget.
- 2.2.7. **A Virtuális háziorvosi szolgáltatás biztosítási évenként 6 alkalommal vehető igénybe.**

3. **Orvosi ellátás – betegség miatti nagyértékű diagnosztika és egynapos sebészet**

3.1. **Az orvosi ellátás elemei és a szolgáltatás korlátozása**

Orvosi ellátás keretében a Biztosított magán egészségügyi szolgáltatónál mindenkor elérhető orvosszakmákban betegség miatti

- egynapos sebészet keretében végzett műtétet,
- nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokat

vehet igénybe azon ellátások kivételével, melyek a jelen Biztosítási Feltételekben felsorolásra kerültek.

- 3.1.1. **Amennyiben a Biztosított nem az Ellátásszervező szervezésben vesz igénybe ellátást (maga szervezi meg), a Biztosító csak abban az esetben nyújt szolgáltatást, ha a benyújtott dokumentumokból megállapítható, hogy az ellátást szükségessé tevő tünet vagy betegség biztosítási eseménynek minősül. Ebben az esetben a Biztosító utólag és csak olyan összeghatárig téríti meg az igénybe vett szolgáltatás díját, amilyen összegért az Ellátásszervező az adott ellátást megszervezte volna. Utólagos térítés esetében a Biztosító az összes szükséges dokumentum Ellátásszervezőhöz történő benyújtását követő 30 (harminc) napon belül megtéríti azt a Biztosítottnak.**

- 3.1.2. A Biztosító fedezete az alábbi, betegséggel összefüggő nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra terjed ki:

- a) CT,
- b) Cardio CT,
- c) MRI.

- 3.1.3. A Biztosító által fedezett, betegséggel összefüggő egynapos sebészeti ellátások listáját jelen Biztosítási Feltétel 2. számú Melléklete tartalmazza.

A Biztosító fedezete nem terjed ki az alábbi egynapos sebészeti ellátásokra:

- a) sterilisatio laparoscopica feminae,
- b) sterilisatio laparoscopia kapoccsal,
- c) sterilisatio laparoscopia gyűrűvel,
- d) sterilisatio laparoscopia monopol. elektródával,

- e) sterilisatio laparoscopia bipol. elektródával,
- f) extrauterin graviditas laparoscopos műtéte,
- g) laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából,
- h) terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel,
- i) terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel,
- j) méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal,
- k) interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal,
- l) interruptio laminaria tágitással,
- m) gyógyszerrel végzett interruptio befejezése,
- n) meddőséggel kapcsolatos beavatkozások,
- o) művi megtermékenyítés,
- p) gyomorballon beültetés,
- q) szépsészeti okból végzett plasztikai műtetek, esztétikai célú beavatkozások,
- r) fénytörési hibát javító (látásjavító) szemműtétek (PRK, LASIK, LASEK, INTRALASIK stb.),
- s) dialízis kezelés,
- t) meddővé tétel,
- u) meddőség kezelésével kapcsolatos ellátások,
- v) fogászati és szájsebészeti beavatkozások,
- w) szépsészeti műtét szövődménye miatt szükségessé váló műtétek,
- x) ambuláns sebészeti beavatkozások és kúraszerű ellátások.,
- y) gyomorballon beültetés,
- z) pacemaker beültetés,
- aa) orrsövény-műtét,
- bb) orrkagyló rezekció,
- cc) alvási apnoe miatt végzett szájpadrezekció, uvularezekció,
- dd) elhalt terhesség műtéti befejezése,
- ee) visszérbetegség lézeres vagy radiofrekvenciás kezelése, sclerotrípia.

3.2. **A Biztosítás igénybevétele**

3.2.1. *Telefonos bejelentkezés*

Az orvosi ellátás igénybevételéhez a Biztosított jelentkezik be az Ellátásszervezőnél telefonon. A telefonos szolgáltatás munkanapokon 8–20 (reggel nyolc–este nyolc) óra között áll rendelkezésre a (+36) 1-461-1584 számon. Megtörténik a telefonáló azonosítása, szükség esetén a jogosultság ellenőrzése név és azonosító szám vagy születési dátum alapján. Amennyiben az Ellátásszervező a szakorvosi javaslat és jelen Biztosítási Feltételek alapján jogosnak ítéli a Biztosított ellátási igényét, megszervezi a kért ellátást. A jelentkezéstől és az ellátás megszervezéséhez szükséges összes dokumentáció beérkezésétől számított 5 (öt) munkanapon belül az Ellátásszervező telefonon vagy e-mailben tájékoztatja a Biztosítottat az ellátás időpontjáról, helyéről.

Az Ellátásszervező elérhetőségeit a Biztosító a Szerződő részére eljuttatja, amelyről a Szerződő a Biztosítottakat tájékoztatja.

Amennyiben a Biztosított a számára megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább a megszervezett ellátás időpontja előtt 24 (huszonnégy) órával nem értesíti az Ellátásszervezőt telefonon, úgy a Biztosított a megszervezett szakvizsgálat ismételt megszervezésre az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

3.3. A Biztosító, a Biztosított által igénybe vett egészségügyi ellátás költségeit a rá vonatkozó csomagnak a jelen Biztosítási Feltétel Szolgáltatási táblázatában (1. számú Melléklet) feltüntetett limitek alkalmazásával téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak vagy a Biztosítottnak, amennyiben a Biztosított a szolgáltatást az Ellátásszervező által meghatározott szolgáltatónál veszi igénybe.

A Biztosító vagy az Ellátásszervezője előzetes orvosi vizsgálat eredményeit kérheti az ellátás indokoltságának megítélésére, illetve a Biztosított által igényelt orvosi ellátás szükségességét igazoló dokumentumok és leletek bemutatását kérheti a Biztosítotttól.

Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokhoz szakorvosi beutaló vagy javaslat szükséges (mely a szolgáltatás keretén belül beszerezhető).

3.4. Az orvosi ellátásra vonatkozó kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:

- Sürgősségi ellátások, életveszély elhárítása.
- A művi terhesség-megszakítás, (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség- megszakítások eseteit, illetve a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását) terhesgondozás.
- Jogszabályban meghatározott, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások, az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatások, a művi meddővé tétel, továbbá a kizárólag a meddőség megszüntetésével kapcsolatos műtétek, illetve a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos vizsgálatok, kezelések és beavatkozások.
- Nemi jelleg megváltoztatására irányuló egészségügyi szolgáltatások.
- Jogszabályban meghatározott szerv és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások, vagy protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése, vagy művesekezelés.
- Egészségügyi szakértői tevékenység.
- Esztétikai céllal végzett kezelés és sebészeti beavatkozás.
- Ápolás és haldokló páciensek gondozása (hospice), életfenntartó beavatkozások, a geriátriai ellátás, krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása, kivéve a krónikus betegségek kórismézését, a kezelésük első beállítását, az akut szakaszainak akut ellátását.
- Állapotfenntartó infúziós kezelések, (pl. akut tünetek nélküli keringésjavító kezelések, vitaminkúrák stb.), jogszabályban meghatározott emberen végzett orvostudományi kutatások.
- Orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.
- Jogszabályban meghatározott, a katasztrófa és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ideértve a kötelező illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, a jogszabályokban és orvosi javaslatokban rögzített védőoltási kötelezettség elmulasztását.
- Alkohol, drog vagy kábítószer, illetve szenvedélybetegség, továbbá a lelki működészavarok és betegségek miatti elvonókúrák, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, vizsgálatok és kezelések.
- Jogszabályban meghatározott, a nem-konvencionális eljárások körébe tartozó ellátás, természetgyógyászati kezelés, akupunktúra, alternatív gyógyászat, wellness szolgáltatások, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás.
- Jogszabályban meghatározott megelőzés, és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, orvosi vizsgálatok, ez alól kivételt képeznek a Biztosító által elrendelt egészségfelmérés részét képező szűrővizsgálatok.
- HIV-fertőzéssel okozati összefüggésben álló események, továbbá a szexuális úton átvihető betegségek miatti események (STD).
- Hajdiagnosztika.
- Injekciós kezelés.
- Visszérbetegség injekciós kezelése.
- Lézerrel végzett kezelések.
- Fogászati ellátás.
- Nemibeteg gondozás.
- Hepatitis fertőzött betegek gondozása.
- Alkalmassági vizsgálatok.
- Pszichiátriai vizsgálat, kezelés.
- Talpdiagnosztika.
- Hőterképes vizsgálatok.
- Meddőséggel kapcsolatos orvosi ellátás, vizsgálat, diagnosztika.
- Szűrési céllal elvégzett vizsgálatok.

