



GENERALI

Extrém sportokra vonatkozó balesetbiztosítás általános és különös biztosítási feltételei (EXTREM02)

Hatályos: 2014. március 15.

Extrém sportokra vonatkozó balesetbiztosítás általános és különös biztosítási feltételei (EXTREM02)	3
Általános feltételek	4
I. A biztosítási szerződés tartalma	4
II. Általános rendelkezése	4
III. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	6
IV. A biztosítási díj	7
V. A biztosítási esemény, a Biztosító szolgáltatása és teljesítésének feltételei	8
VI. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	11
VII. A Biztosító kockázatviseléséből kizárt események	11
VIII. Egyéb rendelkezések	12
IX. Értelmező rendelkezések	12
X. Az általános feltételek Polgári Törvénykönyvtől lényegesen eltérő rendelkezései	14
Különös feltételek	15
I. Orvosi költségek térítésére vonatkozó biztosítás (Főbiztosítás)	15
II. A gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz- és gyógyászati ellátás árához nyújtott támogatásra, valamint utazási költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás	19
III. Kiegészítő balesetbiztosítás	21
1. számú melléklet Egyszer használatos eszközök és implantátumok listája	24
2. számú melléklet Maradandó egészségkárosodás	25

Extrém sportokra vonatkozó balesetbiztosítás általános és különös biztosítási feltételei (EXTREM02)

Jelen Extrém sportokra vonatkozó balesetbiztosítás általános és különös biztosítási feltételei a Generali Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) **Extrém sportokra vonatkozó balesetbiztosítási szerződéseire (továbbiakban: biztosítási szerződés) érvényesek** feltéve, hogy a szerződést jelen általános és különös feltételekre (a továbbiakban közösen: feltételek) hivatkozással kötötték.

A jelen általános és a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezései, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályok** az irányadóak.

A különös biztosítási feltételek az általános feltételekben foglaltaktól eltérhetnek, az általános és különös feltételek eltérése esetén a különös feltétel előírásai az irányadóak.

A biztosítási szerződés részét képező „Ügyfélértéjékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” című dokumentumban és a feltételekben foglaltak eltérése esetén a feltételek rendelkezései irányadóak.

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS TARTALMA

A biztosítási szerződés alapján a Biztosító a feltételekben meghatározott biztosítási kockázat viselésére, továbbá a biztosítási esemény bekövetkeztétől függően biztosítási szolgáltatás teljesítésére, a Szerződő fél pedig biztosítási díj fizetésére kötelezi magát.

A biztosítási szerződés a Szerződő biztosítási ajánlaton közölt választásától függően - a valamennyi jelen feltételek szerint létrejött biztosítási szerződésben szereplő - Orvosi költségek térítése főbiztosításon (alapkockázaton) kívül további kiegészítő kockázatokat is tartalmazhat. Az egyes biztosítási kockázatok részletes leírását a vonatkozó különös feltételek tartalmazzák.

II ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSE

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 feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- II.1.2. **Szerződő** az a fél, aki a biztosítási szerződést a Biztosítóval megkötí 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 biztosítási kötvényen Biztosítottként megnevezett természetes személy, aki
- a biztosítási szerződés létrejöttének időpontjában Magyarország területén tartózkodik, és
 - a biztosítási szerződés létrejöttének időpontjában, és fennállásának tartama alatt a mindenkor hatályos, magyarországi társadalombiztosítási ellátásokról és a társadalombiztosítási ellátásokra jogosultak köréről szóló jogszabályok (jelen feltételek hatályba lépésének időpontjában: 1997. évi LXXX. törvény) értelmében a kötelező egészségbiztosítás rendszerében Biztosított, vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult, valamint érvényes társadalombiztosítási azonosító jellel (TAJ szám) rendelkezik, és
 - akinek az életével és egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön.
- II.1.4. Ha a Szerződő és a Biztosított különböző személy, a biztosítási **szerződés létrejöttéhez és a szerződés Biztosítottra vonatkozó részének módosításához az adott Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Amennyiben a Szerződő nem fogyasztó, akkor a szerződés létrejöttéhez és a szerződés adott Biztosítottra vonatkozó részének módosításához a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.**
- II.1.5. **Ha a Biztosított kiskorú,** és a biztosítási szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez – ideértve a Biztosított kiskorúsága idején a szerződés Biztosítottra vonatkozó részének módosításának érvényességét is – a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a biztosítási szerződés akkor is, ha a Biztosított cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében **részlegesen korlátozott vagy cselekvőkép-telen 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 részének 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.1.6. 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.

Amennyiben a Szerződő nem fogyasztó, akkor a Biztosított a szerződésbe Szerződőként nem jogosult belépni.

- II.1.7. A Kedvezményezett** az a személy, aki a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatásokra jogosult. Jelen feltétel vonatkozásában a biztosítási szerződés Kedvezményezettje maga a Biztosított, kiskorú Biztosított esetén a Biztosított törvényes képviselője, amennyiben a különös feltételek másként nem rendelkeznek.

A felek közös megegyezéssel ettől eltérően is rendelkezhetnek.

II.2. A biztosítási szerződés létrejötte

- II.2.1.** A felek eltérő megállapodásának hiányában a biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodása alapján, a Biztosító által rendszeresített formanyomtatvány szerinti biztosítási ajánlat Szerződő általi megtételével jön létre. A Szerződő által tett biztosítási ajánlat egyidejűleg fedezetet igazoló dokumentumnak (továbbiakban: kötvény) is minősül.

- II.2.2. A Biztosító kockázatbírálást nem végez.**

- II.2.3.** A Szerződő/Biztosított nyilatkozatai az ajánlati dokumentáció részét képezik.

- II.2.4.** A biztosítási szerződés – több Biztosított esetén a biztosítási szerződés az adott Biztosítottra vonatkozó részének - érvényességének feltétele az, hogy a Biztosított a jelen általános feltételek II.1.3. a.) bekezdésében meghatározott feltételnek a szerződés létrejöttének időpontjában, míg az általános feltételek II.1.3. b.) bekezdésében meghatározott feltételnek a szerződés létrejöttének időpontjában és fennállásának tartama alatt mindvégig megfeleljen. A Biztosító jogosult ezeket ellenőrizni.

II.3. A kockázatviselés kezdete

- II.3.1.** A Biztosító kockázatviselése – az érvényesen létrejött biztosítási szerződés vonatkozásában, a felek eltérő megállapodásának hiányában- a biztosítási ajánlaton a biztosítás kezdeteként megjelölt nap 0. órájában kezdődik meg feltéve, hogy legkésőbb ezen időpontig a biztosítás teljes díja a Biztosító részére megfizetésre kerül. Amennyiben a biztosítási díj az ajánlaton a biztosítás kezdeteként megjelölt időpontig nem kerül a Biztosító részére maradéktalanul megfizetésre, úgy a kockázatviselés a biztosítási díj Biztosító részére történő megfizetését követő nap 0. órájában kezdődik.

- II.3.2.** A kockázatviselés kezdetének legkésőbbi időpontja a biztosítási szerződés létrejöttétől számított legfeljebb 100. nap 0. órája lehet.

II.4. A biztosítási tartam, a kockázatviselés vége

- II.4.1.** A biztosítási szerződés határozott időre szól.

- II.4.2.** A biztosítási szerződés - a Szerződő biztosítási ajánlaton rögzített választásától függően - „**Éves bérlet**” esetén a biztosítási ajánlaton a biztosítás kezdeteként megjelölt nap 0. órájától (kockázatviselés kezdetétől) számított **határozott egy éves tartamra** jön létre és az egy éves időtartam lejártakor (a biztosítási ajánlaton a biztosítás lejáratáaként megjelölt napon) 24 óraker szűnik meg.

- II.4.3.** A biztosítási szerződés - a Szerződő biztosítási ajánlaton rögzített választásától függően - „**Csoportos napidíj**” esetén a biztosítási ajánlaton a biztosítás kezdeteként megjelölt nap 0. órájától (kockázatviselés kezdetétől) számított **legfeljebb 30 napos határozott időre** jön létre és az ajánlaton rögzített időtartam lejártakor (a biztosítási ajánlaton a biztosítás lejáratáaként megjelölt napon) 24 óraker szűnik meg. Az így Biztosított személyek biztosítása **azonos** időtartamra szól.

