

Generali Egészség- és Önsegélyező  
Pénztár tagjai részére szóló  
Generali Navigátor csoportos  
egészségbiztosítás általános  
szerződési feltétele  
(GN-ÁSZF/02024)

Hatályos: 2024. augusztus 1-jétől

Nysz.: 24516



GENERALI

---

# Tartalomjegyzék

---

I. A biztosítási szerződés tartama . . . . .	3
II. Általános rendelkezések . . . . .	3
III. Biztosítási díj . . . . .	5
IV. Biztosítási esemény, a biztosító szolgáltatása és teljesítésének feltételei . . . . .	5
V. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól a költségtérítéses szolgáltatások esetében. . . . .	7
VI. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események . . . . .	8
VII. Egyéb rendelkezések . . . . .	9
VIII. Az általános feltételek Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződéses gyakorlattól lényegesen eltérő rendelkezései . . .	10

---

# Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár tagjai részére szóló Generali Navigátor csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltétele (GN-ÁSZF/02024)

Jelen általános szerződési feltételek (továbbiakban: általános feltételek vagy feltételek) a **Generali Biztosító Zrt.** (továbbiakban: biztosító) és a **Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár** (továbbiakban: szerződő) között létrejött **csoportos egészségbiztosítási szerződésre** (továbbiakban: szerződés) érvényes.

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 feltételekben foglaltak eltérése esetén a feltételek rendelkezései az irányadóak.**

## I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS TARTALMA

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

## II. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

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

- II.1.1. **Biztosító** az a jogi személy, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- II.1.2. **Szerződő** a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár (továbbiakban: Pénztár), mint fogyasztónak nem minősülő szervezet, amely a biztosítási szerződést a biztosítóval megkötöti és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- II.1.3. **Biztosított az a természetes személy, aki a Generali Egészség- és Önszegélyező Pénztár tagja**, és akinek az egészségpénztári egyéni számlájából a Pénztár az egészségbiztosítás díjának megfelelő összeget folyamatosan levonja a biztosítási időszak során **és akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejött.**
- II.1.4. **Kedvezményezett** az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.

### II.2. A biztosítási szerződés létrejötte, módosítása

- II.2.1. A szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre.
- II.2.2. A szerződés csak a szerződő és a biztosító közös megegyezésével, írásban módosítható.
- II.2.3. A szerződő javaslatot tehet a szerződés módosítására, további biztosított beléptetésére, illetve kiléptetésére is. **A biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához és megszüntetéséhez, illetve a biztosított be- és kiléptetéséhez a biztosított hozzájárulására nincs szükség.**