3.5. A Biztosító az orvosi ellátásra vonatkozó szolgáltatásokra 1 (egy) hónap várakozási időt köt ki. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási esemény vonatkozásában a Biztosító sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

4. Második orvosi vélemény szolgáltatás

4.1. Második orvosi vélemény alatt a jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában a Biztosított által az Ellátásszervezőnek feltett, a Biztosított súlyos betegségére vonatkozó orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvos- szakértő által készített **orvosi távszakvéleményt kell érteni.**

4.2. A biztosítási esemény

Biztosítási esemény a Biztosítottnak az Ellátásszervező (+36) 1-461-1584-es telefonszámán bejelentett, második orvosi véleményre vonatkozó igénye. A biztosítási esemény időpontja a jelen Biztosítási Feltételek szerint **teljesíthető igény** bejelentésének időpontja.

4.2.1. Második orvosi vélemény az alábbi, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező betegségek esetén kérhető:

- az életet fenyegető rákos (rosszindulatú daganatos) megbetegedés,
- szívbetegség, szív- és érsebészeti beavatkozást igénylő betegség,
- szervátültetés,
- neurológiai és idegsebészeti betegség,
- az idegrendszer degeneratív betegségei és szklerózis multiplex,
- veseelégtelenség következtében kialakult betegség, állapot,
- az életet fenyegető betegség, állapot vagy nagy bonyolultságú beavatkozás szükségessége.

4.2.2. A Biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Ellátásszervező a Biztosított által a részére rendelkezésre bocsátott orvosi dokumentumok birtokában 30 (harminc) munkanapon belül beszerzi a második orvosi véleményt, amelyet magyar nyelven az egyeztetett módon átad a Biztosítottnak.

4.2.3. A biztosítási esemény bejelentése nem jelenti az Ellátásszervező azonnali rendelkezésre állását. A második orvosi vélemény elkészítésébe bevont orvosok kiválasztásában a szolgáltatást nyújtó Ellátásszervező dönt.

4.2.4. A szolgáltatás keretében készített szakvélemény célja kiegészítő információ nyújtása, és nem egy önálló orvosi diagnózis felállítása és terápiás döntés meghozatala, utóbbiak ugyanis személyes orvos-beteg találkozást tennének szükségessé; ennek megfelelően a szakvéleményért és az abban foglaltak felhasználásáért a Biztosító, illetve a szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltató nem tartozik felelősséggel.

4.2.5. Második orvosi véleményre az alábbi események, illetve körülmények együttes fennállása biztosít jogosultságot:

- 18 (tizennyolc) év feletti életkor;
- rendelkezésre álló első orvosi vélemény,
- az egészségügyi szolgáltató által meghatározott, a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi dokumentumok Biztosított általi átadása az Ellátásszervező részére (az átadás történhet postai úton, faxon vagy e-mailen),
- az Ellátásszervező által meghatározott egyéb dokumentumok (különösen kérelem, kérdőív vagy jogi nyilatkozat) kitöltése és aláírása.

4.2.6. Biztosított a második orvosi vélemény tárgyát képező betegség kapcsán a külföldi gyógykezelése megszervezését is kérheti, mely kapcsán az Ellátásszervező az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- a megfelelő kórház kiválasztása és javaslattevél Biztosított részére,
- árajánlat beszerzése a javasolt kórháztól,
- a kórházi kezelés időpontjának egyeztetése.

4.2.7. A szolgáltatás a betegszállítás és a külföldi gyógykezelés költségét nem fedezi, kizárólag a gyógykezelés megszervezésében nyújt segítséget.

4.3. A második orvosi vélemény szolgáltatás igénybevétele

- Biztosított (+36) 1-461-1584-es számon bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét.
- Az Ellátásszervező tájékoztatást ad a szolgáltatásról, és a Biztosítottnak megküldi a szolgáltatás igénybe vételéhez szükséges kérdőívet és jogi nyilatkozatot.
- A Biztosított a kérdőív kitöltésével, valamint jogi nyilatkozat aláírásával, a VIII.4.4. pontban felsorolt egészségügyi dokumentumok, és mindezek Ellátásszervező részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a szolgáltatás igénybevételét.
- Az Ellátásszervező a Biztosítottal egyeztetett formátumban és módon (email, telefax, nyomtatott formában postai küldemény) megküldi a Biztosított részére a szakvéleményt.

- Az Ellátásszervező ezt követően a második orvosi vélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló további távkonzultációt biztosít a Biztosított számára.

4.4. **A szolgáltatást érintő egyéb tudnivalók**

- **A második orvosi véleményt minden esetben a Biztosított kezelőorvosai által készített leletei és a már felállított diagnózis alapján nyújtják, személyes orvosi találkozóra és vizsgálatokra nem kerül sor.**
- A Biztosított **csak akkor jogosult** a második orvosi vélemény igénybevételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta, és a vizsgálatról leleteket készített, illetve írásos diagnózist állított fel.
- A második orvosi vélemény igénylésekor a **kérelemhez a Biztosítottnak csatolnia kell az esetről készült orvosi/kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetszövetminták eredményét, és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell az Ellátásszervező által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket.** A Biztosított kérésére és felhatalmazásával az Ellátásszervező kapcsolatba lép a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges információt.
- A pótlólagosan felmerülő orvosi vizsgálatokkal és kezelésekkal, orvosi jelentések megírásával, vizsgálatokkal kapcsolatos költséget és díjakat a Biztosított fizeti.
- A második orvosi vélemény nem használható fel a Biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.
- **A második orvosi vélemény tudományos vagy jogi bizonyítékként nem felhasználható.**
- **Biztosító a második orvosi véleményre 1 (egy) hónap várakozási időt köt ki. A várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn.**

5. **Rettegett betegség**

5.1. **Biztosítási esemény**

A Biztosítottnak a kockázatviselés hatálya alatt, a jelen feltételek VIII.5.2. pontjában meghatározott rettegett betegségekben történő VIII.5.3. pont szerint bekövetkező megbetegedése, illetve műtete.

5.2. **A rettegett betegségek definíciója**

5.2.1. *Rosszindulatú daganatok és szövetileg jóindulatú agydaganat*

A) Rosszindulatú daganatos megbetegedés (rákbetegség)

Jelen feltételek szempontjából rosszindulatú daganat (malignus tumor) a rosszindulatúság jegyeit mutató szövet korlátlan növekedése, illetve a szövetszövet atypia jegyeit mutató sejtek kontrollálatlan szaporodása, és ezen szövet, illetve sejtek terjedése (inváziója) vagy áttét képzése (metasztázis) a környező vagy távolabbi ép szövetek, sejtek között. A meghatározás magában foglalja a szervezet különböző szerveiből kiinduló (solid) daganatokat, valamint a vér- és nyirokrendszerből kiinduló rosszindulatú daganatos (rendszer)betegségeket (leukémia, lymphóma, Hodgkin-kór).

A jelen biztosítás szempontjából nem biztosítási esemény:

- **a bőrdaganatok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganata (melanoma malignum),**
- **a „korai malignus” („pre-malignus” és „pre-carcinomás”) elfajulást mutató szövetszöveti elváltozások,**
- **a környezetet nem elárasztó daganatok (carcinoma in situ) esetei,**
- **a krónikus lymphoid leukémia és a Hodgkin-kór I. stádiumú esetei.**

B) Szövettanilag jóindulatú agydaganat

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szövetileg jóindulatú agydaganat az agy olyan nem rákos daganata, amely a koponyaűrön belüli nyomást fokozza, és ezzel életveszélyes állapotot eredményezhet.