II.5. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

- II.5.1.** A biztosítási szerződés megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén:

-
- a) a biztosítási szerződésben meghatározott lejárat napjának 24. órájában;
 - b) a Biztosított halála esetén;
 - i. amennyiben az adott Biztosítottra vonatkozóan a szerződés nem tartalmaz haláleseti szolgáltatást, úgy a szerződés – több Biztosított esetén a szerződésnek az adott Biztosítottra vonatkozó része - kifizetés nélkül megszűnik a halál időpontjával, és a többletdíj visszafizetésre kerül a Szerződő részére;
 - ii. amennyiben az adott Biztosítottra vonatkozóan a szerződés tartalmaz haláleseti szolgáltatást, úgy a szerződés – több Biztosított esetén a szerződésnek az adott Biztosítottra vonatkozó része - a feltételekben foglaltaknak megfelelő haláleseti szolgáltatás teljesítésével megszűnik,;
 - iii. több Biztosítottra kötött szerződés esetén, amennyiben a szerződésben nem marad további Biztosított, úgy a teljes szerződés megszűnik;
 - c) ha a Biztosítottnak a kötelező egészségbiztosítás rendszerében megszűnik a biztosítási jogviszonya a mindenkor hatályos, magyarországi társadalombiztosítási ellátásokról és a társadalombiztosítási ellátásokra jogosultak köréről szóló jogszabályok (jelen feltételek hatályba lépésének időpontjában: 1997. évi LXXX. törvény) értelmében, a biztosítási jogviszony megszűnésének napjának 24. órájában;
 - d) a díjfizetés elmulasztása esetén, a jelen általános feltétel IV.2.5. pontjában írtak szerint,;
 - e) amennyiben a Szerződő díjvisszatérítési igényrel él (általános feltételek IV.3.), a díjvisszatérítési igény Biztosítóhoz történő benyújtásának napján;
 - f) a különös feltételekben meghatározott egyéb esetekben.

II.6. A biztosítás területi hatálya

- II.6.1. A Biztosító kockázatviselésének területi hatálya:
 - a. a Kiegészítő balesetbiztosítás vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed
 - b. az Orvosi költségek térítése; a Gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz-ártámogatás és utazási költségterítésre vonatkozó biztosítási kockázatok vonatkozásában tekintetében kizárólag Magyarország területén nyújt fedezetet a Biztosító.

III A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

III.1. A Szerződő jogai és kötelezettségei

- III.1.1. 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.1.2. Ha a Szerződő és a Biztosított különböző személy, a Szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.

III.2. A Szerződő és a Biztosított jogai és kötelezettségei

A Szerződő és 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 kötelesek a Biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely 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 szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.
- III.2.1.2. A Biztosító a közölt adatokat ellenőrizheti, és e célból a Biztosított tevékenységére vonatkozó további kérdéseket tehet fel.

III.2.2. A Szerződő és a Biztosított változásbejelentési kötelezettsége

- III.2.2.1. 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**.

III.2.2.2. **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, a Biztosított sporttevékenységének megváltozására, továbbá a Biztosított kötelező egészségbiztosítás keretében fennálló biztosítási jogviszonyának, vagy jogosultságának megszűnésére vonatkozik.

III.2.2.3. **A Biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a Biztosítónak bejelenteni.**

III.3. A Biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettsége

III.3.1. A Biztosított köteles bármely tevékenységének végzése során az általában elvárható gondossággal eljárni.

III.3.2. A Biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni, így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie. Az orvosi kezelés során – az orvosi javallat figyelembevételével – a Biztosítóval együttműködve kell eljárnia.

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

III.3.3. A Biztosított köteles a sporttevékenység folytatása során az adott sportágban kötelezően előírt, illetve általánosan elfogadott védőfelszereléseket használni, illetve az adott sportágra vonatkozóan kötelezően előírt, illetve általánosan elfogadott szabályokat betartani.

III.3.4. A Biztosított köteles betartani az általa végzett sporttevékenységre vonatkozó – a tevékenység végzésének helye szerint illetékes - hatóság vagy az adott létesítmény üzemeltetőjének előírásait.

III.3.5. Ha az adott extrém sport tevékenység gyakorlása szakaszolgálati, orvosi vagy egyéb hatósági engedélyhez kötött (pl. jogosítvány), akkor a Biztosított köteles a szükséges engedélyt megszerezni, illetve annak érvényességét az előírásoknak megfelelő gyakorisággal meghosszabbítani.

III.3.6. Ha az adott extrém sporttevékenység gyakorlása elméleti/gyakorlati vizsgához kötött, akkor a Biztosított köteles a szükséges vizsgát letenni, illetve annak érvényességét az előírásoknak megfelelő gyakorisággal megújítani.

III.3.7. Ha az adott extrém sport tevékenység gyakorlása során alkalmazott eszköz hatósági engedély köteles, akkor a Biztosított köteles a vonatkozó hatósági engedélyt beszerezni.

III.3.8. A Biztosított köteles az általános feltétel III.3.5, III.3.6., és a III.3.7. pontjaiban meghatározott engedélyeket és vizsgákat a Biztosító kockázatviselésének kezdete előtt megszerezni.

III.4. A Biztosító jogai és kötelezettségei

III.4.1. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy
a) a Biztosított által igénybe vett egészségügyi ellátás indokoltságát ellenőrizze,
b) a Biztosított egészségi állapotát a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

IV. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

IV.1. A biztosítási díj megállapítása

IV.1.1. A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke. A biztosítási díj mértékét a biztosítási ajánlat tartalmazza.

IV.1.2. A biztosítási díj kiszámítása a Biztosítónak a szerződés megkötésének időpontjában érvényes díj-szabása alapján, a Biztosítottak számának, a biztosítás tartamának, valamint a választott szolgáltatási csomagnak a figyelembe vételével történik.

IV.2. A biztosítási díj megfizetése

IV.2.1. A biztosítási szerződés egyszeri díjú.

-
- IV.2.2. A teljes biztosítási díj a biztosítási szerződés megkötésekor (biztosítási ajánlat Szerződő általi aláírásakor) esedékes.
- IV.2.3. A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, mely napon a biztosítási díjat a függő biztosításközvetítő nyugtával igazoltan átvette, vagy egyéb esetekben, amely napon az a Biztosító számlájára beérkezik.
- IV.2.4. A Biztosító díjszabásában a "Csoportos rapidíj" – ként meghatározott díj akkor alkalmazható, ha egy biztosítási szerződésben legalább 5 fő Biztosított szerepel, és az így biztosított személyek biztosítása azonos időtartamra szól.
- IV.2.5. Ha a Szerződő az egyszeri biztosítási díj megfizetésére vonatkozó kötelezettségének az esedékes-ség időpontjáig nem tesz maradéktalanul eleget, akkor 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. Díjvisszatérítés

- IV.3.1. A Biztosító a biztosítási díj teljes összegű visszatérítését abban az esetben vállalja, ha az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:
- a Szerződő a díjvisszatérítésre vonatkozó igényét a Biztosítóhoz legkésőbb a kockázatviselés kezdete előtti napon írásban bejelenti, és
 - a Szerződő a Biztosító részére a díjvisszatérítésre vonatkozó igénybejelentésével egyidejűleg hiánytalanul átadja a biztosítási kötvény és a biztosított nyilatkozat(ok) összes – eredeti és másolati - példányát.
- IV.3.2. A Biztosító a biztosítási díj részleges visszatérítését nem vállalja.

IV.4. Reaktiválás

A megszünt biztosítási szerződés alapján a Biztosító kockázatviselésének helyreállítására nincs lehetőség, azaz a szerződés nem reaktiválható.

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

V.1. A biztosítási esemény

A jelen általános feltételek és a hozzá kapcsolódó különös feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés szerinti biztosítási események a különös feltételekben ilyenként meghatározott események.

