



GENERALI

Generali Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó
egészségbiztosítás általános szerződési feltétele (GEP14)

Hatályos: 2014. március 15.

Generali Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltétele (GEP14)	3
I. A biztosítási szerződés tartalma	3
II. Általános rendelkezések	3
III. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	6
IV. A biztosítási díj	7
V. A biztosítási esemény, a biztosító szolgáltatása és teljesítésének feltételei	9
VI. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	12
VII. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események	12
VIII. Egyéb rendelkezések	15
IX. Az általános feltételek Polgári Törvénykönyvtől lényegesen eltérő rendelkezései	20
1. számú melléklet	22
Generali Egészségprogram szolgáltatási csomagok és szolgáltatástípusok	22
I. A Generali Egészségprogram Szolgáltatási táblázatában foglalt szolgáltatások részletezése	23
II. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos tudnivalók	25

Generali Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltétele (GEP14)

Jelen Generali Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (továbbiakban: általános feltételek vagy feltételek) a **Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Generali Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződéseire (továbbiakban: biztosítási szerződés) érvényesek** feltéve, hogy a szerződést jelen általános feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen általános feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezései, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályok** az irányadóak.

A biztosítási szerződés részét képező Ügyfélértékelő és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések elnevezésű dokumentumban és a feltételben foglalt eltérése esetén a feltételek rendelkezései irányadóak.

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS TARTALMA

A biztosítási szerződés alapján a biztosító a jelen általános feltételekben meghatározott biztosítási kockázat viselésére, továbbá a biztosítási esemény bekövetkeztétől függően biztosítási szolgáltatás megfizetésére, illetve szolgáltatás nyújtására, a szerződő fél pedig biztosítási díj fizetésére kötelezi magát.

II. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

II.1. A szerződés alanyai (a biztosító, a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett)

- II.1.1. A **biztosító** az a jogi személy, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen általános feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- II.1.2. **Szerződő** az a fél, aki a biztosítási szerződést a biztosítóval megkötöti és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. A szerződő lehet fogyasztó, illetve fogyasztónak nem minősülő személy, vagy szervezet. Fogyasztónak minősül a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.
- II.1.3. **Biztosított** az a természetes személy, akit a biztosítási szerződésben biztosítottként neveztek meg, és akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön, és aki a biztosítási szerződés létrejötte napján a 18. életévét már betöltötte, de a 60. életévét még nem töltötte be.
- II.1.4. Biztosított lehet továbbá családi szerződés (VIII.5. pont) vonatkozásában az a 6 hónapnál nem fiatalabb, de a 18. életévét még be nem töltött személy is, aki a jelen általános feltételek II.1.3. pontjában foglalt szabályoknak megfelelő biztosítottnak olyan közeli hozzátartozója, akivel közös levelezési címmel rendelkezik. Családi szerződés esetén csak egymás közeli hozzátartozói lehetnek biztosítottak.
- II.1.5. Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, a biztosítási **szerződés létrejöttéhez és a szerződés adott biztosítottra vonatkozó részének módosításához az adott biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.**
- II.1.6. Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

-
- II.1.7. **Ha a biztosított kiskorú,** és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a biztosítási szerződés akkor is, ha a biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében **részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.**

Amennyiben a szerződő nem fogyasztó és a biztosított kiskorú, akkor a szerződés érvényességéhez – ideértve a biztosított kiskorúsága idején a szerződés adott biztosítottra vonatkozó része módosításának érvényességét is – a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges. Fogyasztónak nem minősülő szerződő esetén a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges abban az esetben sem, ha a biztosított a cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.

- II.1.8. A biztosított a biztosítási szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja.
Ennek következtében a szerződés – több biztosított esetén a szerződés adott biztosítottra vonatkozó része – az aktuális biztosítási év végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe szerződőként belép.
- II.1.9. **A biztosított a biztosítási szerződésbe szerződőként beléphet.**

A szerződő személyének változásáról a biztosítót írásban értesíteni kell.

Ha a biztosított szerződőként belép a biztosítási szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A biztosítási szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződő félnek a biztosítási szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.

A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át.

- II.1.10. **Nem léphet be biztosítottként a biztosítási szerződésbe az a személy, aki kiemelt vagy versenyző sportoló. A kiemelt és versenyző sportoló meghatározását a jelen általános feltétel VIII. 4. pontja (A biztosított sporttevékenységének minősítése) tartalmazza.**
- II.1.11. **Kedvezményezett** a II.1.3. pontban rögzített biztosított vonatkozásában a II.1.3. pont szerinti biztosított, a II.1.4. pontban rögzített biztosított esetén pedig annak törvényes képviselője.

II.2. A biztosítási szerződés létrejötte

- II.2.1. A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító **írásbeli megállapodása alapján jön létre.**
- II.2.2. A szerződő által a biztosítási szerződés létrejöttét megelőzően a biztosító részére megfizetett díj díjelőlegnek minősül, melyet a biztosító kamatmentesen kezel. Ha a szerződés létrejön, a biztosító a díjelőleget a biztosítási díjba beszámítja. Ha a szerződés nem jön létre, a biztosító a díjelőleget a szerződőnek visszafizeti.
- II.2.3. **A biztosító a szerződő fél ajánlatának elfogadása előtt egyedi kockázatbírálást végez,** a szerződőhöz és a biztosítotthoz kérdéseket intézhet, továbbá egészségi kockázatbírálás keretében a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi, egészségi és tesztvizsgálatát, valamint egyéb írásos nyilatkozatait is kérheti. A biztosító az egészségi nyilatkozatot papír alapú nyomtatvány formájában, vagy előre egyeztetett időpontban telefonon kérheti a biztosítotttól. Amennyiben az egészségi nyilatkozat megtételére telefonon kerül sor, úgy a beszélgetésről hangfelvétel készül, melyet a biztosító mindaddig megőriz, míg a szerződésből igény érvényesíthető, illetve amíg a jogszabályi előírás azt kötelezővé teszi.

A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat is ellenőrizni.

- II.2.4. A kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító a szerződő által tett ajánlatot elfogadja vagy elutasítja. A biztosítási ajánlat elfogadása a biztosítónak az ajánlattal megegyező, vagy az ajánlattól eltérő tartalmú biztosítási fedezetet igazoló dokumentum (továbbiakban: kötvény) kiállításával vagy ráutaló magatartásával (hallgatólagosan) történik. A biztosítási ajánlattal megegyező tartalmú kötvény kiállítása esetén, a szerződés a kötvény kiállításának időpontjában jön létre. A kötvény melléklete a biztosított(ak) nevére kiállított Generali Egészségprogram kártya.

-
- II.2.5. Ha a **szerezdó** az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított **kötvényben szerepló eltérést a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül, de legfeljebb 15 napon belül írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint a kötvény kiállításakor jön létre.**
- Ha a szerződó az eltérést a fentiek értelmében rendelkezésére álló határidőn belül elutasítja (kifogásolja), a szerződés nem jön létre. **A lényeges eltérésre a biztosító a kötvény átadásakor a szerződó figyelmét írásban felhívja.** Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
- II.2.6. **A szerződés – ráutaló magatartással (hallgatólagosan) – akkor is létrejön az ajánlat szerinti tartalommal, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 60 napon belül nem nyilatkozik.**
- A biztosítási szerződés ráutaló magatartással (hallgatólagosan) történő létrejöttének további feltétele, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a Díjszabásnak megfelelően tették. **Ebben az esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító részére történt átadásának időpontjára visszamenő hatállyal, a 60 napos kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.**
- II.2.7. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér az általános feltételektől, akkor a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános feltételeknek megfelelően módosítsák. **Ha a szerződó a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban megszüntetheti.** (Ráutaló magatartással (hallgatólagosan) létrejött szerződés utólagos megszüntetése.)
- II.2.8. A szerződó az ajánlatához annak megtételétől számított 60 napig van kötve.
- II.3. A kockázatviselés kezdete, a várakozási idő**
- II.3.1. A biztosító kockázatviselése **a szerződés létrejöttét követő nap 0 órakor kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződó a biztosítás első díját a biztosító részére megfizeti.** Az első díj megfizetésnek minősül, ha azt a függő biztosításközvetítő nyugtával igazoltan átvette, vagy egyéb esetekben, ha az a biztosító számlájára beérkezett. A felek ettől a rendelkezéstől külön megállapodásukkal eltérhetnek.
- II.3.2. A biztosító a biztosítási szerződésben **várakozási időt köt ki**, melynek időtartama **a szerződés létrejöttétől számított 3 (három) hónap.**
- II.3.3. **A biztosító a várakozási idő alatti szolgáltatását a következő módon csökkenti:**
- a) a balesetből eredő akut és tervezhető ellátási esetekben a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag tartalma szerint szolgáltat, valamint**
 - b) nem balesetből eredően csak akut ellátási esetekben és kizárólag a szolgáltatási csomag tartalma szerinti járóbeteg-ellátást, alap labor- és alap diagnosztikai vizsgálatokat (lásd 1. számú melléklet I. pontja) nyújt.**
- II.4. Kockázatelbíráláshoz kötött szerződésmódosítási esetek**
- II.4.1. A biztosító a biztosítási szerződés fennállása alatt a szerződó által kezdeményezett, a szerződés keretén belül választott szolgáltatási csomagnál szélesebb körű szolgáltatást nyújtó szolgáltatási csomagra irányuló szerződésmódosítási igénytel kapcsolatban **kockázatelbírálást végezhet, vagy az igényt indoklás nélkül elutasíthatja.**
- II.4.2. A kockázatelbírálás eredményétől függően a biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel kapcsolatos módosítási igényt teljesíteni vagy elutasítani. A biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos módosítási igény teljesítéséről, annak feltételeiről vagy elutasításáról **a szerződót írásban tájékoztatja.** Amennyiben a biztosító a szerződó által kezdeményezett szerződésmódosítási igényt elfogadja, úgy a szerződés módosítása az elfogadást követő biztosítási évfordulótól kezdődően válik hatályossá.
- II.4.3. A II.4.2. pont szerinti szerződésmódosítás esetén a **várakozási idő az új szolgáltatási csomagban szereplő új szolgáltatástípusok tekintetében a szerződésmódosítás hatálybalépésétől kezdődő 3 (három) hónapos időtartam.**
-

II.5. A biztosítási tartam

A biztosítási szerződés határozatlan tartamra jön létre.