A biztosítás szempontjából nem biztosítási esemény: az agyi és agyi erekből kiinduló cysta, granuloma, malformáció, haematoma, valamint az agyalapi mirigy és a gerinc jóindulatú daganata.

5.2.2. *Szívizominfarktus*

Jelen feltételek szempontjából szívizominfarktus a szívizom egy részének vagy részeinek gyors (órák vagy néhány nap alatti) elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szívizominfarktus alatt a szívizomelhalásnak azon kóros állapotai értendők, amelyeknél az elhalt terület kiterjedése olyan mértékű, hogy az a szokásos 12 (tizenkét) elvezetési EKG felvételen kóros Q hullám megjelenését eredményezi.

5.2.3. Agyi érkatasztrófa

Jelen feltételek szempontjából agyi érkatasztrófa az agyi vérellátásnak – pl. az agyi ér trombózisa, embóliája vagy megrepedése által okozott – gyorsan kialakuló olyan zavara, amely az agyszövet kisebb vagy nagyobb területének elhalásához vezet, akut neurológiai tünetei 24 (huszonnégy) óránál hosszabb ideig fennállnak, és amelynek maradandó, az esemény bekövetkezése után 30 (harminc) nap elteltével is egyértelműen fennálló, az érkárosodással okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tünetei vannak.

5.2.4. Krónikus veseelégtelenség

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából krónikus veseelégtelenség akkor áll fenn, ha mindkét vese működései visszafordíthatatlan módon olyan mértékben csökkentek, hogy a Biztosított élete művesekezelés (dialízis) vagy veseátültetés nélkül nem menthető meg, és a Biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 (hatvan) napja rendszeres művesekezelésre szorul.

5.2.5. Szívkoszorúér-műtét

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szívkoszorúér-műtét alatt olyan nyitott mellkasban végzett beavatkozás értendő, amelynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt egy vagy több szűkületének vagy elzáródásának kiiktatása, áthidalása a Biztosított más testrészéből kivett ér felhasználásával, a szívizom vérellátásának biztosítása érdekében.

5.2.6. Szervátültetés

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szervátültetésen olyan műtéti beavatkozás értendő, amelynek során a Biztosított – mint szervet kapó (recipiens) – testébe más személy (donor) szervezetéből szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.

5.3. **A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja**

- rosszindulatú daganat és szövettanilag jóindulatú agydaganat esetén a diagnózis legkorábbi felállításának időpontja,
- szívizominfarktus esetén a betegség bekövetkezteként orvosilag megállapított időpontja,
- agyi érkatasztrófa esetén a maradandó kóros idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 30. (harmincadik) nap eltelté,
- krónikus veseelégtelenség esetén a rendszeres művese-kezelés megkezdését követő 60 (hatvan) nap eltelté,
- szívkoszorúér-műtét esetén a műtét időpontja,
- szervátültetés esetén a műtét időpontja.

5.4. **Biztosítási szolgáltatás**

Az biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító a szolgáltatási táblában szereplő biztosítási összeget fizeti ki.

5.5. **A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 1 (egy) hónapos várakozási időt köt ki. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási esemény vonatkozásában a Biztosító sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást. Ha a várakozási idő alatt az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy a rettegett betegségre vonatkozó kockázatviselés rá vonatkozóan megszűnik.**

5.6. **A Biztosító a szolgáltatását a Biztosító orvosának a véleménye alapján teljesíti.**

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

5.7. **A biztosítási szolgáltatás teljesítésére a Biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen Biztosítási Feltételek meghatározott bekövetkezésére és a Biztosítóhoz jelen Biztosítási Feltételek szerint történt bejelentésére még a Biztosított életében sor került.**

5.8. **A Biztosító rettegett betegségre vonatkozó kockázatviselése megszűnik az első biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének napján.**

5.9. **Rettegett betegség szolgáltatási igény bejelentése**

A biztosítási eseményt 30 (harminc) napon belül jelenteni kell a Biztosító részére (Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Országos Kárrendezési Központ, 9701 Szombathely, Pf. 63 vagy eletbejelentes@alfa.hu). A bejelentéshez szükséges nyomtatvány letölthető a Biztosító honlapjáról, vagy kérésre a Biztosító (+36) 1-477-4825-ös telefonszámon elérhető munkatársai kiküldik. **A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 30 (harminc) napon belül a Biztosítóknak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenülé válik.**

A bejelentéshez az alábbi dokumentumokat kell csatolni:

5.9.1. Rosszindulatú daganatok és jóindulatú agydaganat

A rosszindulatú daganatos betegség, illetve a jóindulatú agydaganat tényét az orvosi vizsgálatról szóló, részletes leírást és határozott diagnózist tartalmazó dokumentummal (lelettel, zárójelentéssel) kell igazolni, amelynek tartalmaznia kell:

- a daganatos betegség rosszindulatúságát, illetve a koponyaűri nyomásfokozódás veszélyét igazoló diagnózist és a szövettani leletet vagy utóbbi hiányában
- a szöveti mintavétel nélkül végzett sebészi beavatkozásról, endoszkópos vagy képalkotó vizsgálatról szóló, az invazív vagy nyomásfokozó daganatos terjedést egyértelműen kimutató leírást és diagnózist.

5.9.2. Szívizominfarktus

A szívizominfarktus bizonyításához az új keletű szívizominfarktus bekövetkeztét és időpontját egyértelműen megállapító olyan egészségügyi dokumentumok (orvosi lelet, zárójelentés) szükségesek, amelyeknek tartalmazniuk kell:

- a friss szívizominfarktusra utaló EKG felvételeket és leleteket,
- a szívizominfarktus jellemző enzimérték változásokat dokumentáló orvosi leleteket,
- a klinikai tünetek leírását.

5.9.3. Agyi érkatasztrófa

Az agyi érkatasztrófa bizonyításához szükséges:

- az agyi érkatasztrófa bekövetkeztét, és a bekövetkezés időpontját megállapító egészségügyi dokumentum (orvosi lelet, zárójelentés), és
- a neurológiai szakvélemény, amely az esemény után legalább 30 (harminc) nappal, az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket állapít meg.

5.9.4. Szívkoszorúér-műtét

A szívkoszorúér-műtét elvégzésének igazolásához szükséges a műtétet igazoló zárójelentés vagy a műtéti leírás kivonata, amelyhez mellékelni kell a műtét előtti koszorúérfestés (coronagraphia) leletét. Ha a műtetre nem Magyarországon kerül sor, úgy a műtét csak akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli jóváhagyását beszerezték.

5.9.5. Szervátültetés

A szervátültetés bekövetkeztének igazolásához szükségesek: a műtét indokoltságát igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó egészségügyi dokumentumok (orvosi leletek, zárójelentés). Ha a műtetre nem Magyarországon kerül sor, úgy a műtét csak akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a Biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli jóváhagyását beszerezték.

5.9.6. Krónikus veseelégtelenség

A krónikus veseelégtelenség igazolásához szükségesek: a jelen Biztosítási feltételek VIII.6.2.4, illetve VIII.6.3. pontjában meghatározott állapot fennállását igazoló orvosi dokumentumok.

6. Műtétekre szóló biztosítás

6.1. Biztosítási esemény

A kockázatviselésének hatálya alatt a Biztosítottnal orvos által elvégzett és orvosilag indokolt, jelen Biztosítási Feltételek szerinti **műtét**.

Jelen biztosítás szempontjából műtéten olyan terápiás célú sebészeti eljárást kell érteni, amelyet kórházban (lásd VIII.7.4. pont), az érvényes orvosszakmai szabályok betartásával végeznek és szerepel a Műtéti táblázatban felsorolt műtétek, illetve sebészeti beavatkozások között, és a beavatkozás ugyanott nem kerül kizárára.

6.2. Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a műtéteket a biztosítási szolgáltatás szempontjából a Műtéti táblázat szerint négy kategóriába – **kis, közepes, nagy, kiemelt műtétek** – sorolja be.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott biztosítottottra vonatkozóan **műtéti térítést** fizet. A műtéti térítés összege a biztosítottot végrehajtott műtéti eljárás kategóriájához tartozó biztosítási összeg.