V.2. A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai

- V.2.1. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott orvosi-, egészségügyi ellátások finanszírozására, illetve azok költség-térítésére és egyéb szolgáltatásokra terjed ki, a Biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag tartalma, a szolgáltatás korlátai és az általános- és különös feltételekben foglalt szabályok szerint.
- V.2.2. A Biztosító az extrém sport baleset bekövetkezését és bejelentését követően, a jogalap fennállása esetén az általános feltétel V.2.5. pontjában található táblázatban, a biztosítási kötvényen meghatározott szolgáltatási csomagra, illetve a választott szolgáltatási csomaghoz tartozó kiegészítő biztosítás(ok)ra vonatkozóan megadott szolgáltatási összegek keretein belül teljesíti a különös fel-tételekben meghatározott szolgáltatásokat.
- V.2.3. **Az egészségügyi szolgáltató által megállapított térítési díjak és a Biztosító szolgáltatása el-térhetnek egymástól.**
- V.2.4. **A Biztosító a szolgáltatásokat biztosítási eseményenként legfeljebb a V.2.5. pont szerinti Szolgáltatás-táblázatban megadott maximális szolgáltatási összeghatárokig nyújtja.**

V.2.5. Szolgáltatás-táblázat

	Maximális szolgáltatási összegek (Ft)	
	Alap csomag	Extra csomag
Főbiztosítás		
Orvosi költségek térítése:		
– Járóbeteg-szakellátás		
– Fekvőbeteg (kórházi) -szakellátás		
– Orvosi rehabilitáció		
– Szájsebészeti ellátás	8 000 000 Ft	15 000 000 Ft
– Betegszállítás		
Kórházi fekvőbeteg szakellátás esetén a különös feltételek I.8.1. bekezdésében szereplő bejelentési kötelezettség figyelembe vételével.		
Választható kiegészítő biztosítások:		
Gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz-ártámogatás és utazási költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás	100 000 Ft	150 000 Ft
Kiegészítő balesetbiztosítás		
– Baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosítás	500 000 Ft	1 000 000 Ft
– 30%-ot elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás	1 500 000 Ft	3 000 000 Ft
– Csonttörés	20 000 Ft	30 000 Ft

V.2.6. A biztosítási szerződés tartama alatt bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken a biztosítási szerződésre irányadó, a szolgáltatási táblázatban rögzített biztosítási összeg, kivéve ha a Szerződő a díjat megfelelően kiegészíti (fedezetfeltöltés). Amennyiben a Szerződő nem fogyasztó, úgy a fedezetfeltöltés szabályai nem vonatkoznak a biztosítási szerződésre.

V.3. A Biztosító teljesítésének feltételei

V.3.1. A biztosítási esemény bejelentésének határideje

V.3.1.1. A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított **15 napon belül** írásban kell bejelenteni a Biztosítónál - kórházi fekvőbeteg-szakellátás esetén a Biztosító telefonon vagy faxon történő előzetes értesítésén túl a különös feltételek I.8.1.1. pontjában meghatározottak szerint.

V.3.1.2. **Abban az esetben, ha az általános feltétel V.3.1.1. pontjában meghatározott határidőt nem tartják be, vagy a Biztosító által a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából szükségesnek ítélt felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, illetve fekvőbeteg ellátás esetén a Biztosító korlátozhatja a szolgáltatás teljesítését a különös feltétel I.8.1.1. pontjának megfelelően.**

V.3.2. A szolgáltatási igény elbírálásához benyújtandó dokumentumok

A szolgáltatási igény előterjesztésekor – a különös feltételekben meghatározott további dokumentumok mellett - a Biztosítóhoz minden esetben be kell nyújtani a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul és a valóságnak megfelelően kitöltött **szolgáltatási igénybejelentőt, valamint az alábbi dokumentumok másolatát:**

- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, annak bekövetkezésétől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentumot, különösen az első orvosi ellátás dokumentumait (a sürgős szükség miatt szükségessé vált ellátások dokumentumait is),
- a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat, jegyzőkönyveket (pl. baleseti jegyzőkönyv, rendőrségi jegyzőkönyv),
- amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak 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 határozatot, vagy a jogerős bírósági határozatot). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll,
- véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredményét, amennyiben ilyen készült,
- közlekedési baleset esetén az előzőeken felül, amennyiben a Biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a Biztosított vezetői engedélyét és a jármű forgalmi engedélyét,

- f) szervezett társasutazás esetén az utazási iroda képviselőjének jegyzőkönyvét a biztosítási esemény bekövetkezésére és annak körülményeire vonatkozóan.
- g) a különös feltételekben meghatározott dokumentumokat.

V.3.3. A szolgáltatási igény elbírálásához bekérhető dokumentumok

- V.3.3.1. A Biztosító a különös feltételekben megjelölt iratok mellett a szolgáltatási igény elbírálásához jogosult bekérni az alábbi dokumentumok másolatát is, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és/vagy az igény összezszerőségének megállapításához szükségesek:
- a) a biztosítási esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (a Biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, rendőrség, munkahely, oktatási intézmény, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv, határozat, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények),
 - b) a Biztosító által rendelkezésre bocsátott és a Biztosított kezelőorvosa, vagy az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatvány a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a Biztosított egészségi állapotáról, illetve a Biztosított kórelőzményi adatairól,
 - c) a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumai: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton másolata, a járó- és fekvőbeteg-szakellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok,
 - d) 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),
 - e) a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését befolyásoló sporttevékenységével kapcsolatos tagsági igazolványa, jogviszonyt igazoló dokumentuma, mérkőzés jegyzőkönyve, az extrém-sport tevékenységhez szükséges engedélyek és vizsgákat igazoló dokumentumok,
 - f) a Biztosított születésének időpontját igazoló hivatalos bizonyítvány (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevel, vezetői engedély),
 - g) a Biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételül orvosi vizsgálatot írhat elő - ennek előírása esetén a Biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a Biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé,
 - 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 adathorozón történő benyújtását,
- V.3.3.2. A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához egyéb iratokat is beszerezhet.

V.3.4. A Biztosító teljesítésének esedékessége

- V.3.4.1. A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi okmány beérkezését követő 15 napon belül teljesíti, kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.
- V.3.4.2. Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.
- V.3.4.3. A Biztosító elrendelheti a Biztosított személyes orvosi vizsgálatát is. Ha a Biztosított az orvosi vizsgálaton nem jelenik meg, a Biztosító a rendelkezésére álló adatok alapján hoz döntést.
- V.3.4.4. A személyes orvosi vizsgálat költségeit a Biztosító viseli. A Biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a Biztosított viseli.
- V.3.4.5. A Biztosító a szolgáltatási összeget átutalással teljesíti kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.

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 Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
 - az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

- VI.2. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

- VI.3. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosító bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen és szándékosan vagy jogellenesen és súlyosan gondatlan magatartással a Biztosított okozta.

A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha

- a biztosítási esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkeztében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkoholkoncentráció;
 - 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 bekövetkeztében közrehatott;
 - a biztosítási esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll azzal, hogy a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti szabályt megszegett.
- VI.4. A Biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni, így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie. Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá. Ha a Biztosított ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.
- VI.5. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a Biztosított az általános feltételek III.3. pontjában felsorolt kármegelőzési- és kárenyhítési kötelezettségének szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul és jogellenesen nem tesz eleget.
- VI.6. A felsorolt körülmények fennállását annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

VII. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

- VII.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
- ionizáló sugárzás,
 - nukleáris energia,
 - HIV-fertőzés,
 - háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, 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 az általános feltétel 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 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,
 - a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.
- VII.5. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:**
- az olyan kórházi ápolás, amelyeknek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a Biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,
 - orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.
- VII.6. Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése a lelki működés zavaraira, pszichiátriai megbetegedésekre**

VIII. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

VIII.1. Elévülési idő

A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 2 év.

Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

- a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó iratnak a Biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. naptól,
- a biztosítási esemény 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. naptól,
- egyéb esetekben a követelés esedékessé válásának napján.

VIII.2. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése, pótlása

Ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, a Biztosító a Szerződő kérésére a hatályos, eredetivel megegyező tartalmú kötvényt állít ki.

VIII.3. Eljárás véleménykülönbség esetén

Ha a Biztosított vitatja a Biztosító – szolgáltatási igénnyel kapcsolatos – álláspontját, írásban kérheti a döntés felülbírálatát. 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.