II.6. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

- II.6.1. **A biztosítási szerződés megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén:**
- a) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betöltötte,
 - b) a biztosított halála esetén a szerződés – több biztosított esetén a szerződésnek az adott biztosítottra vonatkozó része – megszűnik a halál időpontjával,
 - c) a díjfizetés elmulasztása esetén, jelen általános feltételek IV.3. pontjában meghatározottak szerint,
 - d) a szerződő rendes felmondása esetén, a jelen általános feltételek II.7.1. pontjában leírtak szerint;
 - e) a ráutaló magatartással (hallgatólagosan) létrejött biztosítási szerződés utólagos felmondása esetén (II.2.7. pont), vagy a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén a biztosító felmondásával a jelen általános feltételek III.3. pontjában leírtak szerint,
 - f) a biztosított által – amennyiben nem ő a szerződő fél – a biztosítási szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának írásbeli visszavonásával az aktuális biztosítási időszak végén, feltéve, hogy a biztosított a szerződésbe szerződőként nem lép be. Családi szerződés esetén a szerződés abban az esetben szűnik meg az aktuális biztosítási időszak végén, ha a szerződés megkötéséhez adott valamennyi biztosított hozzájárulás visszavonásra kerül és a szerződésbe szerződőként egyik biztosított sem lép be. A családi szerződés csak a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását visszavonó biztosítottra vonatkozó részében szűnik meg, az aktuális biztosítási időszak végén, feltéve, hogy a szerződésbe ezt követően legalább egy biztosított marad, kivéve a II.6.2. pontban szabályozott esetet.
 - g) a szolgáltatásszervezővel való együttműködés megszűnésének időpontjában, ha a biztosító a szolgáltatásszervezési szolgáltatását rajta kívülálló, előre nem látható, ellenőrzési körén kívül eső körülmények bekövetkezése miatt teljesíteni nem tudja.
- II.6.2. A családi szerződés az aktuális biztosítási időszak végén megszűnik, ha bármely okból a családi szerződésben az aktuális biztosítási időszak utolsó napján kizárólag a II.1.4. pont szerinti biztosított szerepel.

II.7. A szerződő rendes felmondási lehetősége

- II.7.1. A biztosítási szerződést a **szerződő** a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával 30 napos felmondási idővel, a biztosítási időszak végére felmondhatja.
- II.7.2. A rendes felmondással **megszüntetett biztosítási szerződés esetében a biztosító a biztosítási fedezetet nem állítja helyre, azaz a szerződés nem reaktiválható.**

II.8. A biztosítás területi hatálya

A biztosító kockázatviselése Magyarország területére, a Magyarországon igénybevett egészségügyi ellátásokra és egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

III. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

III.1. A szerződő jogai és kötelezettségei

A biztosítási szerződés alapján a szerződő díjfizetésre köteles és a feltételek egyéb rendelkezésének hiányában a biztosított hozzájárulásával jogosult a biztosítási szerződés szerinti jognyilatkozatok megtételére.

III.2. A szerződő és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

A szerződő és a biztosított kötelesek a közlési és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.

- III.2.1. A szerződő és a biztosított közlési kötelezettsége

III.2.1.1. A közlési kötelezettség alapján **a szerződő és a biztosított szerződéskötéskor, továbbá szerződésmódosításitáskor kötelesek a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása, valamint a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges,** és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a biztosító által rendszeresített formanyomtatványon és/vagy hangfelvételeken szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

III..2.1.2. A **biztosító** a biztosított hozzájárulása alapján **közölt adatokat ellenőrizheti** és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére (foglalkozás, munka, sport) vonatkozó **további kérdéseket tehet fel, orvosi, egészségi, és/vagy teszt vizsgálatot írhat elő.** Az orvosi, egészségi, és/vagy tesztvizsgálat elvégzése a szerződőt, és a biztosítottat közlési kötelezettségük alól nem mentesíti.

III.2.2. A szerződő és a biztosított változásbejelentési kötelezettsége

A szerződő és a biztosított kötelesek a biztosítás fennállása alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni az ajánlaton közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását.

Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a biztosító kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a szerződő vagy a biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, különösen a szerződő és a biztosított nevének, címének, levelezési címének, telefonszámának és a biztosított tevékenységének (pl. foglalkozás, munka, sport) megváltozására, továbbá a kiemelt vagy versenyző sporttevékenység megkezdésére.

A biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a biztosítónak bejelenteni.

III.3. A biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége a szerződést érintő lényeges körülmények felmerülése, változása esetén (a biztosítási kockázat jelentős növekedése)

III.3.1. **Ha a biztosító a szerződés létrejötte után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha lényeges körülmények változását közlik vele, és ezek a körülmények a biztosító kockázatelbírálása alapján a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a biztosítási szerződés módosítására, illetőleg a szerződést, több biztosított esetén annak csak az adott biztosítottra vonatkozó részét, 30 napos felmondási idővel írásban felmondhatja. Jelentős kockázatnövekedésnek minősül, ha a biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a szerződésre vonatkozóan pótdíjat, kockázatból történő kizárást vagy elutasítást alkalmazna.**

Ha a biztosító e jogával nem él, a szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.

III.3.2. **Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el,** vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a biztosítási szerződés, vagy annak módosító javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha erre a következményre a biztosító a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.

IV. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

IV.1. A biztosítási díj megállapítása, a biztosított belépési kora

IV.1.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének ellenértéke.

IV.1.2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján, különösen a **biztosított életkorának, egészségi állapotának, tevékenységének** (foglalkozás, munka), valamint a szerződő által választott **szolgáltatási csomagnak** a figyelembevételével történik. **A biztosítási díj korcsoportonként eltérő.**

IV.1.3. A szerződésben megjelölt biztosítási szolgáltatások díja a biztosítási szerződés tartama alatt a biztosított növekvő kora miatt, korcsoportváltás esetén emelkedik. (IV.4.1. pont).

IV.1.4. A biztosító a szerződés megkötésekor a biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a díjfizetés technikai kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

IV.2. A biztosítási díj fizetése (a díjfizetés gyakorisága, a díjfizetés technikai kezdete, a díj esedékességének időpontja), a biztosítási időszak, a biztosítási évforduló fogalma

- IV.2.1. A biztosítási évre vonatkozó rendszeres **éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető.**
- IV.2.2. A **díjfizetés gyakoriságát a szerződő ajánlattételkor határozza meg**, és a szerződés tartama alatt igényelheti a díjfizetési ütem változtatását a biztosító változásbejelentő nyomtatványán írásban a változásbejelentést követő hónap első napjától kezdődő hatállyal.
- IV.2.3. A díjfizetés **technikai kezdete** a szerződés létrejöttét követő hónap elseje. **A díjfizetés technikai kezdete egyben a biztosítási évforduló napja is.**
- IV.2.4. **A biztosítási időszak egy év**, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számított egy évig tart (a továbbiakban: biztosítási év).
- IV.2.5. A biztosítási szerződés első díja a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában a szerződés létrejöttékor esedékes. Minden további díj annak a díjfizetési időszaknak (év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Az első díj a biztosító kockázatviselésének kezdő napjától a díjfizetés technikai kezdetéig terjedő időszakra és az első díjfizetési időszakra is vonatkozik.
- IV.2.6. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, mely napon a biztosítási díjat (díjrészletet) függő biztosításközvetítő nyugtával igazoltan átvette, vagy egyéb esetekben, amely napon a biztosító számlájára beérkezik.

IV.3. A díjfizetés elmulasztásának következményei

- IV.3.1. Amennyiben a szerződő a rendszeres biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet legalább 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. Ha a szerződő a kitűzött póthatáridőig fizetési kötelezettségét nem teljesíti és a biztosító késedelem nélkül nem érvényesíti díjkövetelését bírósági úton, akkor a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.
- IV.3.2. **Ha az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg, és a biztosító – a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok megfelelő alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.**
- IV.3.3. A szerződőnek lehetősége van az elmaradt biztosítási díjak rendezése mellett – az első elmaradt díj esedékességétől számított 120 napon belül – a díjfizetés elmulasztása miatt **megszűnt szerződés szerinti biztosítási fedezet helyreállítását kérni (reaktiválás)**. Ebben az esetben a biztosító jogosult újabb kockázatbírálást végezni, és a kérést elfogadni vagy indokolás nélkül elutasítani.

IV.4. A biztosítási díj módosításának a szabályai

- IV.4.1. **A biztosítások költségfedező képességének megőrzése és a kockázatarányos díj elvének alkalmazása érdekében a biztosító naptári évenként egyszer a biztosítási díjat az alábbi esetek szerint módosíthatja:**
- korosítás**
Amennyiben a biztosított új korcsoportba (ld. VIII.5. pont) lép, úgy a biztosítási díj az új korcsoport tekintetében meghatározott díj mértékére módosul a következő biztosítási évfordulóval kezdődő hatállyal (továbbiakban: korosítás). A biztosító a biztosított következő biztosítási időszakba lépésének korát úgy állapítja meg, hogy a következő biztosítási évforduló évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.
 - a biztosítási díj módosítása árindex-változásra tekintettel**
A biztosító a biztosítási díjat a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) által tárgyév február és az azt megelőző év február hónapra vonatkozóan megadott egészségügyi árindex figyelembe vételével módosíthatja. A módosítás mértéke nem haladhatja meg a jelen pont szerint számított árindex mértékét.
 - díjigazítás**
A biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosító a biztosítás díjának mértékét a kockázati tényezők, így különösen a biztosítással fedezett egészségügyi ellátások igénybevétele gyakoriságának – a KSH statisztikai adatai és a biztosító saját veszélyközösségének az adatai alapján meghatározott -, a módosítás hatálybalépését megelőző naptári évben bekövetkezett, jelentős, legalább 4%-ot meghaladó változására, vagy a biztosítási szol-
-

gáltatást érintő közterhek megváltozására figyelemmel, a biztosítási szerződés következő évfordulójának napjától kezdődő hatállyal, a megváltozott körülményekkel arányos mértékben, de legfeljebb 100%-os mértékben módosíthatja.

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

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

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

- IV.4.2. Amennyiben a szerződő fél nem fogyasztó, úgy a IV.4.1. pontban foglaltaktól függetlenül a biztosítási díj abban az esetben is módosul, ha a biztosító a biztosítási díjnak a biztosítási szerződés következő évfordulójának napjától kezdődő hatállyal történő módosítására tesz javaslatot a szerződő részére, és a szerződő a javaslatot akként fogadja el, hogy az annak megfelelő mértékű, az évfordulót követő első esedékes díjfizetési kötelezettségét teljesíti. A biztosítási díj módosítására vonatkozó javaslatát a biztosító írásban, a biztosítási szerződés következő évfordulóját megelőző legalább 30 nappal közli a szerződővel.

V. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

V.1. A biztosítási esemény

- V.1.1. Biztosítási esemény az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele, melyet a biztosított a várakozási időre is tekintettel, a kockázatviselés tartama alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt, a jelen általános feltételekben meghatározott és a jelen általános feltételek szabályainak eleget tevő egészségügyi szolgáltató nyújtott. Jelen pont szempontjából előzmény nélküli betegségnak, balesetnek vagy kóros állapotnak minősül az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegséggel vagy balesettel vagy kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással okozati összefüggésben nem áll.

Nem minősül biztosítási eseménynek az azonnali ellátási esettel kapcsolatos egészségügyi ellátás, ha az a társadalombiztosítási rendszer által finanszírozott illetve finanszírozandó.

- V.1.2. A biztosítottnak a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegségével vagy balesetével vagy kóros állapotával vagy megállapított maradandó egészségkárosodásával okozati összefüggésben a kockázatviselés ideje alatt a biztosított által igénybevett egészségügyi szolgáltatás kizárólag abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha
- az említett sérülésről, betegségről, egészségi problémáról, balesetről, egészségkárosodásról a biztosító a szerződés létrejöttét megelőzően a kockázatelbírálás során, vagy más – bizonyítható módon – tudomást szerzett, vagy
 - erről a körülményről a biztosított a kockázatelbíráláshoz szükséges nyilatkozataiban a közlési kötelezettségének megfelelően tájékoztatta a biztosítót,

és a biztosító nem zárta ki a kockázatviselési köréből az ezekkel összefüggő szolgáltatási igényeket, hanem vállalta a kockázatot.