### II.3. A biztosított jogviszony létrejötte, tartama, a felek jogai és kötelezettségei

- II.3.1. A Navigátor csoportos egészségbiztosítás alapján Biztosítottnak minősül valamennyi, a csoportos biztosítás létrejöttének napján tagsági viszonyal rendelkező Pénztártag, valamint az év közben pénztári tagsági jogviszonyt létesítő (belépő) Pénztártag, kivéve, ha a Pénztártag írásban nyilatkozott, hogy nem kívánja, hogy a fedezet kiterjedjen a személyére, kilépett a fedezetből, illetve kizárásra került a fedezetből. A biztosított jogviszony a csoportos biztosítás létrejöttének napján tagsági viszonyal rendelkező és a biztosításhoz csatlakoztatott Pénztártagok esetén a csoportos biztosítási szerződés hatálya lépésekor kezdődik meg. Az év közben pénztári tagsági jogviszonyt létesítő (belépő) Pénztártag esetén a biztosított jogviszony a belépés hónapját követő hónap első napjától kezdődhet meg legkorábban, ha a Pénztár az adott hónap biztosítási díját levonta és a biztosítási díjat a Pénztártagra vonatkozóan a Biztosítónak megfizette. Új belépők esetén a pénztár a belépés hónapját követő hónapban is megvizsgálja a biztosítási díj levonásának lehetőségét, és ha a levonás elvégezhető, akkor a biztosított jogviszony legkésőbb a belépést követő második hónap első napjával létrejöhet.
- II.3.2. A Navigátor csoportos biztosításból kizárt Pénztártag a következő biztosítási évtől (augusztus hó 1. napjától) ismét – külön nyilatkozat nélkül is - a Navigátor csoportos biztosítás biztosítottjává válik, ha a Pénztár a díj levonását a biztosítási év kezdetét 60 nappal megelőzően el tudja végezni és a biztosítási díjat a Biztosítónak befizeti. Sikertelen levonás esetén a Navigátor csoportos biztosításból való kizárás fennmarad és a biztosított jogviszony az adott biztosítási évben nem jön létre, és a biztosító kockázatviselése nem indul el.
- II.3.3. Amennyiben a Biztosított biztosított jogviszonya a csoportos biztosításból való kilépés miatt szűnt meg, akkor a Pénztártag az általa megtett kifejezett, írásbeli nyilatkozattal a következő biztosítási évtől (augusztus 1-jétől) válhat ismét a Navigátor csoportos biztosítás biztosítottjává. Az igénylés alapján a Pénztár levonja az egyéni számláról a díjat, és a következő biztosítási évtől kezdődően megfizeti a biztosítási díjat a Biztosító részére, ezzel a kockázatviselés elkezdődik a nyilatkozatot tevő Pénztártagra. Sikertelen levonás esetén a Pénztártag a Navigátor csoportos biztosításból kizárásra kerül és a Biztosító kockázatviselése a vonatkozásában nem kezdődik meg.
- II.3.4. A biztosított jogviszony határozatlan időtartamra jön létre.
- II.3.5. A **szerződő köteles** tájékoztatni a biztosítottakat a biztosítási szerződés tartalmáról és az abban bekövetkező valamennyi változásról.
- II.3.6. **A biztosított a szerződő helyébe nem léphet.**
- II.3.7. A szerződő és a biztosított kötelesek a közlési- és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.
  - II.3.7.1. A közlési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított szerződéskötéskor és a biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentése esetén kötelesek a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítási kockázat elvállalása, valamint a szolgáltatási

igény elbírálása szempontjából lényeges, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő és a biztosított közlési kötelezettségüknek eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

- II.3.7.2. A szerződő és a biztosított kötelesek a biztosítás fennállása alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a biztosítási szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását.

Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a biztosító kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a szerződő vagy a biztosított nyilatkozási kötelezettségét előírta, így különösen a szerződő és a biztosított neve, állandó lakcíme, címe, levelezési címe, elektronikus kommunikáció esetén email címe.

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

- II.3.7.3. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő, illetve a biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor, illetve a biztosított jogviszony létesítésekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- II.3.7.4. Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést, vagy valamely biztosított jogviszonyt érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, akkor az adott biztosított(ak) vonatkozásában kockázatelbírálást végezhet, és ennek eredményeként a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés (biztosított jogviszony) módosítására, vagy a szerződést – annak az adott biztosítottat érintő részét – 30 napra írásban felmondhatja.
- II.3.7.5. Jelentős kockáztnövekedésnek minősül különösen, ha a biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a szerződésre vonatkozóan kizárást vagy elutasítást alkalmazna. Ha a biztosító e jogával nem él, a szerződés (az adott Biztosított biztosított jogviszonya) az eredeti tartalommal marad hatályban.
- II.3.7.6. Ha a szerződő fél/Biztosított a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban nyilatkozik arról, hogy a módosító javaslatot nem fogadja el, a szerződés, vagy a szerződésnek az adott biztosítottra vonatkozó része (az adott Biztosított biztosított jogviszonya) a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik.
- II.3.7.7. Ha a szerződő/Biztosított a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés (az adott Biztosított biztosított jogviszonya) a módosító javaslatban foglaltak szerint módosul a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon, feltéve, hogy a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél/Biztosított figyelmét felhívta.