IX. ÉRTELMEZŐ RENDELKEZÉSEK

IX.1. A betegség, a baleset és az extrém sport baleset fogalma

- IX.1.1.** Jelen feltételek szempontjából **betegség** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.
- IX.1.2.** Jelen általános feltételek szempontjából **baleset** az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akarától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, és amellyel összefüggésben a Biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a Biztosított halálát okozza.
- IX.1.3.** Jelen általános feltételek szerint –az általános feltétel IX.1.2. pontjában foglaltaktól eltekintve- **nem minősül balesetnek**

- a) a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be,
- b) a csontok patológiás törései, a sokszor ismétlődő (habituális) ficam,

IX.1.4. Jelen általános feltételek szempontjából **extrém sport baleset** az a baleset, amely a biztosítási szerződés tartama alatt a mindenkor hatályos, kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló, illetve annak végrehajtására vonatkozó jogszabályokban különösen veszélyes (extrém) sporttevékenységként megnevezett tevékenység végzése közben következett be.

IX.2. A sürgős szükség fogalma

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

IX.3. Éves bérlet fogalma

“Éves bérlet” típusú biztosítási szerződés az a biztosítási szerződés, amelynél a biztosítási időszak a kockázatviselés kezdeteként megjelölt időponttól számított egy év.

IX.4. Csoportos napidíjas biztosítás fogalma

„Csoportos napidíjas” típusú biztosítási szerződés az a biztosítási szerződés, amelynél az egy szerződés keretében Biztosított személyek száma eléri az 5 főt. „Csoportos napidíjas” típusú biztosítás esetén kizárólag Alap csomag választható és az Alap csomag keretében kötelezően választandó az Orvosi költségek térítése alapmódzat mellé valamennyi Kiegészítő biztosítás (Gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz-ártámogatás és utazási költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás és Kiegészítő balesetbiztosítás).

IX.5. A Szolgáltatószervező, az Egészségügyi szolgáltató, a járóbeteg-szakellátó szolgáltató (intézmény), a fekvőbeteg-szakellátó szolgáltató (intézmény), az OENO kódszámok, a WHO kódszámok és HBCs súlyszámok fogalma

IX.5.1. Jelen általános feltételek szempontjából **Szolgáltatószervező** a Biztosítóval kötött szerződés alapján a Biztosított fekvőbeteg (kórházi)-szakellátásának szervezésével és az azzal kapcsolatos adminisztratív teendőkkel megbízott fél.

IX.5.2. Jelen általános feltételek szempontjából **Egészségügyi szolgáltatónak (intézmények) minősülnek** azok a járóbeteg-ellátó szolgáltatók (intézmények) és fekvőbeteg-ellátó szolgáltatók (intézmény), akik az egészségügyi államigazgatási szerv által - Magyarországra vonatkozóan - kiadott érvényes működési engedéllyel rendelkeznek.

Az általános feltételek alkalmazásában nem tekintendők egészségügyi szolgáltatónak a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriátriai 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.

IX.5.3. Jelen általános feltételek szempontjából Egészségügyi szolgáltatónak (intézmények) minősülnek azok a **Járóbeteg-szakellátó szolgáltatók** (intézmények), amelyek a hatályos jogszabályok alapján a kötelező egészségbiztosítás keretében járóbeteg egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosultak és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral szerződéses jogviszonyban álló, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezetek.

IX.5.4. Jelen általános feltételek szempontjából **Fekvőbeteg-szakellátó szolgáltatók** (intézmények), amelyek a hatályos jogszabályok alapján a kötelező egészségbiztosítás keretében fekvőbeteg (kórházi) egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosultak és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral szerződéses jogviszonyban álló jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezetek.

IX.5.5. A kötelező egészségbiztosítás keretében a járóbeteg szakellátó által elvégzett vizsgálatokat és beavatkozásokat a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően az ún. **OENO** (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása) **kódokkal** azonosítják. Az egyes OENO kódokhoz a hatályos jogszabá-

lyok pontszámokat rendelnek. A járóbeteg szakellátó intézményt az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az egészségügyi szolgáltató által elvégzett, az OENO kódszámokkal azonosított vizsgálatok és beavatkozások pontszáma alapján finanszírozza.

- IX.5.6. A **WHO kód** az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization) által a fekvőbeteg-szakellátó szolgáltatók által végzett egészségügyi beavatkozásokat jelölő kódrendszer.
- IX.5.7. A kötelező egészségbiztosítás keretében a fekvőbeteg intézményben történő aktív fekvőbeteg (kórházi) szakellátásokat a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően az ún. **HBCs kódokkal** (Hogyan Betegség Csoport) azonosítják.
- IX.5.8. Az egyes HBCs és WHO kódokhoz a hatályos jogszabályok súlyszámokat rendelnek. A fekvőbeteg szakellátó intézményt az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az egészségügyi szolgáltató által elvégzett, a HBCs és a WHO kódszámokkal azonosított ellátások súlyszáma alapján finanszírozza.

X. AZ ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL LÉNYEGESEN ELTÉRŐ RENDELKEZÉSEI

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza az Extrém sportokra vonatkozó balesetbiztosítás általános szerződési feltételeinek azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől lényegesen eltérnek.

X.1. A Biztosított részéről szükséges hozzájárulás, belépés a szerződésbe

- X.1.1. Jelen általános feltételek II.1.4. pontja alapján – a Ptk. 6:475.§ rendelkezéseitől eltérően - **amennyiben a Szerződő nem fogyasztó, akkor a szerződés létrejöttéhez és a szerződés adott Biztosítottra vonatkozó részének módosításához a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.**
- X.1.2. Jelen általános feltételek II.1.5. 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.**
- X.1.3. Jelen általános feltételek II.1.6. pontja alapján – a Ptk. 6:451.§ rendelkezéseitől eltérően - amennyiben a Szerződő nem fogyasztó, akkor **a Biztosított a szerződésbe Szerződőként nem jogosult belépni.**

X.2. A szerződés létrejötte

Jelen általános 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.

X.3. A díjfizetés elmulasztásának következményei

Jelen általános feltételek IV.2.5. 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.

X.4. A Biztosító szolgáltatása

Jelen általános feltételek V.2.6. pontja alapján – a Ptk. 6:461.§ rendelkezéseitől eltérően - amennyiben a **Szerződő nem fogyasztó, akkor a Felek a fedezetfeltöltés szabályait nem alkalmazzák.**

X.5. Az elévülési időszak tartama

Jelen általános 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.

Jelen különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) **Extrém sportokra vonatkozó balesetbiztosítási szerződéseinek orvosi költségek térítésére, a gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz- és gyógyászati ellátás árához nyújtott támogatásra, valamint utazási költségtérítésre, továbbá a kiegészítő balesetbiztosításra** (baleseti halálra, 30%-ot elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra és csonttörésre) vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek feltéve, hogy a szerződést jelen különös feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Generali Biztosító Zrt Extrém sportokra vonatkozó balesetbiztosítás általános feltételei irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött.

A szerződésekre a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. ORVOSI KÖLTSÉGEK TÉRÍTÉSÉRE VONATKOZÓ BIZTOSÍTÁS (FŐBIZTOSÍTÁS)

I.1. Biztosítási esemény

- I.1.1. Biztosítási esemény az olyan egészségügyi szolgáltatás, melyet a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt bekövetkező extrém sport balesetből (általános feltétel IX.1.4.) kifolyólag, az extrém sport balesetet követő két éven belül, a feltételekben meghatározott szabályok szerint és a jelen feltételek szabályainak eleget tevő egészségügyi szolgáltatónál vett igénybe.
- I.1.2. A biztosítási esemény időpontja az **extrém sport baleset bekövetkezésének az időpontja**.
- I.1.3. Egy biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak az ugyanazon extrém sport balesetére visszavezethető valamennyi – jelen feltétel szerinti - egészségügyi szolgáltatás igénybe vétele.