- V.1.3. **Biztosítási eseménynek csak az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele minősül, amelyet a biztosító vagy a biztosító által megbízott szolgáltatásszervező szervezésében, tudtával, illetve jóváhagyásával vett igénybe a biztosított.**

- V.1.4. A biztosítási esemény időpontja az egészségügyi ellátás igénybevétele első napja. A jelen általános feltételek alkalmazásában egy biztosítási eseménynek azok az azonos sérülési, egészségkárosodási, megbetegedési okra, okokra, illetve egészségi problémára visszavezethető egészségügyi szolgáltatások minősülnek, amelyek egy napon vagy egy egészségügyi ellátás keretében történtek, és ugyanahhoz a szolgáltatásfajta-hoz tartoznak.

V.2. A biztosító szolgáltatásának általános szabályai és a szolgáltatás korlátozásának esetei

- V.2.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott orvosi, egészségügyi és egyéb szolgáltatásokra, illetve azok költség-térítésére terjed ki a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag tartalma, szolgáltatási korlátai és a jelen általános feltételekben foglalt szabályok szerint.
- V.2.2. **Annak az egészségügyi szolgáltatásnak az igénybevételét, amely a jelen általános feltételek értelmében biztosítási eseménynek minősül és melyet a biztosított a szolgáltatásszervezőnél vett igénybe, nem kell külön bejelenteni a biztosítónak.**
- V.2.3. **Az V.1.3. pont szerint igénybevett és a biztosítás által fedezett egészségügyi szolgáltatás költségét a biztosító közvetlenül, illetve a szolgáltatásszervező közreműködésével téríti meg a szolgáltatást nyújtó félnek.**
- V.2.4. Kizárólag a szolgáltatásszervező és a biztosító rendelkezik mérlegelési joggal a biztosítás által fedezett szolgáltatások szervezésével és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével kapcsolatban.
- V.2.5. **A szolgáltatásszervező elutasítja a szolgáltatás megszervezését, amennyiben a szolgáltatási igényre a biztosítási fedezet nem terjed ki.**
- V.2.6. **Abban az esetben, ha a biztosítási szolgáltatás jogalapja a biztosítási szerződés alapján nem vagy csak részben áll fenn, és emiatt a biztosító részben vagy egészben nem kötelezett a biztosítási szolgáltatás teljesítésére, akkor a biztosított az általa igénybevett egészségügyi ellátás költségének biztosítással nem fedezett ellenértékét köteles megtéríteni az egészségügyi szolgáltatást nyújtó, illetve arról számlát kiállító félnek.**
- V.2.7. A szolgáltatásszervező és a biztosító nem felelős a biztosított által igénybevett egészségügyi szolgáltatások szakmai minőségéért és a biztosítottak az egészségügyi szolgáltatás teljesítése során okozott károkért és a sérelemdíjért.

V.3. A biztosítási szolgáltatás engedményezése

- V.3.1. A II.1.3. pont szerinti biztosított, mint kedvezményezett, míg II.1.4. pont szerinti biztosított esetén annak törvényes képviselője, mint kedvezményezett, a szerződéskötéshez megadott írásbeli hozzájárulásával egyidejűleg az igénybevett egészségügyi szolgáltatás ellenértékének kifizetésére vonatkozó követelését engedményezi a szolgáltatásszervezőre, arra az esetre, ha a biztosítási szolgáltatás alapjául szolgáló és a biztosítottak nyújtott egészségügyi szolgáltatás ellenértéke már megtérítésre került az egészségügyi szolgáltatást ténylegesen nyújtó félnek.
- V.3.2. **Azon azonnali ellátási esetekben, melyek a társadalombiztosítási rendszer által nem finanszírozottak, illetve nem finanszírozandók, és az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele a szolgáltatásszervező szervezésében vagy tudtával és jóváhagyásával, de a vele nem szerződött egészségügyi szolgáltatónál történt, az egészségügyi szolgáltatás költségét a biztosított köteles előfinanszírozni a szolgáltató félnek, kivéve, ha ettől a szolgáltatást nyújtó fél és a biztosító együttesen, előzetesen eltekintenek.**
Ha a biztosított a szolgáltatást előfinanszírozta, akkor a biztosító ezt a költséget utólag csak abban az esetben téríti meg a biztosított részére, ha a költségek elszámolása céljából a jelen általános feltételek V.4. pontjában leírtak szerint szolgáltatási igényt terjesztenek elő a biztosítónál, és a biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítási szerződés alapján fennáll.

V.4. Azonnali ellátási esetekben, ha az egészségügyi szolgáltatás költségének megtérítése a biztosított vagy nevében eljáró más személy (de nem a szolgáltatásszervező) által történt, a szolgáltatási igény biztosító felé történő bejelentésekor az alábbiak szerint kell eljárni:

A szolgáltatási igényt az egészségügyi ellátás illetve szolgáltatás igénybevételének utolsó napját követő 15 napon belül a biztosító részére írásban be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat a biztosító részére meg kell adni. A keletkezett egészségügyi dokumentumokat csatolni kell és lehetővé kell tenni a bejelentés, valamint a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését.

- V.4.1. **Az előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás költségterítéséhez benyújtandó dokumentumok**
- a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről kiállított **eredeti számla**, melyet legkésőbb az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének utolsó napján kell igényelni a szolgáltatást teljesítő től a **biztosított nevére**.

-
- c) a biztosítási eseménnyel összefüggő valamennyi egészségügyi dokumentum másolata (pl.: ambuláns lap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény, beutaló, stb.), beleértve a vele kapcsolatos korábbi összes egészségügyi dokumentumot és az első egészségügyi ellátás dokumentumát is.

V.4.2. **A szolgáltatási igény elbírálásához bekérhető dokumentumok**

A biztosító a jelen általános feltételek V.4.1. pontjában megjelölt iratok mellett a szolgáltatási igény elbírálásához szükség esetén jogosult bekérni az alábbi dokumentumok másolatát is, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és/vagy az igény összegszerűségének megállapításához szükségesek:

- a) Amennyiben a biztosítási esemény alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll;
- b) A biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, boncolási jegyzőkönyv, jogosítvány és forgalmi engedély, munkahely, oktatási intézmény, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv/határozat, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények);
- c) A biztosító által rendelkezésre bocsátott és a biztosított kezelőorvosa, illetve az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatvány a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a biztosított egészségi állapotáról, illetve a biztosított kórelőzményi adatairól;
- d) A biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumai: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi kárton, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok;
- e) A társadalombiztosítási szerv, vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
- f) A biztosítottnak a sporttevékenységével kapcsolatos tagsági igazolványa, jogviszonyt igazoló dokumentuma, mérkőzés jegyzőkönyve;
- g) A biztosított születésének időpontját igazoló hivatalos bizonyítvány (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevél, vezetői engedély);
- h) A biztosító kérheti az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített magyar nyelvű hiteles fordításának benyújtását;
- i) A biztosító kérheti a fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását és bármely adathordozón rögzített benyújtását.

V.4.3. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához egyéb iratokat is beszerezhet.

V.4.4. Amennyiben a rendelkezésre álló iratok alapján a szolgáltatási igény nem bírálható el, a biztosító elrendelheti a biztosított személyes orvosi vizsgálatát (továbbiakban: szolgáltatás elbírálásához szükséges orvosi vizsgálat) is a biztosító költségére.

V.4.5. Ha a biztosító által bekért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy ismételten hiányosan nyújtják be, illetve a biztosított nem jelenik meg a szolgáltatás elbírálásához szükséges orvosi vizsgálaton, a biztosító a szolgáltatási igényről a rendelkezésre álló dokumentumok alapján dönt, így a szolgáltatási igényt el is utasíthatja.

V.4.6. **A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha a biztosított, illetve a szolgáltatási igény előterjesztője a jelen általános feltételekben foglalt kötelezettségeiknek nem tesznek eleget, különösen, ha a bejelentésre nyitva álló határidőt nem tartják be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

V.4.7. **A biztosítási szolgáltatás teljesítésének szabályai**

A biztosító a biztosított vagy nevében más által előfinanszírozott biztosítási szolgáltatást – a jogalap fennállása esetén – az összes dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül, törvényes belföldi fizetőeszközben, magyarországi pénzügyintézetnél vezetett bankszámlára való átutalással, a számla és a szolgáltatások, szolgáltatási korlátok figyelembevételével teljesíti.

VI. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

- VI.1. Ha a szerződő vagy a biztosított közlési-, illetve változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:
- a) a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismer-
te, vagy
 - b) a szerződő és/vagy a biztosított változásbejelentési kötelezettségüket megsértették, de
az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás fennállása alatt, a biztosítási
eseményt megelőzően a biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a III.3.
pontban szabályozott szerződésmódosítási illetve felmondási lehetőségével, vagy
 - c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény
bekövetkeztében.
- VI.2. A szolgáltatási igény jogalapjának fennállása esetén a közlési kötelezettség megsértése el-
lenére beáll a biztosító szolgáltatási kötelezettsége, ha a szerződéskötéstől, illetve a szerző-
désmódosítás során a szerződésbe felvett új szolgáltatástípus esetén a szerződésmódosí-
tástól számítottan a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.
Változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén a jelen pontban szabályozott öt éves
időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.
- VI.3. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosító bizonyítja, hogy a biztosítási
esemény alapjául szolgáló eseményt jogellenesen és szándékosan vagy jogellenesen és sú-
lyosan gondatlan magatartással
- a) a szerződő fél vagy a biztosított; vagy
 - b) a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.
- VI.4. A VI.3. pontban meghatározott személy súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha
- a) a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény idején bizonyíthatóan alkoholos álla-
potban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény
a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkeztében közrehatott. Ha tör-
tént véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5%-ot meghaladó, gépjár-
művezetés közben a 0,8%-ot meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció;
 - b) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy
amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett, és ez
a tény a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésében közrehatott;
 - c) a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése okozati összefüggés-
ben áll azzal, hogy a VI.3. pontban meghatározott személy a biztosítási esemény alapjául
szolgáló esemény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti szabályt megsze-
gett.
- VI.5. A biztosított biztosítása által fedezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor, biztosítá-
si esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában
elvárható módon köteles eljárni. Így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget
kell igénybe vennie. Ha a biztosított ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a bizto-
sító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a biztosított az öt törvény
alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

A fentiek nem jelentik a biztosított korlátozását a szabad orvosválasztási és egészségügyi
szolgáltató-választási jogában.

VII. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

- VII.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben
vagy egészben:
- a) ionizáló sugárzás,
 - b) nukleáris energia,
 - c) HIV-fertőzés,
 - d) háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kor-
mány elleni puccs vagy puccskísérlés, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tűn-
tetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határvillongások,
felkelés.