Ha **egyazon műtét során ugyanazon testrészen, vagy szerven több sebészeti eljárást** végeznek, akkor az adott testrészen, vagy szerven végzett sebészeti eljárások miatt esedékes biztosítási szolgáltatás annak a beavatkozásnak alapján kerül meghatározásra, amely az alkalmazott eljárások közül a legmagasabb térítési kategóriába esik.

Ha **egyazon műtét során több testrészen, vagy szerven** végeznek **sebészeti eljárásokat**, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken, vagy szerveken történt beavatkozások alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de **nem haladhatja meg a kiemelt műtétekre vonatkozó biztosítási összeget**.

Ha egy biztosítási időszakban több – időben egymástól elkülönült – műtetre kerül sor, úgy a műtétekre együttesen kifizethető szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a *kiemelt* műtétekre vonatkozó biztosítási összeg kétszeresét.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő **felülvizsgálat**ához kötheti.

6.3. **Nem biztosítási esemény**

- 6.3.1. • az úgynevezett „**halasztott**” **műtét**, amelynek szükségessége a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően már megállapítást nyert,
- 6.3.2. • az olyan **műtét**, amelynek szükségessége **okozati összefüggésben áll olyan betegséggel, vagy állapottal, amely** a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét **megelőzően már fennállt** és arról a Biztosított tudott, vagy tudnia kellett, **kivéve** az olyan eseteket, **amikor** a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően **2 (két) évig** a Biztosított az adott betegséggel kapcsolatban panasz és **tünetmentes volt** és orvosi gyógykezelésre nem szorult,
- 6.3.3. • a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően már maradandóan károsodott, nem ép testrészén, szervén végzett műtét, **ha a műtét szükségessége okozati összefüggésben áll** a kockázatviselés kezdete előtt **már kialakult maradandó károsodással**.
- 6.4. Jelen feltétel szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek
- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartsanak fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
 - állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
 - feladataikat folyamatos munkarendben szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

6.5. **Műtét szolgáltatási igény bejelentése**

A biztosítási eseményt 30 (harminc) napon belül jelenteni kell a Biztosító részére (Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Országos Kárendezési Központ, 9701 Szombathely, Pf. 63 vagy eletbejelentés@alfa.hu). A bejelentéshez szükséges nyomtatvány letölthető a Biztosító honlapjáról, vagy kérésre a Biztosító (+36) 1-477-4825-ös telefonszámon elérhető munkatársai kiküldik. **A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 30 (harminc) napon belül a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlené válik.** A Biztosító szolgáltatásait az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 (harminc) napon belül teljesíti.

A bejelentéshez az alábbi dokumentumokat kell csatolni:

- kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi, orvosi dokumentum, amely tartalmazza a műtėti beavatkozás pontos megnevezését, illetve leírását,
- a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását.

- 6.6. **A Biztosító a műtėti térítésre 1 (egy) hónapos várakozási időt köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki.**

6.7. **Kizárások**

- fogászati műtétek, fogeltávolítás,
- bőrvarratok és szövödményeik ellátása, sebek/hegek műtétet követő ellátása (sebtisztítás, váladék-elvezetés),
- bőrfelszíni és bőr alatti szövetek elváltozásainak műtėti ellátása,
- punkciók, kanülök vagy katéterek diagnosztikus és terápiás célú alkalmazás,
- műtét során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása,
- idegen test eltávolítása bőr alatti szövetekből, testnyílásokból,
- I-II fokú égések ellátása,
- diagnosztikus beavatkozások (invazív, non-invazív),
- endoszkópos anyagvétel, felületes elváltozások endoszkópos eltávolítása (pl. polip eltávolítás),
- kozmetikai műtétek,
- terhességgel, szüléssel kapcsolatos műtétek, terhesség-megszakítás, egészségügyi kaparás,
- meddőséggel, sterilizációval kapcsolatos műtétek,
- nemek megváltoztatását célzó műtétek,
- veleszületett rendellenességek műtétei.

Műteti táblázat a műtétek szolgáltatási kategóriákba való besorolásához

I. Kis műtétek
szájsebészeti, de nem fogászati műtétek
erek kisebb műtétei, perifériás idegvarratok
kisebb szemműtétek (kötőhártya, szaruhártya, szemhéjvarrata, idegentest műteti eltávolítása a szem felületes rétegeiből)
kisebb fül-, orrműtétek (pl. lágyrész elváltozás, dobhártya-műtétek, mandulaműtétek),
mellüreg drainálása, légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronchoscóppal, bordaresectio
hasfali helyreállító műtétek, kisebb sérvműtétek
egyszerűbb ízületi vagy csontelváltozások műtétei végtagokon, ín- és szalagvarratok, arthroszkópos műtétek
kisebb amputációk (kézuji, lábujji)
külső nemi szervek műtétei a nemi szervek megtartásával
kis területű égés műteti kezelése (testfelület 6%-a alatt, III-ad, IV-ed fokú), kisebb bőrátültetések, bőrpasztika
II. Közepes műtétek
agyállományt nem érintő koponya elváltozások műtétei
izolált gerincelváltozások műtétei (pl. porckorong, egy csigolyára kiterjedő műtétek)
arccsont- vagy állkapocs részleges elváltozásainak műtétei, lágy és kemény szájpad helyreállító műtétei
közepes műtétek ereken, ér pótlások, érátültetések, nagyobb idegvarratok
helyreállító szemműtétek (pl. íriszplasztika, szemizom végzett műtétek), szemlencse eltávolítás, szemgolyó eltávolítás
közepes fül-, orr- és gégeműtétek (pl. gégeresection)
pajzsmirigy és mellékpajzsmirigy műtétei
emlő részleges vagy teljes eltávolítása, mellüregi beavatkozások, rekeszizom-műtétek, mellhártyakiirtás, tüdőleány kiirtás
hasüregi beavatkozások (máj, epe, hasnyálmirigy, vese, gyomor, bél elváltozásainak műtétei, lépeltávolítás, veseeltávolítás)
végtagon végzett csontműtétek (csavar, velőúrszeg, lemez behelyezés, csonteltávolítás, csontpótlás)
ízületek közepes műtétei
kisebb protézisek beültetése, ínátültetések
(részleges) végtag-amputációk
kismencedei műtétek: nemi szervek nagyobb műtétei (pl. méheltávolítás, myoma-eltávolítás, prosztata-eltávolítás)
hólyagműtétek, húgyvezeték műtétei
testfelület 6–20 %-át érintő, III-ad, IV-ed fokú égések műtétei
III. Nagy műtétek
agyállományt is érintő koponya elváltozások műtétei, kiterjedt gerincelváltozások műtétei (pl. több csigolyát érintő műtétek, gerincvelő-elváltozások műtétei)
arccsont és állkapocs eltávolítása
nagyerek helyreállító műtétei, idegátültetés
nagy mellüregi beavatkozások (szívkoszorúér műtétei, egyéb zárt szívűműtétek, féloldali tüdőkiirtás, mellkasfal helyreállítása)
nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomor, vastagbél teljes kiirtása)
nagy műtétek ízületeken (pl. csípőn, vállon), nagyízületi protézisek behelyezése, teljes végtag- amputációk
a testfelület 20–40%-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei
IV. Kiemelt műtétek
kiterjedt, agyállományt érintő elváltozások műtétei, kiterjedt gerincvelő-műtétek
testfelület 40%-ánál nagyobb kiterjedésű, III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei
nyitott szíven végzett műtétek pl. billentyűműtétek
nyelőcső kiirtás, több hasi szerv együttes és teljes kiirtása
szerv transzplantáció

7. Kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

7.1. **Biztosítási esemény**

A Biztosítottnak az orvosi szempontból indokolt, és a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt megkezdődő, folyamatos kórházi ápolása, melyet kórházi zárójelentéssel igazol.

7.2. **Biztosítási szolgáltatás**

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítási összeget, a kórházi ápolás minden napjára kifizeti.

Amennyiben a Biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át (százötven százalékát) téríti.