I.2. A Biztosító szolgáltatása

- I.2.1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztekor az egészségügyi szolgáltató (általános feltételek IX.5.2.) által a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló, mindenkor hatályos magyar jogszabályban meghatározott magyarországi kötelező egészségbiztosítás keretében történő **fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásról, járóbeteg-szakellátásról, orvosi rehabilitációról, szájsebészeti ellátásról és betegszállításról kiállított számla összegét**, továbbá **járóbeteg- szakellátásra** vonatkozóan a magán egészségügyi szolgáltató (így különösen magán gyógytornász) által kiállított számla összegét fizeti ki a Kedvezményezett részére, egy biztosítási eseménnyel összefüggésben, összesen legfeljebb az általános feltételek V.2.5. pontjában található Szolgáltatás-táblázatban szereplő, a kötvényen megjelölt szolgáltatási csomagra vonatkozó összeghatárig.

Fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás esetén a Biztosító – a Biztosított nyilatkozaton tett engedményező nyilatkozat alapján - az egészségügyi szolgáltató részére teljesíti a szolgáltatást.

- I.2.2. **A Biztosító kizárólag az olyan egészségügyi ellátások költségeit téríti meg, amelyeket a kötelező egészségbiztosítás keretében Biztosított vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek számára az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a hatályos törvények alapján egyébként finanszíroz.**

I.3. A biztosítási szolgáltatás engedményezése

- I.3.1. Az általános feltételek II.1.3. pont szerinti Biztosított – amennyiben a Biztosított kiskorú, akkor annak törvényes képviselője-, mint Kedvezményezett, a szerződéskötéshez megadott írásbeli hozzájárulásával egyidejűleg az igénybevett egészségügyi szolgáltatás ellenértékének kifizetésére vonatkozó követelését engedményezi az egészségügyi szolgáltatóra arra az esetre, ha a biztosítási szolgáltatás alapjául szolgáló és a Biztosítottnak nyújtott egészségügyi szolgáltatás ellenértékét nem a Biz-

tosított – kiskorú Biztosított esetén annak törvényes képviselője, vagy a Biztosított képviseletében eljáró személy – téríti meg az egészségügyi szolgáltatást ténylegesen nyújtó félnek.

- I.3.2.** Ha a Biztosított, kiskorú Biztosított esetén annak törvényes képviselője, illetve a Biztosított képviseletében eljáró személy a Biztosított által igénybevett egészségügyi szolgáltatást előfinanszírozta (egészségügyi szolgáltatás költségét a szolgáltatást nyújtónak megfizette), akkor a Biztosító ezt a költséget az általános feltétel II.1.7 pontjában meghatározott Kedvezményezett részére utólag, csak abban az esetben téríti meg, ha a költségek elszámolása céljából az általános feltételek V.3.1. pontjában leírtak szerint szolgáltatási igényt terjesztenek elő a Biztosítónál, és a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítási szerződés alapján fennáll.

I.4. A Biztosító szolgáltatásának korlátozása

- I.4.1.** A Biztosító nem téríti meg a gyógyszerről, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerről, a gyógyászati segédeszközről és gyógyászati ellátásról kiállított számla összegét, továbbá a gyógyászati segédeszköz javításának és kölcsönzésének költségeit. Ez alól kivételt képez a 1. számú mellékletben szereplő egyszer használatos eszköz(ök)ről és/vagy implantátum(ok)ról kiállított számla összege, feltéve, hogy a számlán szereplő egyszer használatos eszköz(öke)t vagy implantátumo(ka)t a Biztosított olyan műtete során használták fel, amelynek HBCs kódja és súlyszáma más implantátum finanszírozását nem tartalmazza, és az eszköz vagy implantátum felhasználása orvosilag indokolt.
- I.4.2.** A Biztosító nem téríti meg az egészségügyi szolgáltató által kiállított számla összegét, ha a számlán szereplő ellátást, illetve az 1. számú mellékletben szereplő egyszer használatos eszköz(öke)t vagy implantátumo(ka)t az egészségügyi szolgáltató az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé elszámolta.
- I.4.3.** A Biztosító nem téríti meg az utazási költségekről kiállított számla összegét.
- I.4.4.** A Biztosító nem téríti meg a sürgős szükség (általános feltételek IX.2.) körébe tartozó állapotok egészségügyi ellátására vonatkozó szolgáltatásokról kiállított számla összegét, továbbá nem téríti meg a mentésről kiállított számla összegét és a mentési költségeket, tekintettel arra, hogy ezen ellátások a Magyarország területén tartózkodó Biztosított által a kötelező egészségbiztosítás keretében vehetők igénybe.
- I.4.5.** Amennyiben a jelen szerződés Biztosítottja olyan egészségügyi szolgáltatást vesz igénybe, amely a biztosítási esemény időpontjában hatályos, a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló jogszabályban, a Biztosított által részleges térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások felsorolásában szerepel, akkor a Biztosító az egészségügyi szolgáltatásról szóló számla összegét az ezen jogszabályban meghatározott mértékű részleges térítési díjjal csökkenti, és az így kapott összeget téríti meg.
- I.4.6.** A Biztosító nem téríti meg a külföldön történő gyógykezelés költségeit.
- I.4.7.** A Biztosító nem téríti meg a háziorvos által kiállított számla összegét.

I.5. A szolgáltatás korlátozása járóbeteg-szakellátás esetén

- I.5.1.** A Biztosító a magán egészségügyi szolgáltató (így különösen magán gyógytornász) által kiállított számlát is elfogadja.
- I.5.2.** Az extrém sport baleset miatt szükséges leggyakoribb járóbeteg szakellátások költségeit a Biztosító az alábbi táblázatban megadott maximális összeghatárokig téríti meg. Minden ellátás tartalmazza a fizikális vizsgálatot, és az esetleg szükséges sebkötözést, kötőcserezt, rögzítést kötéssel, gipszkötés átpólyázását, gipszkötés eltávolítását, kontraktúra nyújtását, az esetlegesen szükséges rehabilitációs felmérést és az alap labor vizsgálatokat.

Az ellátás tartalma	Maximális szolgáltatási összeg
1. Egyszerű vizsgálat röntgen/ultrahang és gipszelés nélkül	4 000 Ft
2. Vizsgálat röntgennel/ultrahanggal, gipszelés nélkül	5 500 Ft
4. Vizsgálat röntgennel/ultrahanggal és gipszeléssel, beleértve az esetleges gipszcserét is.	8 500 Ft
5. Vizsgálat varratszedéssel	4 000 Ft
6. Vizsgálat fémeltávolítással, bőrvarrattal, röntgennel	8 500 Ft

- 1.5.3. A baleset miatt szükséges fizioterápiát, gyógytornát és balneoterápiát a Biztosító az alábbi táblázatban megadott maximális összeghatárokig téríti meg egy biztosítási eseményből kifelé összesen legfeljebb 50 alkalommal, napi legfeljebb 1 alkalommal.

Az ellátás tartalma	Maximális szolgáltatási összeg
7. Fizioterápia alkalmanként, napi legfeljebb 1 alkalommal	2 000 Ft
8. Gyógytorna alkalmanként, napi legfeljebb 1 alkalommal	2 000 Ft
9. Balneoterápiás kezelés alkalmanként, napi legfeljebb 1 alkalommal	3 000 Ft

- 1.5.4. A Biztosító a különös feltételek 1.5.2 és a 1.5.3. pontjában nem szereplő járóbeteg-szakellátások tekintetében az ugyanerre a járóbeteg szakellátásra az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által az egészségügyi szolgáltatóknak az OENO kódszámok alapján a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtott térítés 1,5-szeresét nyújtja.
- 1.5.5. A Biztosító a térítés mértékének megállapításánál a térítés összegéből levonja a sürgős szükség miatt szükségessé vált ellátások költségeit.