-
- VII.2. Jelen feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.
- VII.3. A biztosító kockázatviselése a VII.1.d. pontban foglaltakkal ellentétben kiterjed a biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a biztosítottnak a tüntetés, sztrájk, illetve felvonulás hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított eseményein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek abban az esetben, ha a biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.
- VII.4. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel okozati összefüggésben álló eseményekre:
- a) a biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a biztosító kockázatviselése kezdetét megelőző három évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényelt,
 - b) a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.
- VII.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított öngyilkossági kísérletével okozati összefüggésben álló eseményekre, még akkor sem, ha a biztosított az öngyilkossági kísérletet zavart tudatállapotban követte el.
- VII.6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakkal összefüggő egészségügyi szolgáltatásokra:
- a) a terhesség (kivéve, ha a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag tartalmazza a terhesgondozást), szülés, gyermekágy,
 - b) az emberi reprodukcióra irányuló – beleértve a mesterséges megtermékenyítést és annak bármely formáját, valamint a kizárólag a meddőség megszüntetése miatti eseményeket is – különleges eljárások, az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatások,
 - c) a művi terhesség-megszakítás, kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit, valamint a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását.
 - d) a sterilizáció,
 - e) a nemi jelleg megváltoztatása.
- VII.7. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakkal összefüggő egészségügyi szolgáltatásokra:
- a) ápolás és haldokló páciensek gondozása (hospice), életfenntartó beavatkozások, a geriátriai ellátás, jogszabályban meghatározott krónikus betegségek rehabilitációja (ide értve a daganatos betegek rendszeres onkológiai kezelését), kezelése, gondozása (különösen gyógytorna, fizioterápia, fürdőkéúra), kivéve a krónikus betegségek kórismézését, a kezelésük első beállítást, az akut szakaszainak akut ellátását, a betegség kezelése részeként elrendelt gyógyszerek felírását),
 - b) állapotfenntartó infúziós kezelések (pl. akut tünetek nélküli keringésjavító kezelések, vitaminkúrák stb.), fájdalomcsillapító infúziós kezelések,
 - c) reumatológiai kezelések, kivéve, ha jelentős akut állapotrosszabbodás megszüntetésére irányulnak,
 - d) szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások, beleértve azok előkészítéséhez illetve utógondozásához kapcsolódó ellátásokat is,
 - e) protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése,
 - f) művesekezelés,
 - g) a fogászati ellátások és kezelések, ide nem értve azokat az ellátásokat, melyek baleset következményei és a beavatkozás a rágásfunkció helyreállítását szolgálja, feltéve, hogy az ellátás legalább két egymás mellett lévő, azonos oldali fog együttes, fogászati röntgennel igazolt sérülése miatt következik be, továbbá a jelen általános feltételek 1. számú mellékletében a szolgáltatási csomagok részeként meghatározott szájüregi/fogászati szűrést és dentálhigiénias ellátást (fogkö levételt),
 - h) a fekvőbeteg-ellátás, illetve egynapos sebészet, ha a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag külön megjelölve nem tartalmazza azt, valamint az olyan fekvőbeteg-ellátás, illetve egynapos sebészet, – ha a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag külön megjelölve tartalmazza azt –, amely ellátás célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének hely-
-

reállítása, kivéve a fekvőbeteg-ellátásban részesülő biztosított gyermekkel együtt bent tartózkodó közeli hozzátartozó biztosított szállásköltsége,

- i) bennalvásos alvásvizsgálat (somnia, polysomnia),
- j) házivizit, betegszállítás, kivéve, ha a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag külön megjelölve tartalmazza azt,
- k) védőoltás vakcinájának beszerzése, költségtérítése,
- l) gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz, kivéve ha a biztosítási csomag által fedezett és az egészségügyi szolgáltatónál történő ellátás része,
- m) lelki működés zavarai, pszichiátriai megbetegedések,
- n) emberen végzett orvostudományi kutatások,
- o) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,
- p) egészségügyi orvosszakértői véleménnyel kapcsolatos igények és költségek,
- q) halottakkal kapcsolatos egészségügyi szolgáltatások,
- r) jogszabályban meghatározott, a katasztrófa- és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ide értve a kötelező, illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, bármely védőoltás beadásával kapcsolatos kiadásokat,
- s) alkohol, drog vagy kábítószer, illetve egyéb szenvedélybetegség miatti elvonókúrák, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás,
- t) Magyarországon elfogadott és a magyarországi egészségügyi szolgáltatóknál általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátások, egyszer használatos eszközök és a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek és biológiai terápiás gyógyszerek költségei, valamint az OEP által be nem fogadott illetve nem finanszírozott eljárások, eszközök és gyógyszerek költségei,
- u) jogszabályban meghatározott, a nem-konvencionális eljárások, természetgyógyászati kezelés, akupunktúra, alternatív gyógyászat, wellness szolgáltatások, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, fürdőkúra, fogyókúra, természetes gyógytényezők, fürdő- és klímagyógyintézetek, gyógyhelyek által teljesített szolgáltatások,
- v) az alábbi fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények: TBC, tetanusz, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek, mint malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz, SARS, továbbá a szexuális úton átvihető betegségek miatti események (STD).
- w) szaruhártyán végzett látásjavító műtét, beavatkozás, látásjavító eszközök, hallókészülék és kellékeik,
- x) jogszabályban meghatározott megelőzés, és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, állapotfelmérések, kivéve a szolgáltatási csomag részét képező szűrővizsgálatokat,
- y) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott szolgáltatás,
- z) a kockázatelbírálás eredményeként a biztosítási kötvényen felsorolt esetek és események (tételes kizárás).

VII.8. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított alábbi sporttevékenységével összefüggő eseményekre: autómotor sportok (pl. auto-crash vagy roncsautó sport, gokart, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival), gépkocsiverseny bármely fajtája, barlangászat, barlangi expedíció, bázisugrás, BMX-cross, BMX és skate, gyorsasági kerékpár, bungee jumping (mélybe ugrás), búvárkodás légzőkészülékkel 40m alá, egykezes és nyílttengeri vitorlázás, ejtőernyőzés, falmászás, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, hőlégballonozás, jetski, léghajózás, magashegyi expedíció, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, privát-/sportrepülés/repülő- sportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, vitorlázó és motoros repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, műrepülés), ejtőernyős ugrás, bázisugrás, quad, rally, vadvízi evezés, vízisí, hydrospeed, canyoning, surf, mountainboard, siakrobatika, síugrás, snowboard, pankráció.

VII.9. Sportártalmak kizárása

Ha a biztosított a biztosítási ajánlat megtételekor, illetve azt megelőzően legalább 3 éven keresztül a jelen általános feltételek VIII. 4. pont szerint kiemelt vagy versenyzői szinten az alábbi sporttevékenységek bármelyikét űzte, és a sportolást 5 éven belül hagyta abba, vagy a szerződés hatálya alatt bármikor kiemelt vagy versenyzői szinten az alábbi sporttevékenységek bármelyikét űzi vagy űzte, akkor biztosított mindkét térde, bokája, válla és gerince a biztosítási védelemből kizárva, kivéve, ha a szolgáltatási igény alapja csonttörés, csontrepedés.

Sporttevékenységek

Labdajátékok: asztalitenisz, tenisz, tollaslabda, baseball, fallabda, rögbi, röplabda, korfbal, amerikai futball, kosárlabda, kézilabda, labdarúgás, footbag, floorball, lábtoll-labda, futsal, lánstenisz.

Küzdő sportok: birkózás, ökölvívás, harcművészetek, így különösen: judo, karate, aikido, kungfu, iaido, taekwon-do, kempo, kendo, kick-box, pankráció, szumo, capoeira, tai-chi, tai-box, hapkido.

Télisportok: így különösen sielés, lesiklás, műlesiklás, óriás műlesiklás, biatlon, snowboard, síakrobatika, síugrás, szánkó, bob, gyorskorcsolyázás, jégtánc, műkorcsolya, jégkorong.

Egyéb: kötélugrás, versenytánc, akrobatikus Rock & Roll, aerobik, fitnessz, ritmikus gimnasztika, torna, atlétikai számok, öttusa, hétpróba, tízpróba, gyaloglás, futás, tájfutás, triatlon, vívás, görkorcsolyázás, gördeszka, skate, barlangászat, barlang expedíció, hegymászás, magashegyi expedíció, sziklamászás V. foktól, mountainboard, canyoning, mélybeugrás (bungee jumping).

VIII. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

VIII.1. Elévülési idő

A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 2 év.

Amennyiben a biztosított előfinanszírozta az egészségügyi szolgáltatást (V.3.2. pont), úgy a biztosító fizetési szolgáltatására vonatkozó igénye tekintetében az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

- az igény bejelentésének elmaradása esetén az igénybevett egészségügyi szolgáltatás utolsó napját követő napon,
- az igény bejelentése esetén az utolsó iratnak a biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. napot követő naptól,
- az igény bejelentése esetén, amennyiben a biztosító által igényelt iratcsatolás, vagy információszolgáltatás elmarad, a biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő naptól, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. napot követő naptól.

VIII.2. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése, a Generali Egészségprogram kártya elvesztése, pótlása

VIII.2.1. Ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, úgy a biztosító a szerződő kérésére a hatályos eredetivel megegyező tartalmú kötvényt állít ki.

VIII.2.2. Ha Generali Egészségprogram kártya megsemmisült vagy elveszett, úgy a biztosító a szerződő kérésére a hatályos eredetivel megegyező tartalmú kártyát állít ki, melynek kiállítási költségét a biztosító a szerződővel szemben érvényesítheti.

VIII.3. Eljárás véleménykülönbség esetén

Ha a biztosított vitatja a biztosító – szolgáltatási igénnyel kapcsolatos – álláspontját, írásban kérheti a döntés felülbíráását. A biztosító illetékes szervezeti egysége a kérelem elbírálásához szükséges valamennyi irat/adat kézhezvételétől számított 30 napon belül döntést hoz és döntéséről a kérelmezőt írásban értesíti.

VIII.4. A sporttevékenységek minősítése

VIII.4.1. Jelen általános feltételek szempontjából **kiemelt sportoló:** az a személy, aki sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sport-szerződés keretében végez sporttevékenységet, továbbá aki külföldi sportszövetség feltételei szerint megszerzett sportolói engedéllyel rendelkezik.

VIII.4.2. Jelen általános feltételek szempontjából **versenyző sportoló** az a személy (továbbiakban: versenyző sportoló), aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolóként végez, feltéve, hogy versenyen (bajnokságon, meccsen) is indul, függetlenül a verseny jellegétől (függetlenül pl. attól, hogy helyi, kerületi, megyei, területi, országos, nemzetközi, stb. vagy, hogy barátságos-e a verseny, mi a tétje, stb.).

Jelen általános feltételek szempontjából a versenyző sportoló lehet élvonalbeli versenyző sportoló, regionális szinten versenyző sportoló vagy területi szinten versenyző sportoló:

- élvonalbeli versenyző sportoló az a személy, aki nemzetközi, országos (nemzeti) versenyen indul,

- b) regionális szinten versenyző sportoló az a személy, aki több megyét érintő versenyen indul feltéve, hogy nem élvonalbeli versenyző sportoló,
- c) területi szinten versenyző sportoló az a személy, aki nem regionális szinten versenyző sportoló és nem élvonalbeli versenyző sportoló.

VIII.4.3. Jelen általános feltételek szempontjából **hobby-sportoló** az a biztosított, aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolóként és nem versenyző sportolóként végez.

VIII.5. **Értelmező rendelkezések**

24-órás telefonos egészségügyi ügyelet/tanácsadás: Generali Egészségvonalon – a nap 24 órájában, megszakítás nélkül, folyamatosan működő telefonos szolgáltatás, melyen keresztül egészségügyi végzettségű személyzettel szakmai tanácsadás és az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos információk kérhetők, továbbá egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben igénybejelentésre kerülhet sor.