#### II.4. A kockázatviselés kezdete, megszűnése és a várakozási idő

- II.4.1. Adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése annak a hónapnak az első napjának 0. óráján kezdődik, amely hónapot megelőzően a Pénztár a Navigátor csoportos egészségbiztosítás díját a tag számlájáról levonta és azt a Biztosító részére megfizette.
- II.4.2. **Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosított jogviszony és azzal egyidejűleg a biztosító kockázatviselése megszűnik az alábbi esetekben:**
- a biztosított halála esetén a halál időpontjával,
  - az adott biztosított Navigátor csoportos egészségbiztosítás fedezetének bármely okból történő megszűnése (pl. kizárás vagy pénztári tagsági jogviszony megszűnése) esetén, a megszűnéssel egyidejűleg,
  - a biztosítottnak a biztosított jogviszony megszüntetésére vonatkozó írásbeli kérelmével (lemondó nyilatkozat) A biztosított a biztosított jogviszonyát az erre irányuló kifejezett – szerződő részére eljuttatott – írásbeli lemondó nyilatkozattal bármikor jogosult megszüntetni (ki-lépés). Amennyiben a lemondó nyilatkozat az adott hónap 10. napjáig a szerződőhöz beérkezik, úgy a biztosított jogviszony a következő hónap első napjának 0 órájában szűnik meg. Amennyiben a lemondó nyilatkozat az adott hónap 10. napját követően érkezik meg a szerződőhöz, úgy a biztosított jogviszony a nyilatkozat átvételét követő második hónap első napjának 0 órájában szűnik meg,
  - a biztosított közlési- és változásbejelentési kötelezettségének megsértése esetén a II.3.7. pontban foglaltak szerint.

A Biztosító kockázatviselése a Pénztártag vonatkozásában kizárólag akkor áll fenn, és a Biztosító szolgáltatása a Pénztártag által a biztosítási időszak alatt kizárólag akkor vehető igénybe, ha a Pénztár az adott hónap a díját az egyéni számláról előre levonta és a biztosítási díjat a Pénztár a Pénztártagra vonatkozóan a Biztosítónak előre megfizette. Nem jogosultak az egészségbiztosítási szolgáltatás igénybevételére azok az pénztártagok, akinek az egyéni számláján nem állt rendelkezésre akkora összeg, amely lehetővé tette volna a Navigátor csoportos biztosítás díjának megfizetését. A Biztosított jogviszony, és a biztosító kockázatviselése a Pénztártag tekintetében megszűnik és a Biztosító szolgáltatása a Pénztártag által nem vehető igénybe – azaz a Navigátor csoportos biztosításból kizárásra kerül – attól a hónaptól kezdődően, amely hónapra a Pénztártag vonatkozásában – a díj levonásának hiányában – nem került megfizetésre a Biztosító részére a biztosítási díj.

A biztosító kockázatviselése valamennyi biztosított vonatkozásában megszűnik a **biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnése esetén**, a szerződés megszűnését követő nap 0. órájában.

- II.4.3. **A biztosító várakozási időt nem alkalmaz.**

#### II.5. A szerződés tartama

A biztosítási szerződés határozatlan időtartamra jön létre.

#### II.6. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

- II.6.1. **A biztosítási szerződés megszűnik**
- a díjfizetés szerződő általi elmulasztása esetén a díjrendezettség utolsó napjának 24. órájában, a biztosító ezirányú külön, póthatáridőt tartalmazó felszólítása hiányában is;
  - ha a szerződő jogutód nélkül megszűnik, a jogutód nélküli megszűnés időpontjában;
  - a közlési- és változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén a II.3.5. pontban foglaltak szerint;
- II.6.2. **A biztosítási szerződés megszüntetése**

A szerződő és a biztosító a szerződést írásban, a biztosítási évforduló napjával – legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 60 nappal – felmondhatják. A szerződés felmondása esetén a szerződés az évforduló napján szűnik meg.

## II.7. A biztosítási szerződés területi hatálya

A biztosító kockázatviselése Magyarország területére terjed ki.

## III. BIZTOSÍTÁSI DÍJ

### III.1. A biztosítási díj megállapítása

- III.1.1. A biztosítási díj **a biztosító kockázatviselésének ellenértéke**. A biztosítás díj megfizetésére a **szerződő köteles**.
- III.1.2. A szerződő a biztosítási időszak során esedékes biztosítási díjat a biztosítottak egészségpénztári egyéni számlájából való levonással fizeti meg a biztosító részére.