1.6. A szolgáltatás korlátozása fekvőbeteg-szakellátás esetén

- 1.6.1. A Biztosító adott fekvőbeteg (kórházi) ápolásra nyújtott szolgáltatása nem haladhatja meg az ugyanerre a kórházi ápolásra az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által az egészségügyi szolgáltatóknak a HBCs súlyszámok alapján a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtott térítés 1,5-szeresét. A Biztosító a térítés mértékének megállapításánál az így megállapított összegből levonja a sürgős szükség miatt szükségessé vált ellátások költségeit a különös feltételek 1.4.4. pontjával összhangban. Az 1. számú mellékletében szereplő eszközök és implantátumok felhasználása esetén a Biztosító az adott eszközről vagy implantátumról az egészségügyi szolgáltató nevére és címére kiállított és a Biztosított nevét és az eszköz vagy implantátum beszerzési árát is tartalmazó számla összegét téríti meg figyelemmel a különös feltételek 1.4.1. pontjára.
- 1.6.2. Fekvőbeteg-szakellátó intézetben történő, a felső határnapot követő fekvőbeteg ápolás esetén az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának szabályait megállapító, mindenkor hatályos magyar jogszabályban az erre az esetre meghatározott napidíj legfeljebb kétszeresét fizeti a Biztosító.
- 1.6.3. A Biztosító fekvőbeteg (kórházi)-szakellátó intézetben történő krónikus ellátás esetén az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának szabályait megállapító, mindenkor hatályos magyar jogszabályban az erre az esetre meghatározott napidíj legfeljebb kétszeresét fizeti. Ez alól kivételt képeznek a súlyos központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak ellátásai, ahol a napidíj legfeljebb 1,2-szeresét fizeti meg a Biztosító.
- 1.6.4. Fekvőbeteg-szakellátó intézetben történő krónikus ellátás esetén a Biztosító legfeljebb 21 krónikus ellátási nappól kiállított számla összegét fizeti meg. A 22. naptól történő krónikus ellátásra a Biztosító kizárólag akkor nyújt szolgáltatást, ha azt a Biztosított az ellátás megkezdése előtt írásban kérte és a Biztosító azt előzetesen írásban engedélyezte. A Biztosító a kérést indoklás nélkül elutasíthatja.
- 1.6.5. Fekvőbeteg-szakellátó intézetben történő, „Ápolási tevékenység” és krónikus ellátás keretében a súlyos központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak ellátásaira a Biztosító - a különös feltételek 1.6.4 pontjától eltérően - nem alkalmaz napszámra vonatkozó korlátozást.
- 1.6.6. Fekvőbeteg-szakellátási intézetben történő, „Ápolási tevékenység” és krónikus ellátás keretében a súlyos központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak ellátásai esetén a Biztosított vagy törvényes képviselője írásban kérheti, hogy a Biztosító az általános feltételek V.2.5. Szolgáltatás-táblázatban szereplő, a kötvényen megjelölt csomagra vonatkozó maximális szolgáltatási összeg és a már teljesített szolgáltatási összeg(ek) különbségét egy összegben, egyszeri kifizetésként teljesítse. A Biztosító a kérést indoklás nélkül elutasíthatja.
- 1.6.7. Amennyiben a Biztosító a különös feltételek 1.6.6. pontjában szereplő esetben - a Biztosított vagy törvényes képviselője írásbeli kérése alapján - teljesíti a maximális szolgáltatási összeg és a már teljesített szolgáltatási összeg(ek) különbségét, a Szerződő/Biztosított/törvényes képviselő további szolgáltatási igényrel a Biztosító felé jelen szerződés vonatkozásában nem élhet.

I.7. A szolgáltatás korlátozása otthoni szakápolás, dialízis kezelés és fogászati ellátás esetén

- I.7.1.** A Biztosító az otthoni szakápolás keretein belül legfeljebb 14 otthoni szakápolási tevékenységet tartalmazó vizitról, illetve 50 otthoni hospice ellátási napról kiállított számla összegét téríti meg alkalmanként legfeljebb bruttó 4000 Ft. értékben. A Biztosító a Biztosított dialízis kezelése esetén nyújtott szolgáltatása nem haladhatja meg a dialízis kezelésre az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által az egészségügyi szolgáltatónak a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtott térítés 1,5-szeresét, illetve a Biztosított intenzív osztályon történő dialízis kezelése esetén a 2-szeresét.
- I.7.2.** A Biztosító nem téríti meg a fogászati költségekről kiállított számla összegét. Ez alól kivétel - a különös feltételek I.2.1. pontjában foglaltakkal összhangban - a szájsebészeti ellátásról a Biztosított nevére szóló számla összege, melyet a Biztosító megtérít.
- I.7.3.** Az extrém sport balesettel összefüggő, a rágóképesség helyreállítása érdekében szükséges fogpótlás esetén foganként legfeljebb 30 000 Ft szolgáltatást fizet a Biztosító.
- I.7.4.** A különös feltétel I.7.2. pontjában meghatározott szolgáltatások térítésének feltétele, hogy a Biztosított a fogászati kezelés megkezdése előtt a Biztosítónak benyújtsa az extrém sport baleset miatt szükséges fogászati kezelést tartalmazó kezelési tervet és árajánlatot, továbbá panorámaröntgen- vagy állkapocsrontgen felvételt (nem leírást). A Biztosító a benyújtott dokumentumokat elbírálja. A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a kezelési terv módosításához kötheti. A Biztosító jogosult a benyújtott kezelési terv elbírálása során a szolgáltatás teljesítésének elutasítására is.

I.8. A Biztosító teljesítésének feltételei

- I.8.1. A Biztosító előzetes értesítése a Biztosított kórházi fekvőbeteg ellátása esetén**
- I.8.1.1.** Ha a biztosítási esemény következményeként a Biztosított kórházi fekvőbeteg ellátásra szorul, akkor a Biztosító kizárólag a különös feltétel I.8.1.1. a), és b) pontban szereplő feltételek együttes teljesülése esetén vállalja a szolgáltatások teljesítését:
- a) A Biztosítót a biztosítási esemény bekövetkezéséről a lehető legrövidebb időn belül (de legfeljebb 24 órán belül) értesíteni kell telefonon vagy faxon keresztül. Az értesítést a Biztosító 24 órás Segítségnyújtó szolgálata (a továbbiakban: Europ Assistance és/vagy szolgáltatás-szervező) felé kell megtenni. A Europ Assistance elérhetősége: tel.: (36 1) 465-3614, fax: (36 1) 458 4445.
- b) A balesettel kapcsolatban rendelkezésre álló, a különös feltétel I.8.1.1.a) pontban leírtaknak megfelelő előzetes értesítés előtt keletkezett összes dokumentumot, továbbá a kötvényt e-mailben (operation@europ-assistance.hu; ea@eahungary.hu), vagy faxon el kell juttatni a Europ Assistance-hoz.
- Amennyiben a Biztosító előzetes értesítése a fentiek szerint nem történik meg vagy a Biztosító a szolgáltatások igénybevételét előzetesen nem engedélyezi, a Biztosító a felmerült kórházi fekvőbeteg-szakellátás költségeinek megtérítését legfeljebb 150 000 Ft összeghatárig vállalja (a jogalap fennállása esetén, számla alapján).**
- I.8.2.** A szolgáltatási igényt – a Biztosító telefonon vagy faxon történő előzetes értesítésén túl, a különös feltétel I.8.1.1. pontja szerint - a számla keltét követő 15 napon belül írásban kell a Biztosítónak bejelenteni.
- I.8.3. Abban az esetben, ha a fenti határidőt nem tartják be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenül váltak, a Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól.**
- I.8.4.** A szolgáltatási igény előterjesztésekor az általános feltétel V.3.2. pontban meghatározottakon túl az alábbi iratokat kell benyújtani:
- a) kórházi fekvőbeteg szakellátás esetén, amennyiben az ellátás költsége a Biztosított által előfinanszírozásra került:
- a fekvőbeteg-szakellátó szolgáltató (intézmény) által kiállított, a Biztosított nevére szóló számlát, továbbá
 - a magyar kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvényben meghatározottaknak megfelelően kiállított elszámolási nyilatkozat másolatát, amely tartalmazza a diagnózisok és beavatkozások kódjait (BNO és WHO kódokat) és az adott ellátáshoz tartalmazó HBCs kódot is, illetve
 - a kórházi zárójelentés másolatát,
- b) tételes elszámolás alá eső egyszer használatos eszközök és implantátumok felhasználása esetén

- i. a különös feltétel I.8.4. (a) pontban meghatározott dokumentumokat, továbbá
- ii. az adott eszközről vagy implantátumról az egészségügyi szolgáltató nevére kiállított, az eszköz vagy implantátum beszerzési árát tartalmazó számla másolatát, az eszköz vagy implantátum Biztosítottra történő felhasználásának igazolásával (kórházi zárójelentés és műtéti leírás), és
- iii. az adott eszközről vagy implantátumról az egészségügyi szolgáltató által kiállított, a Biztosított nevére szóló számlát,
- c) járóbeteg-szakellátás esetén
 - i. a járóbeteg-intézmény/magán egészségügyi szolgáltató által kiállított, a Biztosított nevére szóló számlát, továbbá
 - ii. az ambuláns lap másolatát.