Amennyiben a kórházi ápolás tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő kórházi ápolási napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

7.3. A Biztosító **egy biztosítási** évben egy Biztosított vonatkozásában **legfeljebb** összesen **30 kórházi** ápolási napra nyújt térítést. **Amennyiben az adott biztosítási évben a Biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn**, úgy a meghatározott napok száma a **kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken**.

A biztosítási esemény napjainak számlálásánál a biztosítási esemény minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és az elbocsátás is.

7.4. A Csoportos Biztosítási Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartson fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben, szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

7.5. A Csoportos Biztosítási Szerződés alkalmazása szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkoholelvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősek, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve azok betegosztályai.

7.6. **Nem biztosítási esemény:**

- a Biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő ellátás,
- a mesterséges megtermékenyítés és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi kezelés,
- a 10 (tíz) napos folyamatos kórházi ápolási tartamot el nem érő, terhességgel, művi terhesség-megszakítással és szüléssel kapcsolatos kórházi ápolás,
- a kozmetikai és plasztikai műtét, kivéve, ha az baleset vagy betegség következtében fellépő szövetelváltozások rekonstrukciós célú helyreállítására irányul,
- a krónikus vesedialízissel kapcsolatos kórházi kezelés,
- a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés,
- az alkohol-elvonókúra, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelés.

7.7. A Biztosító a kórházi ápolás esetére szóló napi térítés esetében 1 (egy) hónapos várakozási időt köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki.

7.8. **Kórházi ápolás esetére szóló, napi térítésre vonatkozó szolgáltatási igény bejelentése**

A biztosítási eseményt 30 (harminc) napon belül jelenteni kell a Biztosító részére (Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Országos Kárrendezési Központ, 9701 Szombathely, Pf. 63 vagy eletbejelent@alfa.hu). A bejelentéshez szükséges nyomtatvány letölthető a Biztosító honlapjáról, vagy kérésre a Biztosító (+36) 1-477-4825-ös telefonszámán elérhető munkatársai kiküldik. **A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 30 (harminc) napon belül a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé**, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik.

A bejelentéshez az alábbi dokumentumokat kell csatolni:

- kórházi zárójelentés, a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a zárójelentés hiteles fordítása,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.

A Biztosító szolgáltatásait az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 (harminc) napon belül teljesíti.

IX. A FELEK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

1. A Szerződő köteles a szerződéskötéskor, a Biztosított pedig a csatlakozás időpontjában a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.

A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

A Szerződő és a Biztosított köteles a lényeges körülmények változását a Biztosítónak írásban bejelenteni. A **közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be**, kivéve, ha a Szerződő vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor (az adott Biztosított vonatkozásában a csatlakozás időpontjában) ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

Amennyiben a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi Biztosított vonatkozásában nem hivatkozhat.

Sem a Szerződő, sem a Biztosított nem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől, illetve a Biztosított csatlakozásától a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

2. **Ha a Biztosító csak a Csoportos Biztosítási Szerződéshez való csatlakozás után szerez tudomást a Biztosított biztosítási jogviszonyát érintő olyan lényeges körülményekről vagy azok változásáról, melyek a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, és melyek alapján a kockázatot nem vállalhatja, akkor az adott Biztosított vonatkozásában a Csatlakozási Nyilatkozat megtételével létrejött biztosítási jogviszonyt 30 napra írásban felmondhatja.** Egészségbiztosítás vonatkozásában a Biztosító e jogát az adott Biztosított vonatkozásában a csatlakozástól számított első öt évben gyakorolhatja. Jelen szerződési feltételek szempontjából nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a Biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.
3. Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezik, és az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik, a Biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti. A szerződés vagy a Biztosító kockázatviselése megszűnésének egyéb eseteiben a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Amennyiben az időarányos díjnál több díjat fizetettek be, a Biztosító a díjtöbbletet köteles a Szerződőnek visszatéríteni, a Szerződő pedig a Biztosítottal elszámolni.
4. A Biztosító a szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez, illetve a büntetőeljárásnak a bíróság jogerős ügyszámú határozatával vagy véglegessé vált nem ügyszámú végzésével történő befejezéséhez, valamint az ügyészségnek vagy a nyomozó hatóságnak a feltételes ügyészi felfüggesztés vagy közvetítői eljárás céljából történő felfüggesztéséről szóló, illetve további jogorvoslattal nem támadható eljárást megszüntető határozata meghozatalához nem kötheti. A Biztosítottnak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok felmutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.

X. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

Kárbiztosításnak minősülő biztosítási esemény esetén a Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha bizonyítja, hogy

- a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Szerződő vagy a Biztosított, a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy az általános szerződési feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta,
- a Szerződő vagy Biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségét megszegi, kivéve azt, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

XI. MARADÉKJOGOK

A Csoportos Biztosítási Szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik, így nem vonatkozik rá a visszavásárlási jog és a díjmentes leszállítási joga, továbbá nincs lehetőség kötvénykölcsön felvételére sem.

XII. TÖBBLETHOZAM VISSZATÉRÍTÉS, TECHNIKAI KAMATLÁB, ÉRTÉKKÖVETÉS

A Csoportos Biztosítási Szerződés többlethozam visszatérítésben nem részesedik. A Biztosító technikai kamatlábat nem alkalmaz. A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

XIII. A BIZTOSÍTÁS ELÉVÜLÉSE

A Csoportos Biztosítási Szerződésből eredő igények az esedékességtől számított 5 (öt) éven belül elévülnek.

XIV. FELEK KÖZÖTTI JOGVITÁK

A szerződő Felek a közöttük felmerülő jogvitákat megkísérelik peren kívüli eljárás során megállapodással rendezni. Ennek sikertelensége esetén a Felek bármelyike a jogvita eldöntése céljából a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat.

XV. AZ ALKALMAZOTT JOG

A Csoportos Biztosítási Szerződés és ahhoz kapcsolódóan a jelen Biztosítási Feltételek tekintetében a **magyar jogrend az irányadó, az alkalmazandó jog a magyar.**

XVI. A PÉNZMOSÁS ÉS A TERRORIZMUS FINANSZÍROZÁSÁNAK MEGELŐZÉSE ÉS MEGAKADÁLYOZÁSA

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben foglaltak értelmében kötelező az ügyfél-átvilágítás a jogszabályban meghatározott esetekben, így különösen a szerződéses kapcsolat keletkezésénél és a szolgáltatás igénybevételekor, illetve a 4,5 (négy és fél) millió forintot elérő vagy meghaladó összegű üzleti megbízás teljesítése esetén. A Szerződő az azonosítás során büntetőjogi felelőssége tudatában köteles valós adatokat szolgáltatni és a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a megadott adatokban bekövetkezett változásokat köteles 5 (öt) munkanapon belül bejelenteni a Biztosítónak.

XVII. A BIZTOSÍTÓ ADATAI

1. Általános adatok

Név: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Székhely: 1091 Budapest, Üllői út 1.
Cégjegyzékszám: 01-10-041365 Fővárosi Törvényszék Cégbírósága
Adószám: 10389395-4-44
Felügyeleti szerv: Magyar Nemzeti Bank

2. Ügyfélszolgálatok

Személyes ügyfélszolgálat: A Biztosító ügyfelek számára nyitva álló helyiségeinek (Központi Ügyfélszolgálati Iroda, Értékesítési pontok) címe és nyitvatartási ideje, valamint a telefonos ügyfélszolgálat nyitvatartási ideje az alábbi linken található: alfa.hu/ugyintezes/elkerhetosegek.html.

Telefonszám: (+36) 1-477-4800

Elektronikus elérhetőség: alfa.hu/irjonnekunk

3. Éves jelentés közzététele

A Biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés a Biztosító honlapján (alfa.hu) megtalálható.

XVIII. PANASZKEZELÉS

A Biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviselői szervek (a továbbiakban együtt e pont alkalmazásában: ügyfél) a Biztosító, a megbízásából eljáró ügynök, vagy – adott termék kapcsán – az általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban vagy írásban az alábbiakban foglaltak szerint közölhesse.