### III.2. A biztosítási díj fizetése (a díjfizetés gyakorisága, a díj esedékességének időpontja, a biztosítási időszak, a biztosítási évforduló fogalma)

- III.2.1. A biztosítási évre vonatkozó **éves díj** havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető (**díjfizetési gyakoriság**).
- III.2.2. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a szerződéskötéskor határozza meg, és bármely biztosítási évfordulón megváltoztathatja, ha a változtatási szándékot a biztosítási évforduló előtt legalább 60 nappal írásban jelzi a biztosítónak.
- III.2.3. A biztosítás első díja a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak (biztosítási év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- III.2.4. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, mely napon a biztosító számlájára beérkezik.
- III.2.5. A szerződő vállalja, hogy a biztosítás díját az összes biztosítottra vonatkozóan – a díj (díjrészlet) esedékességének megfelelően – egy összegben fizeti meg.
- III.2.6. **A biztosítási időszak egy év**, amelynek kezdő napja a szerződés létrejöttét követő naptári hónap első napja (technikai kezdet), és ettől számított egy évig tart (a továbbiakban: biztosítási év). **A biztosítási időszak kezdő napja egyben a biztosítási évforduló napja is.**

## IV. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

### IV.1. Biztosítási esemény

- IV.1.1. Biztosítási esemény az olyan IV.2. -es pontban meghatározott egészségügyi szolgáltatás igénybevétele, mely a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt válik szükségessé. Jelen pont szempontjából előzmény nélküli betegségnek, balesetnek vagy kóros állapotnak minősül az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegséggel vagy balesettel vagy kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással okozati összefüggésben nem áll.
- IV.1.2. A biztosítási esemény időpontja az egészségügyi ellátás igénybevételének napja.

### IV.2. A biztosító szolgáltatásai

**A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a jelen pontban részletezett orvosi, egészségügyi és egyéb szolgáltatások költségeinek megtérítésére terjed ki a jelen feltételekben foglalt szabályok szerint.**

**A biztosító szolgáltatása az azonnali ellátási esetekre nem terjed ki.**

**Ellátás kizárólag Magyarországon működő egészségügyi intézményben vehető igénybe.**

- IV.2.1. **Egészségügyi szolgáltatások biztosítottanként, egy biztosítási éven belül**
- IV.2.1.1. **Ultrahang, röntgen és 12 elvezetéses nyugalmi EKG vizsgálatok költségeinek biztosító általi megtérítése legfeljebb 50.000 Ft összeghatárig, a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt szükségessé váló, orvosilag indokolt esetben.**
- IV.2.1.2. **CT, MR vizsgálatok költségeinek biztosító általi megtérítése legfeljebb 300.000 Ft összeghatárig, a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt szükségessé váló, orvosilag indokolt esetben.**
- IV.2.1.3. **Egynapos sebészeti beavatkozás költségének biztosító általi megtérítése biztosítási évente egy alkalommal és legfeljebb 350.000 Ft összeghatárig, a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt szükségessé váló, orvosilag indokolt esetben. A jelen szolgáltatás tartalmazza az egynapos sebészeti beavatkozást megelőzően, a beavatkozást végző szakorvos és aneszteziológus általi egy-egy szakorvosi vizsgálat, a beavatkozás utáni varratszedés és első kontroll vizsgálat (továbbá a biztosított kérésére a műtétet megelőző labor, EKG és mellkasröntgen) költségének megtérítését is a limit erejéig.**

Az egynapos sebészeti beavatkozás és a hozzá szükséges előzetes (preoperatív) vizsgálatok költségéről az egészségügyi intézmény a beavatkozást megelőzően tájékoztatja a biztosítottat. Előzetes engedélykérés és költségvállaló nyilatkozat igénylése esetén **a limitet meghaladó összeg Egészségügyi szolgáltató részére történő megfizetése a Biztosítottat terheli.** Egyéb esetekben a beavatkozás teljes költségét a Biztosítottnak kell megfizetnie az Egészségügyi szolgáltató részére, és a kapott számlát kell beküldenie a Biztosítóhoz utólagos térítésre.

Jelen feltételek vonatkozásában egynapos sebészeti beavatkozásnak minősül az a jogszabályban meghatározott tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre engedélyeztetten 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 kísérelve elhagyhatja az ellátó intézményt.

#### IV.2.1.4. **Betegszállítás: a biztosító által finanszírozott egynapos sebészeti beavatkozáshoz kapcsolódóan**

Ha a biztosítottnak a biztosító által finanszírozott egynapos sebészeti beavatkozást megelőzően majd azt követően betegszállításra van szüksége mozgásképtelensége okán, akkor a biztosító megtéríti a betegszállítás költségét a biztosított otthonából az egynapos sebészeti beavatkozást végző egészségügyi intézménybe és a beavatkozást követően vissza a biztosított otthonába.