Akut egészségügyi ellátási esetek (Akut esetek) – azok az – egészségügyi, orvosszakma szabályai szerinti – akut állapotok, akár krónikus betegséggel kapcsolatban is, amikor olyan tünetek azonosíthatók, amelyek alapján az orvosszakma szabályai szerint 48 órán belüli orvosi ellátásra van szükség (így különösen: magas láz, görcsös fájdalom, hasmenés, hányás, heveny fertőzés, eszméletvesztés, vérvesztés, mély- és vagy nagy kiterjedésű nyílt seb, kifejezetten magas vagy rendkívül alacsony vérnyomás és/vagy pulzusszám, érzékszervek képességének hirtelen és nagymértékű romlása).

Alapellátás (egészségügyi vagy orvosi rendelkezésre állás) – betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, általánosan igénybe vehető „alap” (nem szak) egészségügyi szolgáltatás: háziorvosi jellegű és gyermekorvosi ellátás.

Alapellátásnak minősül továbbá a rendelési időben igénybevett első vizit belgyógyászati-, nőgyógyászati-, gyermekgyógyászati szakrendelésen, és az ennek keretében elvégzett orvosi konzultáció, tanácsadás, vizsgálat. Az ugyanezen rendeléseken történő kontroll vizsgálat (gyógykezelés hatékonyságát, illetve eredményességét ellenőrző vizsgálat) nem alapellátásnak, hanem járóbetegszakellátásnak minősül.

Ambuláns műtét – olyan járóbeteg-ellátás keretében végzett műtét, amely után, a beavatkozást és megfigyelést követően az ellátott személy még a beavatkozás napján otthonába bocsátható, és amely nem minősül sem fekvőbeteg-ellátásnak, sem egynapos sebészetnek.

Ápolás – azoknak az ápoló és gondozó ellátásoknak, eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a páciens állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése, a páciens emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával.

Azonnali ellátási esetek – gyűjtőnéven jelöli a mentés, életmentő beavatkozás és a sürgős szükség körébe tartozó ellátásokat (beleértve a balesetek miatti azonnali ellátási eseteket is).

Baleset – a biztosítás tartama alatt a biztosított akaratától független, egyszeri és hirtelen fellépő külső, fizikai és/vagy kémiai behatás, amelynek következtében a biztosított testi sérülést szenved. Jelen általános feltételek alkalmazásában nem minősül balesetnek pl. a szívinfarktus, az agyi érkatasztrófa (stroke), az ájulás (collapsus).

Baleseti állapotstabilizáló fogászati ellátás – olyan állapotstabilizáló fogászati ellátás, beavatkozás, mely baleset következtében vált szükségessé és a rágásfunkció helyreállítását szolgálja, feltéve, hogy az ellátás legalább két egymás mellett lévő, azonos oldali fog együttes, fogászati röntgennel igazolt sérülése miatt következik be.

Betegség – rendellenes testi vagy szellemi állapot, egészségérzet hiánya.

Betegszállítás – arra jogosult orvos rendelése alapján a páciens – jogszabályban meghatározott feltételeknek megfelelő szállítása abból a célból, hogy biztosítsák számára a szükséges, tervezhető egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést abban a – mentőápolói felügyeletet nem igénylő – esetben, amikor az egészségügyi ellátás elérhetősége egészségi állapota miatt másként nem biztosítható.

Biztosítási fedezet – olyan egészségügyi szolgáltatások, szolgáltatásfajták, melyek igénybevételeire a biztosított – részben vagy egészben térítésmentesen – a biztosítóval megkötött biztosítási szerződésének hatálya és az általános feltételek szabályozásai alapján jogosult.

Családi szerződés – családi szerződésnek minősül az a biztosítási szerződés, amelynek legalább két biztosítottja van, egyikük nagykorú és a biztosítottak egymás – Ptk. szerint meghatározott – közeli hozzátartozói, valamint közös levelezési címmel rendelkeznek.

Diagnosztika – a biztosított panaszának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló orvosi vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása. Ideértve a képalkotó- és laborvizsgálatokat, valamint a szövettani vizsgálatot és a citológiát.

Dentálhigiéniai kezelés – fogkö eltávolítása és a megfelelő szájhigiéniai teendők ismertetése

Egészségügyi személyzet – az orvos, a fogorvos, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, valamint az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy.

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. Az általános feltételek alkalmazásában, jogszabályokban meghatározott egészségügyi dokumentumok különösen a részben jogszabályban is szabályozott alábbi iratok: ambuláns lap, kórházi zárójelentés, műtéti leírás, vizsgálati lap, ápolási-, illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, orvosi szakvélemény, laborlap, diagnosztikai- vagy szövettani vizsgálatok során készült felvételek, vény(másolat), beutaló(másolat).

Egészségügyi ellátás – a biztosított egészségi állapotához kapcsolódó, az egészségügyi, orvosszakma szabályainak és a hatályos egészségügyi törvények rendelkezéseinek megfelelően végzett és dokumentált egészségügyi tevékenységek összessége.

Egészségügyi szakma – egészségügyi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) minimumfeltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben.

Egészségügyi szolgáltatás – az egészségügyi szolgáltató által végzett, az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége.

Egészségügyi szolgáltató (intézmény) – a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, a hatályos jogszabályok alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult, az egészségügyi államigazgatási szerv által – Magyarországra vonatkozóan – kiadott működési engedéllyel rendelkező egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet. Az általános feltételek alkalmazásában nem tekintendők egészségügyi szolgáltatónak a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriatriai ellátók, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek még abban az esetben sem, ha azokban egészségügyi szolgáltatást teljesítenek, valamint nem minősülnek egészségügyi szolgáltatónak a szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények (pl. kórházak, klinikák) fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei.

Egészségügyi tevékenység – az egészségügyi szolgáltató által végzett egészségügyi szolgáltatás részét képező minden tevékenység, kivéve azokat, amelyek végzéséhez nem szükséges egészségügyi szakképesítés vagy egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy szakmai felügyelete.

Egynapos sebészet – jogszabályban meghatározott olyan tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre engedélyezetten működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt és elvégezhető a vizsgálati eredménye alapján, és amely elvégzését követően a páciens a műtétet követő 24 órán belüli megfigyelés után, a saját lábán, kísérővel elhagyhatja az ellátó intézményt.

Ellátásszervezés – lásd szolgáltatásszervezés.

Ellátásszervező – lásd szolgáltatásszervező.

Életfenntartó beavatkozás – az egészségügyi szolgáltató által végzett, a páciens életének mester-séges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányuló egészség-ügyi tevékenység.

Életmentő beavatkozás – hirtelen kialakult, életet veszélyeztető állapotban azonnali egészségügyi beavatkozás, mely a biztosított életének megmentésére irányul.

Emelt szintű kórházi- és hotelszolgáltatás – kórház szerves részeként működő, a biztosítottak fekvőbeteg ellátását a magyar átlagos, illetve standard szolgáltatásnál magasabb színvonalon biz-tosító, kórházanként megadott protokoll alapján szervezett és nyújtott természetbeni szolgáltatás, amely kiterjed az egyén kórházi gyógykezelésének, ellátásának megszervezésére, valamint a minő-ségi ellátást nyújtó személyzet és ellátási környezet biztosítására.

Fejlett diagnosztika – tételes megnevezésüket lásd a Szolgáltatások listájában.

Fekvőbeteg-ellátás – fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált egészségügyi ellátás igénybevétele céljából az ellátást vég-ző egészségügyi szolgáltató intézménybe (kórházba) több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy az intézménybe való felvétele, illetve elbocsátási napja között minden éjszakát az intéz-ményben tölt egészségügyi ellátásával összefüggésben. Az egészségügyi szolgáltató intézménybe való felvétel több napra szól, ha az intézményből való elbocsátás későbbi napon történik, mint az intézménybe való felvétel.

Generali Egészségvonal – lásd 24 órás telefonos egészségügyi ügyelet/tanácsadás.

Gyógykezelés – lásd kezelés.

Gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz – gyógyszernek, kötszernek, gyógyászati se-gédeszköznek csak azok a szerek, kellékek, eszközök minősülnek, amelyeket Magyarországon gyógyszerként, kötszerként, gyógyászati segédeszközként bejegyeztek és elismertek. A látásjavító eszközök (szemüveg, kontaktlencse, látóüveg, stb.), a hallásjavító eszközök és a fogászati ellátás keretében felhasznált anyagok, eszközök (műfog, műfogsor, tömések, implantátumok, fogszabály-zók, fogfehérítő anyagok és eszközök, stb.) nem minősülnek gyógyászati segédeszköznek.

Haldokló páciens gondozása = Hospice – haldokló egyén olyan gondozó (főleg palliatív) ellátása, amelynek célja nem pusztán a fájdalom csillapítása, hanem a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő páciens testi, lelki ápolása-gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése.

Háziorvos – a hozzá bejelentkezett páciensek egészségügyi ellátását jogszabály alapján koordiná-ló, illetve alapellátást nyújtó orvos.

Házivizit – a páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén (otthonában) – a 24 órás telefonos egész-ségügyi ügyelet/ tanácsadás telefonvonalán bejelentett akut ellátási esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás. Ennek során a biztosítotthoz háziiorvosi jellegű ellátást nyújtó orvost, illetve gyermekorvost küldenek.

Hospice – lásd haldokló páciens gondozása.

Járóbeteg-szakellátás – szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű szakorvosi egész-ségügyi ellátás, illetve szakorvosi konzílium, ha az nem minősül sem fekvőbeteg-ellátásnak, sem egynapos sebészetnek, sem pedig fekvőbeteg szakellátást igénylő, krónikus betegség esetében alkalmazott folyamatos, szakorvos által teljesített, egészségügyi ellátásnak, szolgáltatásnak.

Kezelés – Olyan, egészségügyi szakszemélyzet által végzett tevékenységek összessége, amelyek a diagnosztika eredményeit felhasználva a betegségek gyógyítására, az állapot stabilizálására, a fájdalom (vagy egyéb panaszok) csillapítására irányulnak.

Korcsoport – a biztosító a biztosítottakat életkoruk szerint az alábbi korcsoportokba sorolja: 0,5–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59, 60–65 évesek.

A biztosítási díj korcsoportonként eltérő, a biztosítási szerződés tartam alatt, a biztosított növekvő kora miatt, korcsoportváltás esetén a biztosítási díj emelkedik (korosítás, IV.4.1. pont).

Kórház – lásd Fekvőbeteg-ellátás.

Krónikus betegség – olyan diagnosztizált betegség vagy orvos által minősített állapot, amely állandó vagy időszakos járóbeteg- és/vagy fekvőbeteg-ellátást, kórházi tartózkodást igényel, és amelyet

lassú kialakulás és/vagy hosszú távú lefolyás (legalább 3 hónap) – közben akár akut periódusok előfordulása, vagy a tünetek csökkenése, illetve enyhülése – jellemez.

Magzat – a méhen belül fejlődő emberi lény a terhesség 12. hetétől.

Meddőség – nemző-, illetve fogamzóképtelen állapot.

Mentés – az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló páciensnek a feltalálási helyén, mentésre feljogosított szervezet által végzett, jogszabályban meghatározott azonnali ellátása, illetve, ehhez szükség szerint kapcsolódóan, a páciens egészségi állapotának megfelelő ellátására alkalmas legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása, és a szállítás közben végzett ellátása.

Orvosszakma – orvosi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) feltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben.