A Biztosító „Panaszkezelési szabályzata” elérhető és megtekinthető a Központi Ügyfélszolgálati Irodában, az Értékesítési pontokon, illetve a Biztosító honlapján: alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentenes.html

A Panaszok bejelentésére biztosított lehetőségek

Ügyfeleink szóbeli panaszait személyesen vagy telefonon tehetik meg:

a) **személyesen:** valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben

Központi Ügyfélszolgálati Iroda

Székhely: 1091 Budapest Üllői út 1.

Levelezési cím: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Panasz és kiemelt ügykezelési csoport, 9401 Sopron, Pf. 22

Nyitvatartás: hétfő, kedd, szerda és péntek 8.00–16.00, csütörtök 8.00–20.00

Értékesítési pontok

Cím lista: alfa.hu/ugyintezes/ertesekitesi-pontok-ugyfelszolgalati-iroda.html, a linken feltüntetett nyitvatartási időben.

- b) **telefonon:** (+36) 1-477-4800, külföldről is hívható telefonszámon, csütörtökön 8.00 és 20.00 óra között, a hét többi munkanapján 8.00 és 16.00 óra között.

A telefonos ügyfélszolgálaton keresztül a Biztosító munkatársai ügyfélfogadási időben személyesen fogadják az ügyfelek panaszait.

A Biztosító az ügyfél telefonon történő panaszbejelentése esetében az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadás és ügyintézés biztosítására törekszik. Ennek keretében a hívás sikeres felépülésének időpontjától számított 5 (öt) percen belüli élőhangos bejelentkezés érdekében úgy jár el, ahogy az az adott helyzetben a Biztosítótól elvárható.

Ügyfeleink írásbeli panaszait az alábbi csatornákon tehetik meg:

- a) **személyesen** vagy más személy által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján

Központi Ügyfélszolgálati Iroda

Székhely: 1091 Budapest Üllői út 1.

Levelezési cím: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Panasz és kiemelt ügykezelési csoport, 9401 Sopron, Pf. 22

Nyitvatartás: hétfő, kedd, szerda és péntek 8.00–16.00, csütörtök 8.00–20.00,

Értékesítési pontok

Cím lista: alfa.hu/ugyintezes/ertekesitesi-pontok-ugyfelszolgalati-iroda.html, a linken feltüntetett nyitvatartási időben.

- b) **postai úton** Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Panasz és kiemelt ügykezelési csoport, 9401 Sopron, Pf. 22,
c) **telefaxon:** (+36) 1-476-5791,
d) **elektronikus úton** az alfa.hu/ugyintezes/online-panaszbejelent.html linken online, vagy az alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelent.html elhelyezett panaszbejelentőn vagy a panasz@alfa.hu e-mail címen.
e) **Adatkezelési ügyekben elektronikusan** az alfa.hu/adatvedelem oldalon vagy adatvedelem@alfa.hu e-mail címen.

XIX. JOGORVOSLATI FÓRUMOK

A panasz teljes vagy részleges elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelté esetén az ügyfél az alábbi jogorvoslati fórumokhoz fordulhat.

A fogyasztónak minősülő ügyfelek¹ részére nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

Az ügyfél a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a Pénzügyi Békéltető Testülethez (PBT), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

Pénzügyi Békéltető Testület (PBT)

Székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: Pénzügyi Békéltető Testület, 1525 Budapest, Pf. 172

Telefon: (+36) 80-203-776

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Bővebben a <https://www.mnbb.hu/bekeltetes> honlapon kaphat tájékoztatást.

Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. a Pénzügyi Békéltető Testület (PBT) előtt általános alávetési nyilatkozatot nem tett.

Amennyiben Biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de az ügyfél kérelme megalapozott és a fogyasztónak minősülő ügyfél érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg a kétmillió forintot, akkor a PBT kötelezést tartalmazó határozatot hozhat.

Bíróság

Az ügyfél panaszának a Biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

A fogyasztó a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó – a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény alapján – a fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése (vagy annak vélelmezése) esetén, fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárást kezdeményezhet a Magyar Nemzeti Banknál.

Magyar Nemzeti Bank – Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ

Székhely: Magyar Nemzeti Bank, 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP, Pf. 777

¹ Fogyasztón az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személyt kell érteni.

Telefon: (+36) 80-203-776

Pénzügyi fogyasztóvédelem e-mail cím: ugyfelszolgalat@mn.b.hu

Bővebben a www.mnb.hu/fogyasztovedelem honlapon kaphat tájékoztatást.

A fogyasztónak minősülő ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Fogyasztóvédelmi eljárás alapjául szolgáló „Kérelem” nyomtatvány megküldését igényelheti.

Az igénylés módja: Telefonon: (+36) 1-477-4800

Postai úton: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Panasz és kiemelt ügykezelési csoport, 9401 Sopron, Pf. 22

E-mailen: panasz@alfa.hu

A Biztosító a nyomtatványt igazolható módon, költségmentesen az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton küldi ki.

A Biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján, az alfa.hu weboldalon és az ügyfelek számára nyitva álló helyiségeiben is.

Fogyasztónak nem minősülő ügyfelek számára nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A fogyasztónak nem minősülő ügyfél, panaszának a Biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

A Biztosító adatkezelését érintő panaszok esetén nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A Biztosító adatkezelését érintő adatvédelmi panasz esetén, amennyiben az ügyfél a Biztosító adatkezeléssel összefüggő panaszra adott válaszával nem ért egyet, bírósághoz, illetve a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz is fordulhat.

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.

Levelezési cím: 1363 Budapest, Pf. 9

Hivatali kapu: Rövid név: NAIH KR; ID: 429616918

Telefon: (+36) 1-391-1400

E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

Bővebben a www.naih.hu honlapon kaphat tájékoztatást.

XX. BIZTOSÍTÁSI TITOK, ADATKEZELÉS

Jelen pont a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvénynek (a továbbiakban: Bit.) megfelelő számozással kizárólag a releváns rendelkezéseket tartalmazza.

Általános rendelkezések

A Biztosító a Bit. felhatalmazása alapján biztosítási titoknak minősülő adatokat kezel. A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Bit. 4. § (1) bekezdés 12. pont

Biztosítási titok: minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Bit. 135. §

- (1) A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
- (3) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Bit. 136. §

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a 135. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezelheti.

Bit. 137. s

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a Biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- c) a Biztosító vagy viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg,
- d) a Biztosító érdeke ezt az ügyféllel szemben fennálló követelése eladásához vagy követelése érvényesítéséhez szükségessé teszi.

Bit. 138. s

- (1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
 - a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal, az ügyészséggel, valamint a szabálysértési hatósági jogkörében eljáró rendőrséggel és a Nemzeti Adó- és Vámhivatallal,
 - c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
 - e) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
 - j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
 - k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
 - m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
 - n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,
 - o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
 - p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
 - q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
 - r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
 - s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adata és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,
 - t) a lábon álló növénykultúrára kötött mezőgazdasági biztosítási szerződésekben szereplő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,
 - u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,
 - v) a Gfbt. szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal

szemben, ha az a)–j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkérésrel, illetve írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)–s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

- (2) Az (1) bekezdés e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- (2a) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.
- (3) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- (3a) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- (4) A biztosító vagy a viszontbiztosító az (1) és (6) bekezdésekben, a 137. §-ban, a 140. §-ban és a 141. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
- (5) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az (1) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- (6) A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- (7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- (8) Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
- (9) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.