### IV.3. Biztosítási szolgáltatások igénybevétele

#### IV.3.1. Általános szabályok

IV.3.1.1. A jelen feltétel szerinti szolgáltatásokat a biztosított saját szervezésében, általa választott orvosnál veheti igénybe.

IV.3.1.2. **Kizárólag a biztosító rendelkezik mérlegelési joggal a szolgáltatások** költségének megtérítésével **kapcsolatban**.

IV.3.1.3. A biztosító által finanszírozott (költségtérítéssel) szolgáltatások vonatkozásában a biztosító a következő feltételek együttes fennállása esetén teljesít szolgáltatást:

- 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, az azokban meghatározott módon és indikáció alapján a javaslat megtételére jogosult fél által javasolt legyen az egészségügyi szolgáltatás,
- az általános feltételek alapján a szolgáltatási igényre a biztosítási fedezet terjedjen ki.

#### IV.3.2. A biztosítási szolgáltatás igénybevétele

IV.3.2.1. **A biztosítási szolgáltatás igénybevételének menete:**

**A biztosított az alábbi három módon vehet igénybe szolgáltatást:**

- A biztosított a számára javasolt orvosi vizsgálatra/ellátásra **időpontot foglal magának**, az általa választott egészségügyi intézménybe.

**Az ellátásról a saját nevére, címére szóló számlát kell kérnie.**

A vizsgálatról, ellátásról szóló **számlát nyújthatja be a biztosítóhoz, utólagos térítésre.**

**Amennyiben az igénybevett vizsgálat/ellátás téríthető a biztosítási feltételekben meghatározottak alapján, akkor a biztosító az ellátás díját a limit erejéig a biztosított pénztári tagi egyéni számlájára teljesíti.**

- Amennyiben a biztosított előre szeretné tudni, hogy a szükséges vizsgálat/ellátás téríthető lesz-e a biztosítás terhére, akkor **előzetes engedélyt kérhet.**

Amennyiben a biztosított a **szükséges ellátást a biztosító szerződött partnerénél foglalja magának, akkor arra is van lehetősége, hogy költségvállaló nyilatkozatot kérjen** a biztosítótól. Ebben az esetben az ellátást a feltételekben meghatározott **limitek erejéig a biztosító közvetlenül az egészségügyi ellátó részére téríti meg.** A limit feletti összeget pedig a biztosítottnak kell megfizetnie az egészségügyi szolgáltató részére.

- Amennyiben a biztosított a b. pont szerint előzetes engedélyt kért a biztosítótól, de a szükséges ellátást nem a biztosító szerződött partnerénél veszi igénybe, akkor az ellátás költségéről saját nevére, címére szóló számlát kell kérnie és utólagos térítésre kell azt beküldenie a biztosító részére.

**Utólagos térítés esetén a biztosító az ellátás díját a limit erejéig a biztosított pénztári tagi egyéni számlájára teljesíti.**

IV.3.2.2. **Az előzetes engedélykérés és költségvállaló nyilatkozat igénylésének menete:**