A számlának tartalmaznia kell a különös feltétel I.5.2., vagy I.5.3. pontjában szereplő táblázatban meghatározott ellátás sorszámát és megnevezését is. Amennyiben az ellátás nem sorolható be a különös feltétel I.5.2., vagy I.5.3. pontjában szereplő táblázatokba, akkor a számlának tartalmaznia kell az elvégzett beavatkozások OENO kódjait és azok megnevezését is,

- d) betegszállítás esetén
 - i. a betegszállító által kiállított, a Biztosított nevére szóló számlát, megjelölve a Biztosított felvételének és átadásának helyét és időpontját, és a teljesített kilométerek számát,
 - ii. ambuláns lap/ zárójelentés másolatát
- e) otthoni szakápolás esetén
 - i. az otthoni szakápolást elrendelő orvosi dokumentum másolatát, továbbá
 - ii. a szakápoló által kiállított, a Biztosított nevére szóló számlát, amelynek tartalmaznia kell a viziték, illetve otthoni hospice ápolási napok számát, a teljesítés időpontját, az ellátás típusát,
- f) dialízis kezelés esetén a dialízist végző intézmény által kiállított, a Biztosított nevére szóló számlát, továbbá a kórházi zárójelentés/ambuláns lap másolatát,
- g) szájszabeszeteti ellátás esetén, illetve a rágóképesség helyreállítása érdekében szükséges fogpótlásra vonatkozó szolgáltatási igény esetén
 - i. a fogászati **kezelés megkezdése előtt** a fogászati kezelést tartalmazó kezelési tervet és árajánlatot, továbbá panorámaröntgen- vagy állkapocsrontgen felvételt (nem leírást),
 - ii. a fogászati intézmény által kiállított, a Biztosított nevére szóló számlát,
 - iii. az ambuláns lap másolatát.

I.8.5. A Biztosító az általános feltételek V.3.3 pontjában felsorolt dokumentumokat is bekérheti.

I.9. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatviselésből kizárt események

I.9.1. A Biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül az Orvosi költségek térítésére vonatkozó szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

I.9.2. Jelen biztosítás esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá az alábbiakkal összefüggő egészségügyi szolgáltatásokra:

- a) gyógyszer, kötszer, gyógyászati segédeszköz, kivéve, ha az egészségügyi szolgáltatónál történő ellátás része,
- b) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,
- c) egészségügyi orvosszakértői véleménnyel kapcsolatos igények és költségek,
- d) halottakkal kapcsolatos egészségügyi szolgáltatások.
- e) **A szolgáltatásszervező (általános feltétel IX.5.1.) és a Biztosító nem felelős a Biztosított által igénybevett egészségügyi szolgáltatások szakmai minőségéért és a Biztosítottnak az egészségügyi szolgáltatás teljesítése során okozott károkért és a sérelemdíjért.**

II. A GYÓGYSZER-, GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ- ÉS GYÓGYÁSZATI ELLÁTÁS ÁRÁHOZ NYÚJTOTT TÁMOGATÁSRA, VALAMINT UTAZÁSI KÖLTSÉGTÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS

II.1. Biztosítási esemény

II.1.1. Biztosítási esemény az olyan egészségügyi szolgáltatás, melyet a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt bekövetkező, 8 napon túl gyógyuló extrém sport balesete (általános feltétel IX.1.4.) miatt, az extrém sport balesetet követő két éven belül, a feltételekben meghatározott szabályok szerint és a jelen feltételek szabályainak eleget tevő egészségügyi szolgáltatónál vett igénybe.

II.1.2. A biztosítási esemény időpontja az **extrém sport baleset bekövetkezésének az időpontja.**

-
- II.1.3.** Egy biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak az ugyanazon extrém sport balesetére visszavezethető valamennyi – jelen feltétel szerinti - egészségügyi szolgáltatás igénybe vétele.

II.2. A Biztosító szolgáltatása

- II.2.1.** A Biztosító biztosítási esemény bekövetkeztekor az orvos által a Biztosított számára gyógyászati céllal rendelt receptköteles gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás árához, illetve a gyógyászati segédeszköz javítási és kölcsönzési díjához ártámogatást nyújt (a továbbiakban: gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ártámogatás).
- II.2.2.** A Biztosító biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosított részére a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló, illetve annak végrehajtására vonatkozó jogszabályokban meghatározott módon és feltételekkel **utazási költségtérítést nyújt (a továbbiakban: utazási költségtérítés).**
- II.2.3.** A Biztosító gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ártámogatásának összege megegyezik a kötelező egészségbiztosítás keretében Biztosított vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek számára a vonatkozó hatályos jogszabályok alapján nyújtható ártámogatás összegével.
- II.2.4.** A Biztosító által nyújtott utazási költségtérítés összege megegyezik a kötelező egészségbiztosítás keretében Biztosított vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek számára a vonatkozó hatályos jogszabályok alapján nyújtható utazási költségtérítés összegével.
- II.2.5.** A Biztosító kizárólag a Biztosított nevére kiállított számla összegéből fizeti meg a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ártámogatást.
- II.2.6.** A Biztosító a térítés mértékének megállapításánál a Biztosított esetleges közgyógyellátásra való jogosultságát nem veszi figyelembe.

II.3. A Biztosító szolgáltatásának korlátozása

- II.3.1.** A Biztosító térítése biztosítási eseményenként nem haladhatja meg az általános feltételek V.2.5. pontban található Szolgáltatás-táblázatban a Gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz-ártámogatás és utazási költségtérítés címszó alatti - a kötvényen megjelölt csomagra vonatkozó - összeget.
- II.3.2.** A Biztosító nem nyújt ártámogatást a nem receptköteles, illetve OEP támogatással nem rendelkező gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz árához.

II.4. A Biztosító teljesítésének feltétele

- II.4.1.** A szolgáltatási igényt 15 napon belül írásban kell a Biztosítónak bejelenteni.
- II.4.2.** **Abban az esetben, ha a fenti határidőt nem tartják be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenül váltak, a Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól.**
- II.4.3.** A szolgáltatási igény előterjesztésekor az általános feltételek V.3.2. pontban meghatározottakon túl az alábbi iratokat kell benyújtani:
- a) gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ártámogatásra vonatkozó szolgáltatási igény esetén
 - i. a Biztosított nevére szóló eredeti számlát, továbbá
 - ii. a gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás rendeléséről szóló recept fénymásolatát, vagy
 - iii. a gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás elrendeléséről szóló orvosi dokumentumot (az ambuláns lap/kórházi zárójelentés fénymásolatát),
 - b) utazási költségtérítésre vonatkozó szolgáltatási igény esetén a
 - i. menetjegyet, továbbá
 - ii. az ambuláns lap/zárójelentés fénymásolatát,
 - c) a gyógyászati segédeszköz javításának és/vagy kölcsönzésének díjáról a Biztosított nevére szóló eredeti számlát.
 - d) A Biztosító az általános feltételek V.3.3 pontjában felsorolt dokumentumokat is bekérheti.