Bit. 139. §

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

Bit. 140. §

- (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
- a) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.
- (2) A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

Bit. 141. §

- (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
 - a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
 - c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

Bit. 142. §

- (1) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a különleges adatnak vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.
- (2) A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 138. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 138. § (6) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.
- (3) A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Bit. 143. §

- (1) A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- (2) A biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
- (3) E törvény alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
- (4) Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- (5) A biztosító a hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomásszerzés napjáig
 - a) az elhunyt szerződő által kötött vagyonbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés díjegyenlegéről, az esedékes díjtartozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt szerződő közeli hozzátartozója, illetve a vagyontárgy birtokosa részére,
 - b) azon hitelfedezeti életbiztosítási szerződéshez, továbbá azon biztosítási szerződéshez kapcsolódóan, ahol a szolgáltatás jogosultja a hitelintézet és a szerződés biztosítottja az elhunyt személy, kizárólag a szolgáltatási igény biztosítóhoz történő bejelentése és a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatok biztosító részére történő megküldése érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, valamint az általános szerződési feltételekről az elhunyt biztosított közeli hozzátartozója részére– annak írásbeli kérelmére – adatot szolgáltat, feltéve, hogy e minőségét a kérelmező okirattal igazolja.
- (6) A közeli hozzátartozó, illetve a vagyontárgy birtokosa részére történő – (5) bekezdés szerinti – adatszolgáltatás nem jelenti a biztosítási titok sérelmét. A biztosító a kérelmező személyes adatait az adatszolgáltatást követően öt évig, illetve – ha a 142. § (3) bekezdése szerinti időtartam ezt meghaladja – a 142. § (3) bekezdésében meghatározott időtartamig kezeli.

A biztosítási titokra és az üzleti titkokra vonatkozó közös szabályok

Bit. 147. §

- (1) Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.
- (2) Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség esetén.
- (3) Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban és az üzleti titok védelméről szóló 2018. évi LIV. törvényben foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

147/A. §

- (1) A Hpt. 164/B. §-a alapján átvett adatokat a biztosító tevékenységi köre ellátásával összefüggésben a szolgáltatásai nyújtásához szükséges mértékben megismerheti, és az ügyfélkapcsolat létrehozásának és fennállásának időtartamában kezelheti, ha az ügyfél az adattovábbítást a (2) bekezdés szerint nem korlátozta vagy tiltotta meg.

- (2) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító ügyfele kifejezett nyilatkozatával jogosult korlátozni vagy megtiltani a Hpt. 164/B. § (2) bekezdése szerinti adattovábbítást.
- (3) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító az ügyféllel kötendő szerződést megelőzően köteles az ügyfél részére a Hpt. 164/B. §-ában foglalt kölcsönös adatátadás lehetőségéről igazolható módon tájékoztatást adni. Az írásbeli tájékoztatásban egyértelműen fel kell hívni az ügyfél figyelmét arra, hogy a személyes adatai e §-ban foglalt kezelésének lehetőségét bármikor korlátozhatja vagy megtilthatja.

A FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségek

Bit. 148. §

- (1) A FATCA-törvény szerinti, e törvény hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (a továbbiakban ezen alcím tekintetében: intézmény) az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (a továbbiakban ezen alcím tekintetében együtt: Számlatulajdonos) FATCA-törvényben foglalt Megállapodás 1. Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban ezen alcím tekintetében: illetőségvizsgálat).
- (2) Az intézmény a számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg írásban tájékoztatja
 - a) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
 - b) az Aktv. 43/B–43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,
 - c) a FATCA-törvény szerinti jelentéstételi kötelezettségéről.
- (3) Az Aktv. 43/B–43/C. §-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről az intézmény a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban tájékoztatja.

A Pénzügyi Számlákkal kapcsolatos adatszolgáltatás és átvilágítás alapján fennálló kötelezettségek

Bit. 148/A. §

- (1) Az Aktv. szerinti, e törvény hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: intézmény) az általa kezelt, az Aktv. 1. melléklet VIII/C. pontja szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban együtt: Számlatulajdonos) illetőségének az Aktv. 1. melléklet II–VII. pontja szerinti megállapítására irányuló vizsgálatot (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: illetőségvizsgálat).
- (2) Az intézmény a Számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg az ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben közzétett hirdetmény útján vagy – ha az lehetséges – elektronikus úton tájékoztatja
 - a) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
 - b) az Aktv. 43/H. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről.
- (3) Az Aktv. 43/H. §-a szerinti adatszolgáltatásról az intézmény a Számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban – ha az lehetséges elektronikus úton – tájékoztatja.

A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

Bit. 149. §

- (1) A biztosító (a továbbiakban: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (a továbbiakban: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a (3)–(6) pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.
- (2) A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.
- (3) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
 - b) a biztosított személy adatfelvételtől, a szerződés kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (4) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3–9. és 14–18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;

- b) a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
 - c) a b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (5) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 10–13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
 - b) a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a (4) bekezdés b)–e) pontjában meghatározott adatokat;
 - c) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - d) a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat;
 - e) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.
- (6) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű járműazonosító adatai (rendszáma, alvázszáma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:
- a) az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is,
 - b) az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.
- (7) Az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az (1) bekezdésben meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.
- (8) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (8) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
- (10) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
- (11) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.
- (12) Ha az ügyfél a személyes adataihoz való hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a (8)–(10) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.
- (13) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (14) A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

Bit. 150.s

- (1) A biztosítók – az 1. melléklet A) rész 3–6. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésekkel kapcsolatban – a biztosítási szerződés vonatkozásában – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) hozhatnak létre, amely tartalmazza
- a) a szerződő személy azonosító adatait;
 - b) a biztosított vagyontárgy azonosító adatait;
 - c) az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt vagy vagyontárgyat érintő korábbi biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat; és
 - d) a biztosító megnevezését és a biztosítást igazoló okirat számát.
- (2) A biztosító az (1) bekezdésben meghatározott adatokat az adat keletkezését követő harminc napon belül továbbítja az Adatbázisba.

- (3) A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a visszaélések megakadályozása céljából az Adatbázisból adatot igényelhet.
- (4) Az Adatbázis kezelője a jogszabályoknak megfelelő igénylés szerinti adatokat nyolc napon belül köteles átadni az igénylő biztosítónak.
- (5) Nem áll fenn a biztosító titoktartási kötelezettsége az Adatbázis irányában, az Adatbázisba való adatátadás vonatkozásában, továbbá az Adatbázis kezelőjét terhelő biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettsége a biztosító vonatkozásában, amely a jogszabálynak megfelelő igényléssel fordul hozzá.
- (6) Az Adatbázis kezelőjének az Adatbázisban kezelt adatokra vonatkozó titoktartási kötelezettségére, továbbá a kezelt adatokra vonatkozó igénylések teljesítésére nézve a biztosítási titokra vonatkozó szabályok megfelelően alkalmazandók.
- (7) Az Adatbázis kezelője – amennyiben a megkeresés érdemi megválaszolása a kért adatok hiányában nem lehetséges – a hozzá intézett, a 138. § (1) bekezdés b), f), q) és r) pontjában, illetve a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási ágazatok művelésére tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosítók számára. Az Adatbázis kezelője az igénylés továbbításáról az igénylőt egyidejűleg köteles tájékoztatni.
- (8) Az igénylő biztosító az igénylés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a (3) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (9) Az Adatbázisban továbbított adatok helyességéért és pontosságáért az azt továbbító biztosító felelős.
- (10) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok a (11) bekezdésben meghatározott kivétellel a nyilvántartásba vételt követő öt évig kezelhetők.
- (11) Biztosítási szerződés létrejötte esetén az (1) bekezdésben meghatározott adatok a szerződés fennállása alatt, a szerződésből származó igények elévüléséig kezelhetők az (1) bekezdésben meghatározott nyilvántartásban. A szerződés megszűnésének és a szerződésből származó igények elévülésének tényéről a biztosító tájékoztatja az Adatbázis kezelőjét.
- (12) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (13) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (12) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.
- (14) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
- (15) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot csak az (1) bekezdésben meghatározott célból kezelheti.
- (16) Az igénylő biztosító a (3) bekezdésben meghatározott igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít.

Bit. 151. §

- (1) A 150. § (1) bekezdésében meghatározott Adatbázist a biztosítók abban az esetben hozhatják létre, ha a 150. § (1) bekezdésében meghatározott biztosítási ágazatokat művelő biztosítók megállapodást megelőző piaci részesedés szerint számított kétharmada megállapodik az adatbázis létrehozásáról, a működésében történő részvétel feltételeiről és az Adatbázis fenntartásával kapcsolatos költségek fedezetéről.
- (2) Az adatbázis létrehozásának további feltétele, hogy az Adatbázisba adatot szolgáltató biztosítók az Adatbázisba továbbított adatok továbbításának és lekérdezésének lehetőségét az érintett szerződések feltételeiben meghatározzák.