- A biztosított a Terméktájékoztatóban rögzített módon jelentheti be a biztosítóhoz az előzetes engedélyezésre vonatkozó igényét..
- A pénztári tagi azonosító alapján a szolgáltatásra való jogosultságot (biztosítási fedezetet) a biztosító ellenőrzi.
- A biztosító a biztosított kifejezett hozzájárulása esetén bekéri az adott ellátásra vonatkozó orvosi javaslatot és orvosi dokumentációt (ld. IV.5. pont) A bekért összes irat elektronikus úton történő beérkezését követően kezdődik meg az igény elbírálása.
- Az egészségi panaszok, igények alapján a biztosító **a szükséges orvosi dokumentumok beérkezésétől számított legfeljebb 10 munkanapon belül dönt az előzetes engedélyre való kérelem megalapozottságáról és erről tájékoztatja a biztosítottat.**
- Amennyiben a biztosított a biztosító szerződött partnerénél veszi igénybe a szükséges ellátást, akkor kérheti, hogy a biztosító az előzetes engedély mellett költségvállaló nyilatkozatot küldjön az egészségügyi intézménybe, a biztosított által lefoglalt ellátásra, időpontra. Ebben az esetben fontos, hogy **a biztosított által foglalt időpont előtt legalább 10 munkanappal kell az előzetes engedélyt/költségvállaló nyilatkozatot megkérni.**
- A költségvállaló nyilatkozat megküldése esetén az egészségügyi ellátást nyújtó intézményben az ellátás igénybeviteléhez szükséges a személyazonosításra alkalmas fényképes dokumentum bemutatása a biztosított beazonosítása céljából. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy ha a biztosított személye nem azonosítható, akkor az egészségügyi szolgáltató megtagadhatja az egészségügyi ellátást, kivéve, ha a biztosított élete veszélyben forog, illetve a sürgős szükség esetét.
- Amennyiben a biztosított nem tud megjelenni az általa foglalt időpontban a megjelölt egészségügyi szolgáltatónál, akkor a lemondást legkésőbb 48 órával az egyeztetett időpont előtt az egészségügyi szolgáltatónál tudja megtenni. Ennek elmulasztása esetén a lefoglalt, de le nem mondott vizsgálat(ok) költségének megtérítésére a biztosított kötelezhető, tekintettel arra, hogy a lefoglalt ellátás költségének megtérítésére az egészségügyi szolgáltató igényt tarthat. Időben történt lemondás esetén az új időpont foglalásához új költségvállaló nyilatkozat igénylésére lesz szükség. Amennyiben az új időpont a lemondott időponthoz képest 3 hónapnál későbbre esik, akkor az előzetes engedélykérést is meg kell ismételni.

IV.3.2.3. **Biztosított által előfinanszírozott ellátások utólagos térítése**

- Azon esetekben, ha a biztosított az egészségügyi ellátást nem a biztosító szerződött egészségügyi szolgáltató partnerénél vette igénybe, vagy nem kért az ellátás igénybeviteléhez költségvállaló nyilatkozatot, akkor **az egészségügyi szolgáltatás költségét a biztosított köteles megfizetni az ellátást nyújtó egészségügyi intézménynek.**
- Ha a biztosított a szolgáltatást előfinanszírozta, akkor a biztosító ezt a költséget a limit erejéig utólag csak abban az esetben téríti meg a biztosított részére, ha az igénybevett ellátás a jelen feltételek alapján biztosítási eseménynek minősül.
- A szolgáltatási igényt az egészségügyi ellátás illetve szolgáltatás igénybevételének utolsó napját követő 15 napon belül a biztosító részére be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni. A keletkezett egészségügyi dokumentumokat csatolni kell és lehetővé kell tenni a bejelentés, valamint a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését.

#### IV.3.2.4. Az előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás költségének utólagos megtérítéséhez benyújtandó dokumentumok

A biztosító az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összegszerűségének megállapításához szükséges:

- a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
- az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről a **biztosított nevére, címére kiállított számla,**
- a biztosítási eseménnyel összefüggő, a IV.5. pontban részletezett valamennyi egészségügyi dokumentum másolata (pl.: ambulánslap, 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.

#### IV.3.2.5. 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.

Ha a biztosító a telefonon közölt tünetek, panaszok alapján azt javasolja, akkor haladéktalanul mentőt kell hívni vagy azonnal el kell menni a sürgősségi ügyeletre.

### IV.4. A szolgáltatások korlátozásának esetei

- IV.4.1. A szolgáltatásszervező elutasítja a szolgáltatás megtérítését, amennyiben a szolgáltatási igényre a biztosítási fedezet nem terjed ki.**
- IV.4.2. 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.**
- IV.4.3. 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, azokért az egészségügyi szolgáltató tartozik felelősséggel.**

### IV.5. A szolgáltatások igénybevételéhez (előzetes engedélykéréshez, vagy számla ellenében történő utólagos térítéshez) szükséges dokumentumok

A biztosító az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összegszerűségének megállapításához szükséges:

- IV.5.1. A szolgáltatás teljesítéséhez a jelen feltételekben meghatározott dokumentumok benyújtását kéri.**
  - a vizsgálatot/beavatkozást szükségessé tevő betegség, tünet, panasz teljes körlefolysását tartalmazó orvosi dokumentumok (ambuláns lapok, zárójelentések stb.), beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát is,
  - az elvégzendő vizsgálatra/ beavatkozásra vonatkozó orvosi javaslatot tartalmazó ambuláns lap/zárójelentés.
- IV.5.2. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükség esetén jogosult bekérni az alábbi dokumentumok másolatát is, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják:**
  - 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); 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;
  - A biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumai: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok;
  - 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 adatbekerítéshez szükséges meghatalmazása alapján);
  - Az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített magyar nyelvű hiteles fordításának benyújtását;
  - A biztosító kérheti a fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását és bármely az ügyfél által megválasztott adathordozón történő benyújtását.
- IV.5.3. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához - a szolgáltatási igény biztosítóhoz való beérkezését követő 15 napon belül indított megkeresése alapján - egyéb iratokat is beszerezhet, melyről az ügyfelet tájékoztatja.**
- IV.5.4. A biztosító teljesítésének ideje**
  - A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül teljesíti vagy elutasítja a IV.3.2.1.d pontban foglaltak figyelembe vételével.
  - A biztosító iratbeszerzés esetén a szolgáltatási igényről legkésőbb az igény beérkezését követő 120 napig köteles dönteni és döntéséről az ügyfelet tájékoztatni a IV.3.2.1.d pontban foglaltak figyelembe vételével.
  - Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére nem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

## V. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL A KÖLTSÉGTÉRÍTÉSES SZOLGÁLTATÁSOK ESETÉBEN

- V.1. Ha a biztosított a jelen Feltétel II.3.5. pontjában szabályozott közlési-, és változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be kivéve, ha bizonyítják, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:**
  - a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosított jogviszony kezdetekor ismerte;
  - a biztosított a közlési és változásbejelentési kötelezettségét megsértette, 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 jelen általános feltételek II.6.3. pontjában szabályozott szerződésmódosítási illetve szerződésmegszüntetési lehetőségével;
  - az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

- V.2. A biztosító mentesül a szolgáltatások teljesítése alól, ha a biztosító bizonyítja, hogy a biztosítási esemény alapjául szolgáló eseményt jogellenesen és szándékosan vagy jogellenesen és súlyosan gondatlan magatartással a biztosított okozta.
- V.3. 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. Ha a biztosított ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a biztosított az őt 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.

## VI. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

- VI.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, határviellonások, felkelés.
- VI.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.
- VI.3. A biztosító kockázatviselése a VI.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.
- VI.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.
- VI.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett eseményre, ha
- az esemény a biztosított rendszeres alkohol-fogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedésével okozati összefüggésben következett be kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
  - a biztosított az esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt. Ha történt véralkohol vizsgálat, a jelen pont szempontjából alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5%-ot meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8%-ot meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció,
  - a biztosított érvényes vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett,
  - a biztosított az esemény időpontjában alkohol fogyasztása ellenére vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.
- VI.6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakkal összefüggő egészségügyi szolgáltatásokra, amelyek oka részben vagy egészben:
- a terhesség, szülés, gyermekágy,
  - az emberi reprodukcióra (beleértve a mesterséges megtermékenyítést és annak bármely formáját, valamint a kizárólag a meddőség megszüntetése miatti eseményeket is) irányuló eljárások, az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatások,
  - 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,
  - a sterilizáció,
  - a nemi jelleg megváltoztatása,
  - az olyan egynapos sebészet, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása,
  - orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés,
  - az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,
  - protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése,
  - a fogászati, szájsebészeti ellátások és kezelések,
  - bennalvások alvásvizsgálat (somnia, polysomnia),
  - védőoltás vakcinájának beszerzése, költségtérítése, beadása,
  - gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz,
  - emeren végzett orvostudományi kutatások,
  - 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 a NEAK (OEP) által be nem fogadott illetve nem finanszírozott eljárások, eszközök és gyógyszerek költségei,
  - jogszabályban meghatározott nem-konvencionális eljárások,
  - az alábbi fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények: TBC, tetanusz, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis miatti események (STD),
  - szaruhártyán végzett látásjavító műtét, beavatkozás,



- s) pre- és posztoperatív vizsgálat, kivéve a biztosító által finanszírozott egynapos sebészeti beavatkozásnál a IV.2.2.2. pontban meghatározott szolgáltatásokat az egynapos sebészeti beavatkozásra vonatkozó limit erejéig,
- t) jogszabályban meghatározott megelőzés, és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, állapotfelmérések.