Rehabilitáció (orvosi, egészségügyi) – azon egészségügyi eljárások, ellátások összessége, amelyek célja a kialakult funkcióvesztés (mozgáskorlátozottság, beszédzavar, csökkent szívteljesítmény, stb.) helyreállítása vagy pótlása, illetve kompenzáló új képességek kifejlesztése. Az orvosi rehabilitáció szerves része különösen a keringésvitát- és/vagy fájdalomcsillapítást célzó infúziós kezelések, fizioterápia a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia, a gyógyászati segédeszköz ellátás és ezek használatának betanítása is, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézeti-, gyógyfürdői-, gyógyüdülői, geriátriai-, szociális otthoni-, alkohol- és kábítószer-elvonói, valamint egyéb szanatóriumi-rehabilitációs intézeti ellátások.

Sürgős szükség – az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali orvosi ellátás hiányában a páciens közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

Sürgősségi ügyelet – azonnali ellátási esetek ellátására az állami egészségügyi rendszeren belül kialakított és működtetett egészségügyi szolgáltató, mely a napi munkarenden kívül bekövetkező és szükséges esetekben folyamatosan igénybe vehető egészségügyi ellátást nyújt.

Szerv – azok a szövetszövetcsoporthoz tartozó szövetek, amelyek anatómiailag és funkcionálisan egy bizonyos tevékenységre specializálódtak.

Szerv- és szövetátültetés – szerv és szövet eltávolítása emberi testből (donor), valamint annak más élő személy testébe (recipiens) történő beültetése.

Szolgáltatásfinanszírozás – egészségügyi szolgáltatás költségének – biztosítási szolgáltatásként részben vagy egészben való – megtérítése biztosítási szerződés keretében és az abban foglalt és meghatározott feltételek szerint.

Szolgáltatási csomag – lásd biztosítási fedezet.

Szolgáltatásszervezés – orvosszakmai szempontból szükséges egészségügyi szolgáltatások (különösen a tervezhető járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás) megszervezése a biztosított részére. Szolgáltatásszervezés az általános feltételek alkalmazásában: a biztosított egészségügyi ellátásának menedzselése, az egészségügyi ellátások és az ellátások útjának figyelése, ellenőrzése, kapcsolattartás a biztosított ellátását végző egészségügyi szolgáltatókkal, biztosított által a szolgáltatásszervező szervezésében vagy tudtával illetve jóváhagyásával igénybevett egészségügyi ellátások adminisztrálása.

Szolgáltatásszervező – a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül olyan fél, amely a biztosítóval kötött szerződés alapján jogosult és kötelezett a biztosított által a szerződése terhére igénybe vehető – főleg a tervezhető módon hozzáférhető – egészségügyi szolgáltatások megszervezésére, a biztosítottnak teljesített egészségügyi szolgáltatások minőségi és szakmai ellenőrzésére. A szolgáltatásszervező – ha csak lehetséges – a vele szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatókon keresztül teljesíti azokat az egészségügyi szolgáltatásokat, amelyek a szerződésre vonatkozó szolgáltatási csomag alapján és annak terhére a biztosított által igénybe vehetők.

Szövet – a szövet hasonló alakú és azonos működésű sejtek összessége. Ide nem értve a vér és a véralkotóelemeket.

Szülészeti ellátás és gyermekágy – a vajúadás, a szülés alatti és szülés utáni 6 héten belüli egészségügyi ellátások összessége – beleértve a gyermekágyi kontrollvizsgálatot is -, melyeket az anyának és a gyermekének nyújtja szüléssel/ születéssel összefüggésben az ellátást teljesítő egészségügyi szolgáltató.

Szűrővizsgálat – olyan orvosi vizsgálat illetve vizsgálati sor, amelynek célja egyrészt az egészség védelme, az egyén életminőségének és élettartamának növelése, a rejtett, lappangó, illetve tüneteket nem produkáló betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint az arra hajlamosító kockázati tényezők időben történő, korai – lehetőleg panaszmentes – szakaszban történő aktív felkutatásával, felismerésével, illetve beazonosításával és feltérképezésével.

Telefonos egészségi nyilatkozat – a biztosító által alkalmazott, a biztosított (biztosítandó személy) egészségi státuszának felmérését szolgáló olyan, a jogszabályoknak megfelelő ideig tárolásra és hangrögzítésre kerülő telefonon megválaszolt kérdéssor és nyilatkozat, amelynek célja egyrészt a biztosítandó személy már meglévő panaszainak, betegségeinek, sérüléseinek, egészségkárosodásainak felmérése, másrészt a biztosítandó fél – betegségi, illetve sérülési, egészségkárosodási tüneteket nem produkáló – lappangó betegségének, romlani képes egészségi vagy kórmegelőző állapotának, betegségre hajlamosító kockázati tényezőinek – felismerése és feltérképezése.

Terápia – lásd kezelés.

Terhesgondozás, terhességi ellátás – azon egészségügyi beavatkozások, vizsgálatok, szolgáltatások összessége, amelyek járóbeteg-ellátásnak minősülnek és közvetlenül kapcsolódnak a terhesség egészségügyi ellátásához.

Tervezhető egészségügyi, illetve orvosi ellátás – olyan egészségügyi (orvosi) ellátás, amely egészségügyi, illetve orvosszakmai szempontból indokolt és nem minősül akut vagy azonnali ellátási esetnek, így elvégzésének időpontja tervezhetően előre egyeztethető, programozható. A szolgáltatásszervező várhatóan 14 napon belüli időpontra szervezi meg a szükséges ellátást.

Transzplantáció – lásd szerv- és szövetátültetés.

Ügyeleti ellátás – a napi munkarenden kívül bekövetkező azonnali ellátási esetekben történő, jogszabály szerinti egészségügyi ellátás, amely bizonyos egészségügyi ellátások folyamatos igénybevételeinek lehetőségét biztosítja, és amelynek célja az egészségügyi szolgáltatók napi munkarend szerinti munkaidő befejezésének időpontjától a következő napi munkarend szerinti munkaidő kezdetéig az ellátást igénylő személy vizsgálata, egészségi állapotának észlelése, alkalmoszerű és azonnali ellátást igénylő beavatkozások elvégzése, illetőleg fekvőbeteg-(gyógy)intézetbe történő azonnali ellátási eset miatti beutalása, valamint a külön jogszabályokban meghatározott eljárásokban való részvétel.

Védőoltás – hatályos jogszabályok szerint engedélyezett vakcina (illetve annak beadása), mely olyan hatóanyagokat tartalmaz, amelyek fertőző betegség(ek)kel szembeni aktív, illetve passzív védettség kialakítására alkalmasak, s így védőoltás beadásával a fertőző betegségek terjedése megelőzhető, vagy megbetegedés esetén a gyógyulás elősegíthető, illetve megelőzhető a krónikus szövődmények kialakulása.

Vizsgálat (orvosi) – olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja a biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.

IX. AZ ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL LÉNYEGESEN ELTÉRŐ RENDELKEZÉSEI

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a Generali Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételeinek azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) rendelkezéseitől lényegesen eltérnek.

IX.1. A biztosított részéről szükséges hozzájárulás

Jelen feltételek II.1.7. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:479.§ (1) bekezdésétől – **fogyasztónak nem minősülő szerződő esetén**, kiskorú, illetve cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen biztosított vonatkozásában a szerződés, valamint a szerződésmódosítás érvényességéhez a **gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges**.

IX.2. A szerződés létrejötte

Jelen feltételek II.2.1. pontja értelmében – a Ptk. 6:443. § (1) bekezdésétől eltérően – a biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító **írásbeli** megállapodása alapján jön létre.

Jelen feltételek II.2.5. pontja alapján – a Ptk. 6:443. § (2) bekezdésétől eltérően – az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben szereplő eltérésre a szerződőnek késedelem nélkül, **de legfeljebb 15 napon belül** van lehetősége kifogását előterjeszteni.

Jelen feltételek II.2.6. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:444.§ (1) bekezdésétől – a biztosítási szerződés akkor is létrejön a biztosító ráutaló magatartásával, **amennyiben a szerződő nem minősül fogyasztónak.**

IX.3. Fizetési póthatáridő tűzése

Jelen feltételek IV.3.1. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:449.§ (1) bekezdésétől – a biztosító a szerződő felet **legalább** 30 napos póthatáridő tűzésével hívja fel írásban a teljesítésre, amennyiben a szerződő az esedékes biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki.

IX.4. Az elévülési időszak tartama

Jelen feltételek VIII.1. pontjában foglalt elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22.§ (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. Jelen szerződésből eredő igények **2 év** elteltével évülnek el.

1. számú melléklet

GENERALI EGÉSZSÉGPROGRAM SZOLGÁLTATÁSI CSOMAGOK ÉS SZOLGÁLTATÁSTÍPUSOK

A táblázatban található szolgáltatástípusok a szolgáltatási csomag szerinti tartalommal, korlátlan számban vehetők igénybe, az általános feltételekben és a jelen mellékletben részletezett szabályozások szerint.

	Szolgáltatástípusok	Szolgáltatási csomagok		
		Alap	Ideál	Extra
Generali Preventív szűrőprogramok	Generali Egészségvonal 24 órás telefonos egészségügyi tanácsadás-sal, ellátásszervezés időpontfoglalással, orvosi rendelkezésre állással	•	•	•
	Generali preventív szűrőprogram (életkor szerinti, személyre szabott)	•	•	•
	Szájüregi/fogászati szűrés és dentálhigiénias kezelés évente egyszer 20% kedvezmény a fogászati kezelések árából az MDentálnál Budapesten	•	•	•
	Bőrrákszűrés (kétévente egyszer)	•	•	•
	E-pszichológiai (felnőtt és gyermek-fiatal) tanácsadás: párkapcsolati problémák, életmóddal kapcsolatos témák, életvezetési problémák, munkahelyi és más stresszhelyzetek, egzisztenciális problémák, gyermeknevelési tanácsok, speciális élethelyzetekkel kapcsolatos problémák (idős szülők, pályaválasztás), karrier tanácsadás	•	•	•
	Terhesség megállapítása	•	•	•
Alap ellátás	Járóbeteg-ellátás: belgyógyászat, fül-, orr-, gégeészet, szemészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat, gyermekgyógyászat	•	•	•
	Laborvizsgálatok: alapvető vérvizsgálatok, vizeletvizsgálat, székletvizsgálat, alapvető fertőzésvizsgálatok, férfiaknak: prosztatarák kiszűrése (PSA)	•	•	•
	Diagnosztikai vizsgálatok: nőgyógyászati citológiai vizsgálat, EKG, ultrahang (UH), Röntgen, mammográfia, Doppler illetve arteriográfós érvizsgálat, hallásvizsgálat, anyajegy-vizsgálat, allergiateszt, centrális csontsűrűségvizsgálat, szem- és látásvizsgálat	•	•	•
Bővített ellátás	Járóbeteg-ellátás: allergológia, kardiológia, ortopédia és reumatológia (elektroterápia is), tüdőgyógyászat, neurológia, gasztroenterológia, onkológia, diétetika		•	•
	Laborvizsgálatok: immunológiai vizsgálatok, hormonvizsgálatok, dagantos betegségek kiszűrése, HIV-teszt és más szexuális úton terjedő betegségek kiszűrése, genetikai vizsgálatok, mérgezők vizsgálatok		•	•
	Diagnosztikai vizsgálatok: sejt- és szövetvizsgálatok, allergének kimutatása vérből, endoszkópos-tükrözéses vizsgálatok, MRI, CT, PET CT, az agy és izmok illetve idegek elektromos aktivitásának vizsgálata (EEG, EMG, ENG), érrendszeri vizsgálatok és angiográfia, enterográfia, radioizotopos vizsgálatok, ízületi tűszűrő vizsgálatok, légzésfunkció vizsgálata		•	•
	Terhességközpont (Egészségközpontokban, Bp.-en, családi szerződés esetén!)		•	•
	Házivizit: orvosszakmailag indokolt akut esetben otthoni gyermek- és felnőtt orvosi ellátás Bp.-en és 60 km-es körzetében, illetve a Generali Egészségvonal által megadott további helyszíneken is (Családi szerződés esetén!)		•	•
	Betegszállítás (max.150 000 Ft/biztosított/biztosítási év)		•	•
	Ambuláns műtétek		•	•
	Egynapos sebészet			•
	Kórházi fekvőbeteg-ellátás VIP-szinten (műtétek és hotelszolgáltatás, max. 60 nap/biztosított/biztosítási év és max. 3 500 000 Ft/biztosított/biztosítási év)			•

I. A GENERALI EGÉSZSÉGPROGRAM SZOLGÁLTATÁSI TÁBLÁZATÁBAN FOGLALT SZOLGÁLTATÁSOK RÉSZLETEZÉSE

A jelen mellékletben részletezett egészségügyi ellátásokra a biztosító szolgáltatást a Generali Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételeinek megfelelően nyújt, különös tekintettel az abban meghatározott kizárásokra.