XXI. CSOPORTOS BIZTOSÍTÁSOK

1. A Biztosított a Csatlakozási Nyilatkozat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a Szerződés körében a személyes és különös adatokat kezelje, és Bit. 135–151. §-ai alapján azokat jogszerűen harmadik személynek átadja.
2. Jelen csoportos biztosítás megkötéséhez kapcsolódó adatkezelési tájékoztató elérhető a Biztosító honlapjáról alfa.hu/wp-admin/admin-ajax.php?juwfpisadmin=false&action=wpfd&task=file.download&wpfd_category_id=192&wpfd_file_id=21992&token=&preview=1

XXII. EGÉSZSÉGÜGYI ADATOK KEZELÉSE

A szolgáltatási igény bejelentésekor a Biztosított felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek.

Ha a Biztosított a biztosítási jogviszony szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelőorvosokat nem menti fel, úgy a Biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

1. számú Melléklet

SZOLGÁLTATÁSI TÁBLÁZAT

Egészségbiztosítási szolgáltatások		Alap csomag	Prémium Csomag
24 órás telefonos orvosi tanácsadás		✓	✓
Virtuális háziorvos		6 alkalom/év	6 alkalom/év
Második orvosi vélemény		✓	✓
Betegség miatti egynapos sebészet		500 000 Ft/év	1 000 000 Ft/év
Betegség miatti nagy értékű diagnosztika		250 000 Ft/év	500 000 Ft/év
Rettegett betegség*		500 000 Ft	500 000 Ft
Bármely okú műtét**	kis műtét	—	62 500 Ft
	közepes műtét		125 000 Ft
	nagy műtét		250 000 Ft
	kiemelt műtét		500 000 Ft
Bármely okú kórházi napi térítés 1–30 nap		—	5 000 Ft

* a Rettegett betegségre vonatkozó fedezet megszűnik az első biztosítási esemény bekövetkezése esetén.

** a WHO-kód szerinti műtéti besorolás az alfa.hu/ugyintezes/csoportos-muteti-lista.html linken tekinthető meg.

2. számú Melléklet

A CSOPORTOS BIZTOSÍTÁS ÁLTAL FEDEZET EGYNAPOS SEBÉSZETI ELLÁTÁSOK

Hatályba lépés időpontja: 2026. július 1.

FÜL-ORR-GÉGÉSZET
52210 Arcüreg drainage (intranas. ablak Lothrop szerint)
52220 Luc-Caldwell műtét
52270 Endoscopos (mikroszkópos) arcüregműtét
52500 Excisio laesionis linguae
52600 Nyálmirigy vagy nyálvezeték bemetszése
52630 Nyálmirigy vagy nyálvezeték helyreállítása
52760 Resectio uvulae
GASTROENTEROLÓGIA
16361 Endoscopos sphincterotomia
16363 Endoscopos kőextractio
16367 Wirsungotomia endoscopica et dilatatio eadem
54490 Endoscopos polypectomia a felső tápcsatornában
54523 Polypectomia colontos per colonoscopiam
54693 Polypectomia sigmae, sigmoidoscopos
IDEGSEBÉSZET
50432 Carpal tunnel felszabadítás
50435 Egyéb Tunnel syndromák műtétei
NŐGYÓGYÁSZAT
16611 Falloposcopia laparoscopica
55433 Excisio endometriosis peritonei laparoscopica
55435 Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica unilat.
55436 Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica bilat.
56515 Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica unilat.
56516 Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica bilat.
56517 Cauterisatio ovarii laparoscopica (drilling)
56518 Resectio ovarii laparoscopica unilateralis
56519 Resectio ovariorum laparoscopica bilateralis
56521 Oophorectomia unilateralis laparoscopica
56531 Salpingo-oophorectomia laparoscopica unilateralis
56541 Oophorectomia bilateralis laparoscopica
56552 Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica
56571 Adhaesiolysis laparoscopica
56592 Detorquatio ovarii laparoscopica
56602 Salpingostomia unilat. laparoscopica
56603 Salpingostomia bilat. laparoscopica
56611 Salpingectomy laparoscopica unilateralis
56622 Salpingectomy laparoscopica bilaterale
56651 Salpingectomy parziale laparoscopica
5666A Salpingo-stomatoplastica laparoscopica
5666C Adnexectomy laparoscopica
56672 Chromopertubatio laparoscopica
56710 Conisatio portiois uteri
56720 Cervix elváltozás kimetszése
56721 Kryoconisatio portiois

Nőgyógyászat (folytatás)
56722 Electroconisatio portiois
56723 Méhpolyp eltávolítás
56740 Méhnyak műtéti restructioja
56741 Méhszáj plastica
56742 Cerclage colli uteri
56812 Septum uteri kiirtás (hysteroscop)
56814 Synechiolysis (hysteroscop)
56815 Endometrium resectio (hysteroscop)
56816 Enucleatio myomae uteri laparoscopica
56817 Enucleatio myomae hysteroscopica
56818 Myolysis laparoscopica
56899 Curettage uteri
56905 Curettage-incomplett abortus után
56906 Frakcionált curettage
56931 Ventrofixatio uteri laparoscopica
56932 Hüvelyconk felfüggesztés, laparoscopiás
56941 Denervatio uteri laparoscopica (LUNA)
57023 Excisio septi vaginalis
57040 Plastica vaginae anterior posteriorque
57041 Plastica vaginae anterior
57042 Plastica vaginae posterior
57043 Hátsó hüvelyboltozat plasticaja
57065 Synechiolysis vaginalis
57110 Marsupialisatio glandulae Bartholini
57130 Clitoris műtét
57161 Fistulectomia perinei
57162 Perineorrhaphia
57530 Amniocentesis
ÁLTALÁNOS SEBÉSZET
54911 Exstirpatio fistulae ani
54913 Exstirpatio fistulae ani sec Hippokrates
54930 Haemorrhoidectomy
54931 Haemorrhoidectomy sec. Parks
54932 Haemorrhoidectomy sec. Milligan-Morgan
54933 Haemorrhoidectomy sec. Eisenhammer
54934 Haemorrhoidectomy sec. Langenbeck
54935 Haemorrhoidectomy sec. Whithead
55300 Hernioplastica inguinofemoralis
55310 Hernioplastica inguinofemoralis c. implant.
55311 Hernioplastica inguinofemoralis laparoscopica
55320 Herniotomia inguinofemoralis bilaterális
55330 Hernioplastica inguinofemoralis bilat. cum
55340 Hernioplastica umbilicalis

ORTOPÉDIA
16970 Arthroscopia
16971 Arthroscopia csuklón
16972 Arthroscopia könyökön
16973 Arthroscopia vállon
58054 Arthroscopos műtét
58055 Arthroscopos szalagplastica
58056 Arthroscopos szalagvarrat
58057 Arthroscopos mozaik plasztika
58058 Arthroscopos retinaculum plasztika
58059 Boka, váll, csípőízületi arthroscopos debridement
58322 Baker-cysta eltávolítása
58345 Dupuytren plantaris excisio
UROLÓGIA
56011 Prostatata TUR
56013 Transurethralis prostata incisio
56015 Prostata transurethralis spirál behelyezés
56059 Prostata egyéb alternatív LASER műtétei
56110 Bergmann f. hydrocele műtét
56111 Winkelmann f. hydrocele műtét
56112 Hydrocele műtét
56291 Herefűggőly eltávolítása
56301 V.sperm.int.retroperitonealis ligatura (Palomo)
56302 Scrotalis varicocelectomia
56303 Funiculocele resectio
56308 Ligatura v. spermaticae internae laparoscopica
56310 Mellékhere cysta kiirtása
56311 Spermatocele resectio
56330 Epididymectomy
56360 Vasectomy
56370 Vasovasostomia
56400 Circumcisio
56403 Phimotomia
86051 Thermotherapy prostatae