#### VI.7. Sporttartalmak kizárása

Ha a biztosított a biztosítotti jogviszony létrejöttkor, illetve azt megelőzően legalább 3 éven keresztül a jelen általános feltételek VII. 3. 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 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, korfball, 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, siakrobatika, síugrás, szánkó, bob, gyorskorcsolyázás, jégtánc, műkorcsolya, jégkorong.

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

## VII. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

### VII.1. Elévülési idő

A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 2 év.

### VII.2. 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.

### VII.3. A biztosított sporttevékenységének minősítése

- VII.3.1. Jelen általános feltételek szempontjából **kiemelt sportoló:** az a biztosított, aki sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet, továbbá aki külföldi sportszövetség feltételei szerint megszerzett sportolói engedéllyel rendelkezik.
- VII.3.2. Jelen általános feltételek szempontjából **versenyző sportoló** az a biztosított (továbbiakban: versenyző sportoló), aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolónak 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.).
- VII.3.3. Jelen általános feltételek szempontjából **hobby sportoló** az a biztosított, aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolónak és nem versenyző sportolónak végez.

### VII.4. Értelmező rendelkezések

**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 feltételek alkalmazásában nem minősül balesetnek pl. a szívinfarktus, az agyi érkatasztrófa (stroke), az ájulás (collapsus).

**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 egynapos sebészeti beavatkozáshoz való hozzáférést abban a – mentőápolói felügyeletet nem igénylő – esetben, amikor az egészségügyi ellátás elérhetősége egészségi állapota miatt másként nem biztosítható.

**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 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.

**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 kísérelvel elhagyhatja az ellátó intézményt.

**Generali Navi vonal:** telefonos szolgáltatás, melyen keresztül előzetes engedélyt, illetve költségvállaló nyilatkozatot lehet igényelni a biztosítás által térített szolgáltatásokra.

**Járóbeteg-szakellátás:** szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű szakorvosi egészségügyi 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.

**Éves limit/fedezet:** a jelen feltétel IV.2. pontjában meghatározott, a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összeghatár (éves limit), amely felett a Biztosító a biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott Biztosított vonatkozásában a folyamatban lévő biztosítási év alatt (a biztosítási év augusztus 1-től július 31-ig tart) további szolgáltatás nyújtására nem köteles.

**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 keringésjavítást- és/vagy fájdalomcsillapítást célzó infúziós kezelések, fizioterápia a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatásterápia, a gyógyászati segédeszköz ellátás és ezek használatának betanítása is, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézeti-, gyógyfürdői-, gyógyüdülői, geriatrai-, 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.

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

**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.

**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 igénybevételének 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 vizsgálat, 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.

## VIII. AZ ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ÉS A SZOKÁSOS SZERZŐDÉSES GYAKORLATTÓL LÉNYEGESEN ELTÉRŐ RENDELKEZÉSEI

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a **Generali Navigátor egészségbiztosítás általános szerződési feltételeinek azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) rendelkezéseitől és a szokásos szerződéses gyakorlattól lényegesen eltérnek.**

### VIII.1. A szerződés létrejötte

Jelen feltételek II.2.3. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:475. § – **a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához és megszüntetéséhez a biztosított hozzájárulására nincs szükség.**

Jelen feltételek II.6.2. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:490. § (2) bekezdésétől – a biztosítási szerződést a **biztosító is** jogosult rendes felmondással megszüntetni.

### VIII.2. A biztosító mentesülésének feltételei

Jelen feltételek V. pontjában foglalt mentesülési szabálya eltér a Ptk. 6:464.§ (1) bekezdésében meghatározott mentesülési feltételtől, annyiban, hogy **csak a biztosított** jogellenes és szándékos vagy jogellenes és súlyosan gondatlan magatartása eredményezi a biztosító mentesülését.

### VIII.3. Az elévülési időszak tartama

Jelen feltételek VII.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.

### VIII.4. Fedezetfeltöltés/Limitfeltöltés

Jelen feltételek IV.2. pontjában meghatározott éves limitek (fedezet) tekintetében a Ptk. 6:461. §-ban foglaltaktól eltérően a Biztosító az éves limit csökkentését a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg közölt figyelemfelhívás és a fedezetfeltöltési díj közlése nélkül is alkalmazhatja.