II.5. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatviselésből kizárt események

A Biztosító jelen kiegészítő biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz- és gyógyászati ellátás árához nyújtott támogatásra, valamint utazási költségtérítésre vonatkozó szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

III. KIEGÉSZÍTŐ BALESETBIZTOSÍTÁS

III.1. Biztosítási esemény

- III.1.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett extrém sport balesete (általános feltételek IX.1.4.), amelynek következtében a Biztosított a **balesetet követő egy éven belül meghal.**
- III.1.2. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett olyan extrém sport balesete (általános feltételek IX.1.4.) amelynek következtében a Biztosított **30%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodást szenved.**
- III.1.3. **Egészségkárosodásnak** tekintendő az olyan **testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.**
- III.1.4. **Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az orvosilag kialakulnak, stabilnak tekinthető.** Ha az egészségkárosodás mértéke **még folyamatosan változik**, de a baleset napjától számított 2 év eltelt, **akkor a baleset napjától számított 2 év letelte után a Biztosító orvosszakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét, melyet a Biztosító a szolgáltatási kötelezettsége szempontjából a baleset következményeként kialakult maradandó egészségkárosodásnak tekint.** A maradandó egészségkárosodás megállapítása során **a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó.** A baleset következtében kialakuló **hátrányos esztétikai következmények** és egyéb **(szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik** maradandó egészségkárosodásra vonatkozó **szolgáltatási igény alapját.**
- III.1.5. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező olyan extrém sport balesete (általános feltételek IX.1.4.), amelynek következtében a Biztosított **csonttörést, csontrepedést szenved.**

Jelen különös feltételek szempontjából nem minősül csonttörésnek

- a fogtörés,
- a csontok patológiás törése.

- III.1.6. A biztosítási esemény időpontja az **extrém sport baleset bekövetkezésének az időpontja.**

III.2. A Biztosító szolgáltatása a Biztosított extrém sport baleset miatt bekövetkező halála esetén

- III.2.1. A Biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén - a jogalap fennállásakor - az általános feltételek V.2.5. bekezdésben található Szolgáltatás-táblázatban a Baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosítás címszó alatti - a kötvényen megjelölt szolgáltatási csomagra vonatkozó - összeget téríti a haláleseti szolgáltatásra jogosult Kedvezményezett részére.
- III.2.2. A Biztosított halála esetén esedékes szolgáltatások **Kedvezményezettje** – az általános feltételek II.1.7. pontjától eltérően- a Szerződő és az adott Biztosított által írásban megnevezett személy, ennek hiányában az adott Biztosított örököse(i).

III.3. A Biztosító szolgáltatása a Biztosított extrém sport baleset miatt bekövetkező maradandó egészségkárosodása esetén

- III.3.1. A Biztosító **kizárólag a 30%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodás** (különös feltétel III.1.1.4. pont) fennállása **esetén teljesít szolgáltatást.**
- III.3.2. Amennyiben a Biztosított **egészségkárosodásának mértéke folyamatosan változik**, úgy **mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van** biztosítási eseményenként a bejelentett **baleset napjától számított 4 évig, évenként egy alkalommal** a maradandó **egészségkárosodás**, illetőleg

annak **mértékének orvosi megállapítását kérni**, azaz mind a Biztosított, mind a Biztosító jogosult annak megállapítását kérni, hogy az egészségi állapot orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A Biztosított **ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel** és – a megfelelő kezelés ellenére kialakuló **állapotrosszabbodást igazoló – orvosi iratainak benyújtásával** kezdeményezheti az egészségkárosodás maradandóvá válásának, valamint a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítását.

III.3.3. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az általános feltételek V.2.5. bekezdésben található Szolgáltatási-táblázatban a 30%-ot elérő mértékű baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás címszó alatti - a kötvényen megjelölt szolgáltatási csomagra vonatkozó - biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalékát nyújtja szolgáltatásként a Kedvezményezett részére és ezzel az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási szerződés 30%-ot elérő mértékű baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó része megszűnik a Biztosító szolgáltatásának időpontjában.

III.3.4. A szolgáltatás alapjául szolgáló maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa a jelen különös feltételek elválaszthatatlan részét képező 2. számú melléklet táblázata alapján állapítja meg.

III.3.5. Ha az egészségkárosodás mértéke a **táblázat alapján nem állapítható meg, úgy** a szolgáltatást a testi és/vagy szellemi épség **orvosi szempontból csökkent mértéke alapján kell megállapítani.**

A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

Az **Orvosszakértői intézet** (a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv) szakvéleményében, illetve a **nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában** megállapított egészségkárosodás mértéke, a Biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás mértékének meghatározásánál **nem irányadó. A Biztosítót az egészségkárosodás maradandó jellegének, illetve az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvosszakértői testületek határozata, szakvéleménye nem köti.**

III.3.6. Ha a Biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a Biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.

III.3.7. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó **szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.**

III.4. A Biztosító szolgáltatása a Biztosított extrém sport baleset miatt bekövetkező csonttörése esetén

III.4.1. A Biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén - az általános feltételek V.2.5. bekezdésben található Szolgáltatási-táblázatban a Csonttörésre vonatkozó biztosítás címszó alatti - a kötvényen megjelölt szolgáltatási csomagban meghatározott - összeget téríti a Kedvezményezett részére.

III.5. A Biztosító teljesítésének feltételei

III.5.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül** kell írásban a Biztosítónak bejelenteni.

III.5.2. Abban az esetben, ha a fenti határidőt nem tartják be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól.

III.5.3. A szolgáltatási igény előterjesztésekor az általános feltételek V.3.2. pontban meghatározottakon túl az alábbi iratokat kell benyújtani:

- a) a Biztosított halála esetén
 - i. halottvizsgálati bizonyítvány
 - ii. halotti epikrízis,
 - iii. boncolási jegyzőkönyv (ha készült),
 - iv. Biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
- b) a Biztosított csonttörése esetén
 - i. a csonttörést igazoló röntgenlelet és ambuláns lap
- c) a Biztosító az általános feltételek V.3.3. pontjában felsorolt dokumentumokat is bekérheti

III.5.4. A Biztosító 30%-ot elérő maradandó egészségkárosodás vonatkozásában **elismert jogalap esetén az alábbi határidőkön belül teljesít:**

- a) az orvosi szempontból **egyértelműen tisztázott maradandó egészségkárosodások** alapján megállapított szolgáltatást a Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges **utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül,**
- b) egyéb esetekben a maradandó egészségkárosodás **véglegessé válását követően 15 napon belül,** illetőleg **legkésőbb a balesetet követő 4 év letelte után 15 napon belül.**

III.6. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatviselésből kizárt események

A Biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a vonatkozó szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

1. számú melléklet

Egyszer használatos eszközök és implantátumok listája

Az Orvosi költségek térítésére vonatkozó biztosítás különös feltételeiben hivatkozott táblázat a biztosító szolgáltatásának meghatározásához.

	OENO	Egyszerhasználatos eszközök és implantátumok
3.	1000	Gerinc belső fixációs implantátum
4.		Maxillo-faciális belső fixációs eszközök és helyreállító protesisek, ideértve a CAD-CAM eljárással tervezett koponya- és arccsontpótlást is
	1338	Maxillo-faciális belső fixációs eszközök
	1340	CAD-CAM eljárással tervezett koponya- és arccsontpótló eszközök
	1343	Maxillo-faciális helyreállító protesisek
	1401	Biológiai implantátum (konzerv csont)
	1402	Biológiai implantátum (porc)
	1403	Biológiai implantátum (ín)
	1404	Biológiai implantátum (szaruhártya)
	1405	Biológiai implantátum (keratinocyta)
	1407	Biológiai implantátum (konzervált amnion)
42.		Égési sérültek ellátásához használt bőrpótló készítmények
	1515	Égési sérültek ellátásához használt Alloderm bőrpótló készítmény
	1516	Égési sérültek ellátásához használt Integra bőrpótló készítmény
49.****	1310	Felszínpótló csípőízületi protézis

2. számú melléklet

Maradandó egészségkárosodás

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra és a közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételeiben hivatkozott táblázat a biztosító szolgáltatásának meghatározásához. Jelen táblázat célja, hogy szemléltesse a biztosítási szolgáltatás megállapításának elvét. A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek, érzékszervek

Egészségkárosodás mértéke %

egy kar vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egy kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik kar könyökízület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
bármely más kézüjj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
egyik comb csípőízületben történő elvesztése vagy a csípőízület teljes működésképtelensége	70%
egyik comb részleges csonkolása vagy a térdízület teljes működésképtelensége	60%
egyik lábszár részleges csonkolása	50%
egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	65%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztés	15%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	45%
a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
az ízlelőképesség teljes elvesztése	5%

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