Generali preventív szűrőprogram extrákkal

Generali preventív szűrőprogram

A szűrővizsgálat igénybevétele – évente egy alkalommal – nem kötelező, de ajánlott. A vizsgálati protokollok összeállítása életkor specifikusan történt. Vizsgálatra jelentkezni a Generali Egészségvonalon keresztül lehet.

Gyerekeknek, fiataloknak (0,5-17 éves kor)

A gyerekekre vonatkozóan a szűrővizsgálat gyermekgyógyászati fizikális vizsgálatot tartalmaz, a további vizsgálatokat az orvos rendeli el az előzmények ismeretében a pácienssel illetve szüleiével, törvényes képviselőjével egyeztetve.

Nők és Férfiak (18-39 éves kor)

Alap csomag: belgyógyászati fizikális vizsgálat (nyugalmi EKG is), laborvizsgálat (teljes vérkép, süllyedés, kreatinin, éhgyomri vércukor, koleszterin (LDL, HDL), triglicerid, GOT, GGT, GPT, teljes vizeletvizsgálat + üledék.)

Ideál és Extra csomag: belgyógyászati vizsgálat (nyugalmi EKG is), szemészeti vizsgálat, mellkas Röntgen, nőgyógyászati vizsgálat (citológia, hüvelyi Ultrahang, emlő fizikális vizsgálata)/urologia, laborvizsgálat (teljes vérkép, süllyedés, kreatinin, éhgyomri vércukor, koleszterin (LDL, HDL), triglicerid, GOT, GGT, GPT, teljes vizeletvizsgálat + üledék).

Nők és Férfiak (40 éves kortól)

Alap csomag: belgyógyászati fizikális vizsgálat (nyugalmi EKG is), laborvizsgálat (teljes vérkép, süllyedés, kreatinin, éhgyomri vércukor, koleszterin (LDL, HDL), triglicerid, GOT, GGT, GPT, teljes vizeletvizsgálat + üledék, férfiaknak PSA, legalább 50 éves korban mindkét nem esetén továbbá: széklet immun-vérteszt).

Ideál és Extra csomag: belgyógyászati fizikális vizsgálat (nyugalmi EKG is), szemészeti vizsgálat, mellkas Röntgen, nőgyógyászati vizsgálat (citológia, hüvelyi Ultrahang, emlő fizikális vizsgálata)/urologia, laborvizsgálat (teljes vérkép, süllyedés, kreatinin, éhgyomri vércukor, koleszterin (LDL, HDL), triglicerid, GOT, GGT, GPT, teljes vizeletvizsgálat + üledék, férfiaknak PSA, legalább 50 éves korban mindkét nem esetén továbbá: széklet immun-vérteszt).

A Generali Extra szűrővizsgálatai

- fogászati szűrés és dentálhigiéniai kezelés (fogkö eltávolítás) évente egy-egy alkalommal + 20% kedvezmény a fogászati kezelésekre árából közvetlen a MDentálnál igénybevett fogászati szolgáltatásokra vonatkozóan.
- anyajegy (melanoma) szűrés dermatoszkóppal kétévente egy alkalommal.

E-pszichológiai (felnőtt és gyermek-fiatal) tanácsadás

A biztosító internetes felületén (www.generaliegeszsegprogram.hu), azonosítást követően, e-mailben igényelhető a szolgáltatás. A pszichológus a biztosított által megadott e-mail címre elektronikus úton, 2 munkanapon belül küldi meg válaszát. A szakember véleményét a következő témákban lehet kérni: párkapcsolati problémák, életmóddal kapcsolatos témák, életvezetési problémák, munkahelyi és más stresszhelyzetek, egzisztenciális problémák, gyermekevelési tanácsok, speciális élethelyzetekkel kapcsolatos problémák (idős szülők, pályaválasztás, karrier tanácsadás).

Orvosi rendelkezésre állás

Betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, Generali Egészségvonalon keresztül igényelhető belgyógyászati alapellátás (házi orvosi jellegű ellátás).

Alap ellátás szolgáltatásai

Alap járóbeteg-ellátás: benne alapellátás, valamint azon túli ellátások, vizsgálatok, kezelések az alábbi szakterületeken: belgyógyászat és gyermekgyógyászat, fül-, orr-, gégegyógyászat, szemészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat, radiológia (az ide tartozó Alap diagnosztika körébe tartozó eszközhasználat Alap szakterületeken).

Alap labor: vérvizsgálat, vizeletvizsgálat, székletvizsgálat: széklet bakteriológiai vizsgálata, standard laborvizsgálatok, véralvadásvizsgálat, vörösvérsejt-süllyedés (We) vizsgálata, különféle fertőzésekhez kapcsolódó szűrővizsgálatokat (kivéve a szexuális úton terjedő betegségek/STD-teszt), terhesség megállapítása, nőgyógyászati citológiai vizsgálat.

Nem fedezett laborvizsgálatok: hormonvizsgálat (de fedezett: TSH, FT3, FT4), immunológiai vizsgálat-szerológia, tumor- és rákmarkerek (de: fedezett: prosztatarák kiszűrése (PSA)), HIV-teszt, PCR, hematológiai, illetve toxikológiai vizsgálatok, genetikai vizsgálatok.

Alap diagnosztika: EKG (nyugalmi, terheléses, ABPM, 24 órás Holter), ultrahang hasi, szív és emlő stb. (UH), Röntgen (enterográfia is), mammográfia, szűrő audiometria (hallásvizsgálat), arteriográfia (érfestéses vizsgálat), dermatoszkópia (anyajegyvizsgálat, bőrelváltozások nagyító eszközös vizsgálata), Doppler (erek ultrahangos vizsgálata), centrális csontsűrűségvizsgálat, kontrasztanyag röntgenvizsgálat (nyelésvizsgálat röntgennel), látótérvizsgálat, allergiatesztek (Epicutan-teszt, életkortól függően: bőrpróbával (Prick-teszt) vagy vérvétellel allergiateszt).

Bővített ellátás szolgáltatásai

Ideál és Extra szolgáltatási csomag esetén az Alap ellátás szolgáltatásai kiegészülnek további járóbeteg ellátási szakágak keretében elérhető egészségügyi ellátásokkal – kivéve a Magyarországon elfogadott és a magyarországi egészségügyi szolgáltatóknál általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátásokat, egyszer használatos eszközöket és a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek és biológiai terápiás gyógyszerek költségeit, valamint az OEP által be nem fogadott illetve nem finanszírozott eljárások, eszközök és gyógyszerek költségeit.

Bővített járóbeteg-ellátás: vizsgálatok, ellenőrző vizsgálatok, ambuláns műtétek, kezelések pl. az alábbi területeken:

kardiológia, angiológia, neurológia, ortopédia, reumatológia, pulmonológia (tüdőgyógyászat), allergológia, onkológia, gasztroenterológia, endokrinológia, diabetológia, diétetika, proktológia, infektológia, radiológia (az ide tartozó alap- illetve bővített diagnosztika azon eszközeit használva, melyek a csomag által fedezettek a diagnosztikai tartalom alapján),

Bővített labor: alap labor a következő laborvizsgálatokkal kiegészítve: hematológia, szerológia – immunológiai vizsgálat, PCR, hormonvizsgálat, daganatos betegségek kiszűrése (tumor és rákmarkerek), HIV-teszt, STD-teszt nemi úton terjedő betegségek kiszűrésére, mérgezések vizsgálata (toxikológia) és genetikai vizsgálatok.

Bővített diagnosztika: aspirációs citológia, biopszia, allergének kimutatása vérvizsgálattal, Endoszkópos-tükrözéses vizsgálatok (benne: anoszkópia-rectoszkópia, gasztroszkópia, colonoszkópia), cisztoszkópia, MRI, CT, Cardio-CT, PET-CT, az agy és izmok, illetve idegek elektromos aktivitásának vizsgálata (EEG, ENG, EMG), angiográfia, enterográfia (kontrasztanyagos bélvizsgálat), scintigráfia (izotópos képalkotó vizsgálat), ízületpunkció, spirometria (légzésfunkció vizsgálat).

Terhesgondozás (családi szerződés kötés esetén!)

A terhesgondozás, mely szolgáltatás a szolgáltatósszervező szervezésében, Budapesten vehető igénybe, abban az esetben minősül biztosítási eseménynek női biztosított vonatkozásában, ha a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag azt tartalmazza, és ha a fogamzás a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét követő 365 nap elteltét követően történt. Kizárólag családi szerződés esetén vehető igénybe, ha a terhesgondozás alatt és az azt megelőző biztosítási évben a terhesgondozásra jogosult biztosított túlmenően a családi szerződésben legalább még egy biztosított rendelkezik IDEÁL vagy EXTRA szolgáltatási csomaggal és a terhesgondozási szolgáltatásra való bejelentkezés legkésőbb a terhesség 12. hetéig megtörténik.

Házivizit (családi szerződéskötés esetén!)

Orvosszakmailag indokolt akut esetben otthoni gyermek- és felnőtt alap orvosi ellátás Budapesten és 60 km-es körzetében. Kizárólag családi szerződés esetén vehető igénybe, ha a biztosítási esemény időpontjában hatályos szerződés szerint legalább két biztosítottra az Ideál vagy az Extra szolgáltatási csomag érvényes. A biztosító a Generali Egészségvonalon keresztül ad információt arról, hogy a biztosítás terhére aktuálisan mely településeken vehető igénybe a házivizit.

Betegszállítás

Ha a biztosított jogosult betegszállítás igénybevételére, és mozgásképtelenné válik, illetve nem megoldott az egészségügyi ellátó intézménybe való jutása (pl. thrombosis miatt fekvés szükséges, rendkívül elesett fizikai állapotban van), a Generali Egészségvonal megszervezi a betegszállítást. A betegszállítás nem jelent azonnali rendelkezésre állást, a Generali Egészségvonal munkatársa a szolgáltatást az igénybevétel szükségessé válásáról való tudomásszerzéstől számított 24 óras határidővel megszervezi, figyelemmel pl. a szükséges vizsgálat időpontjára. **A biztosító a biztosítási időszakban legfeljebb 150 000 Ft-ot finanszíroz a biztosítás terhére, biztosítottanként jelen szolgáltatás vonatkozásában.** A biztosító a betegszállítás költségét abban az esetben téríti meg, ha az a szolgáltatásszervező által szervezett és az általános feltételek szerint biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges.

Ambuláns műtét és Egnapos sebészet

A Generali Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételeinek VII. fejezet 5. pontjában található Értelmező rendelkezések szerint.

Kórházi fekvőbeteg-ellátás V.I.P. szinten

Benne akut és tervezhető kórházi ellátások (vizsgálatok, beavatkozások, műtétek és kezelések), melyeket nem esztétikai, nem megelőző, nem rehabilitációs céllal, kórházként elismert intézményben és osztályon végeznek, és nem tartoznak a krónikus ellátás körébe. **A biztosító a biztosítási időszakban legfeljebb 60 kórházban töltött napot és legfeljebb 3 500 000 Ft összegű fekvőbeteg ellátást (vizsgálatok, beavatkozások, műtétek, kezelések, emelt szintű ellátás) finanszíroz a biztosítás terhére a biztosított vonatkozásában.** Családi szerződés esetén a biztosító a kiskorú biztosított kórházi ápolásának időtartama alatt, a biztosítottal egyidejűleg ugyanabban az intézményben a szerződésben biztosítottként szereplő egy szülő (gondviselő) bent tartózkodásának szállásköltségét is fedezi.

Baleset miatti sürgősségi, valamint az azonnali ellátási esetekben a biztosító kizárólag a hotelszolgáltatás díját, továbbá azon egészségügyi ellátások költségeit téríti, amelyek a társadalombiztosítási rendszer által nem finanszírozottak illetve nem finanszírozandók.

Emelt szintű (V.I.P.) kórházi- és hotelszolgáltatás leírása

- külön e célra kialakított, mátrix jellegű, igényesen berendezett, légkondicionált, egyágyas vagy kétágyas szoba fürdőszobával,
- 48 órán belüli kórházi elhelyezés a tervezhető esetekben,
- diszkrét, igényes gyógyítás és ápolás, kifogástalan higiénia
- a nővér, illetve orvos általi betegkíséret a felvételtől az elhelyezésig, illetve az időpontra egyeztetett kórházon belüli vizsgálatokra (labor, röntgen).
- korszerű nővérhívó rendszer,
- a la carte étkezés, igény esetén diétás is,
- hűtőszekrény, tv (kábel-tv hálózattal), telefon az ágy mellett (a beszélgetések díját az ügyfél fizeti)

II. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSSAL KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

Jelen 1. számú melléklet a Generali Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételeinek elválaszthatatlan részét képezi és az abban foglaltakkal együtt érvényes.

II.1. Egészségügyi szolgáltatás igénybevétele

II.1.1. Egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából a biztosított az alábbi lépések szerint köteles eljárni:

- a) Bejelentkezés a szolgáltatásszervezőhöz a 24 órás egészségügyi tanácsadást nyújtó Generali Egészségvonalon keresztül. A bejelentkezést azonnali ellátási esetben is a II.1.2. pontban foglaltakra figyelemmel haladéktalanul meg kell tenni.
- b) A Generali Egészségprogram kártya és személyazonosító előkészítése a bejelentkezéshez. A kártyán szereplő azonosító és a személyes adatok alapján a szolgáltatásra való jogosultság igazolása. A szolgáltatásszervező munkatársa az igazolást követően fedezetellenőrzést végez.
- c) A panaszok, igények alapján egyeztetés a nyújtandó egészségügyi szolgáltatásról, annak időpontjáról és helyszínéről. A szolgáltatásszervező akut esetben 48 órán belüli, tervezhető esetben várhatóan 14 napon belüli időpontra szervezi meg a szükséges ellátást.
- d) Az egyeztetett időpontban, vagy ha a szolgáltatásszervező azt javasolja, akkor haladéktalanul, akut esetben 48 órán belül, megjelenés a szolgáltatásszervező által szervezett szolgáltatási ponton.
Ha nem lehetséges az előre egyeztetett időben és helyen való megjelenés, akkor a lemondást legkésőbb 24 órával az egyeztetett időpont előtt, ha és amennyiben a körülmények ezt lehetővé teszik telefonon, a Generali Egészségvonalon keresztül kell jelezni a szolgáltatásszervezőnek.
- e) Személyazonosításra alkalmas fényképes dokumentum bemutatása az egészségügyi ellátást nyújtó intézményben a biztosított beazonosítása céljából a szolgáltatás igénybevétele előtt.
A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy ha a biztosított személye nem azonosítható, akkor az egészségügyi szolgáltató megtagadhatja az egészségügyi szolgáltatást, kivéve, ha a biztosított élete veszélyben forog, illetve a sürgős szükség esetét.

II.1.2. Az egészségügyi szolgáltatás jellegétől függően az igénybevételi, eljárási folyamatok eltérőek lehetnek:

A biztosító előírásainak betartása és az egészségügyi szolgáltató munkatársának instrukcióihoz, útmutatásaihoz ragaszkodva történő eljárás esetén vállal felelősséget a biztosító és az egészségügyi szolgáltató.

- a) **Magyarországon az azonnali ellátást igénylő esetekben a 104-es telefonszámon mentőt kell hívni vagy azonnal el kell menni a sürgősségi ügyeletre** ugyanis telefonon keresztül diagnózis nem állapítható meg, orvosi indikáció nem adható, kezelés nem végezhető, mint ahogy nem lehetséges megfelelő orvosi vizsgálat, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz orvosi elrendelése sem.
- b) **Kórházban igénybe vett akut és tervezhető ellátást** a biztosítási fedezet terhére kizárólag a szolgáltatásszervező javaslata alapján és szervezésében lehet igénybe venni, ezért azt előre engedélyeztetni kell, mert az igénybevitelhez az ellátás jogalapjának megállapítása és a megfelelő ellátóhely kiválasztása is szükséges. Az engedélyeztetés a biztosított által a szolgáltatásszervezőnél (a II.1.1. pont szerint) történhet, előre egyeztetett időpontban végzett szakvizsgálat keretében, melyet követően a szolgáltatásszervező megszervezi a szükséges egészségügyi ellátást.
- c) **Azonnali ellátást igénylő esetet** (beleértve a balesetek miatti azonnali ellátási esetet is) a biztosított vagy nevében más személy által be kell jelenteni a szolgáltatásszervezőnek a Generali Egészségvonalon keresztül még az egészségügyi ellátás biztosított általi igénybevétele előtt, amennyiben a biztosított egészségi állapota, illetve a körülmények ezt lehetővé teszik, de – kórházba való felvétel esetén – legkésőbb a felvételt követő 48 órán belül.

Azonnali ellátási esetekben (beleértve a balesetek miatti azonnali ellátási esetet is) **a biztosító kizárólag a hotelszolgáltatás díját, továbbá azon egészségügyi ellátások költségeit téríti, amelyek a társadalombiztosítási rendszer által nem finanszírozottak illetve nem finanszírozandók.**

A biztosítási eseménynek minősülő ellátás költségét, ha abba a szolgáltatást teljesítő is beleegyezik, a biztosító közvetlenül, vagy a szolgáltatásszervező közreműködésével téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak, ami a biztosítottat így – a biztosítási fedezettől függően részben vagy egészben – megkíméli az előfinanszírozási kötelezettsége és a szolgáltatási igény bejelentésének terhe alól.

II.2. A Biztosító szolgáltatása

II.2.1. A biztosított által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat a szolgáltatásszervező szervezi és biztosítja a szükséges és megfelelő egészségügyi szolgáltatásokat, azok biztosított általi igénybevételeinek, hozzáféréseinek lehetőségét.

Az egészségügyi ellátóhely kijelölésére a szolgáltatásszervező jogosult.

-
- II.2.2. A szolgáltatásszervezés során az egészségügyi ellátás megszervezéséhez és a biztosító egyéb (a társadalombiztosítási rendszer által nem finanszírozott, illetve nem finanszírozandó) esetekben való szolgáltatási kötelezettségéhez az alábbi feltételek együttes teljesülése szükséges:
- a biztosított által igénybe veendő egészségügyi szolgáltatás orvosszakmai szempontból indokolt és megalapozott, a biztosított egészségének helyreállításához vagy megőrzéséhez, betegségből való meggyógyulásához, egészségkárosodás bekövetkezésének elkerüléséhez legyen szükséges,
 - a hatályos magyar jogszabályok és orvosi protokollok szerinti esetekben, módon és indikációra jogosult fél által elrendelt és aláírt beutalóval rendelkezzen a biztosított az egészségügyi szolgáltatáshoz, ha szükséges,
 - az egészségügyi szolgáltatást a biztosított a szolgáltatásszervező tudtával és szervezésében vagy – az általános feltételeknek való megfelelés alapján – a szolgáltatásszervező jóváhagyásával vegye igénybe.
- II.2.3. A Generali Egészségvonal 24 órán keresztül egészségügyi tanácsadással áll a biztosítottak rendelkezésére. Az elhangzott beszélgetéseket a hatályos magyar jogszabályok betartásával a szolgáltatásszervező rögzíti és tárolja. A telefonos szolgáltatást a biztosított a biztosítás tartama alatt időbeli korlátozás nélkül, napi 24 órában veheti igénybe.
- II.2.4. **Generali Egészségvonalon keresztül, telefonos egészségügyi tanácsadás keretében a szolgáltatásszervező a következő témákban ad tájékoztatást és az alábbiakat szolgáltatja:**
- ellátásszervezés a szerződésben meghatározott esetekben, betegszállító szervezése és elérhetőségei,
 - sürgősségi, orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi, gyógyszerári ügyeletek elérhetőségei és ügyeleti ideje,
 - prevenció, egészségmegőrzés és egészséges életmód,
 - a szolgáltatásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók elérhetőségei szolgáltatásszervezés esetén.
- II.2.5. A telefonos egészségügyi tanácsadás semmilyen módon nem helyettesíti az orvossal személyesen folytatott konzultációt, az orvosi vizsgálatot, illetve más egészségügyi szolgáltatást sem.
- II.2.6. A szolgáltatásszervező kizárólag a telefonos egészségügyi tanácsadás során általa adott információkért vállal felelősséget, azok felhasználása az információt kapó, illetve információt felhasználó fél felelőssége, így sem a biztosító, sem a szolgáltatásszervező ezzel kapcsolatban nem vállal felelősséget.
- II.2.7. A biztosító és a szolgáltatásszervező nem köteles az olyan egészségügyi szolgáltatás megszervezésére, amely a biztosítás által nem fedezett – függetlenül attól, hogy orvosszakmai szempontból mennyire indokolt és szükséges, így ilyen esetben a megfelelő egészségügyi szolgáltatás igénybevétele teljes mértékben a biztosított felelőssége.
- II.2.8. **A szolgáltatásszervező a tudomására jutott személyes adatokat, információkat a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően kezeli.**
-

Generali Biztosító Zrt.
Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888.
Telefonos ügyfélszolgálat: 06 40 200 250
www.generali.hu