



Biztosító

A GB271 JELŰ GYÓGYTÁRS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓJA

1. A feltételek tartalma

Jelen GyógyTárs Egészségbiztosítási Szerződési Feltételek azokat a kikötéseket tartalmazzák, amelyeket a Groupama Garancia Biztosító Zrt. (továbbiakban biztosító) GyógyTárs Egészségbiztosítás elnevezésű egészségbiztosítási szerződéseire alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e feltételek-re hivatkozással kötötték.

Az ajánlat, az ajánlathoz kapcsolódó nyilatkozatok, az egészségi nyilatkozat, a szerződési feltételek és a kötvény a felek közötti megállapodás valamennyi feltételét tartalmazzák, így a korábbi megállapodások, nyilatkozatok hatályukat veszítik, és nem képezik jelen szerződés részét.

2. Értelmező rendelkezések

2.1. Akut egészségügyi ellátási eset: Azok az egészségügyi akut állapotok – akár krónikus betegséggel kapcsolatban is –, amikor olyan tünetek azonosíthatók, amelyek alapján az orvosok szakmai szabályok szerint 48 órán belül orvosi ellátásra van szükség.

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

2.3. Baleset: A biztosítás tartama alatt a biztosított akaratától független, egyszeri és hirtelen fellépő külső, fizikai és/vagy kémiai behatás, amelynek következtében a biztosított a biztosítás tartama alatt testi sérülést szenved.

2.4. Betegség: Az orvostudomány aktuális, általánosan elfogadott álláspontja szerint a biztosított egészségében bekövetkező rendellenes testi vagy szellemi állapot, mely nem minősül baleseti eredetűnek és objektív tüneteket mutat.

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

2.6. Biztosítási fedezet: Olyan egészségügyi szolgáltatások, szolgáltatásfajták, amelyek igénybevételére a biztosított a biztosítóval megkötött biztosítási szerződésének hatálya és az általános feltételek szabályozásai alapján jogosult.

2.7. Diagnosztikai vizsgálat: A biztosított panaszának okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló – kizárólag orvos által elrendelt – orvosi vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása.

2.8. Egészségügyi dokumentum: Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, a hatályos jogszabályok („az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény” és „az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény”) alapján és az egészségügyi, orvosszakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy

formájától. A feltételek alkalmazásában, jogszabályokban meghatározott egészségügyi dokumentumok különösen a részben jogszabályban is szabályozott alábbi iratok:

- ambuláns lap;
- kórházi zárójelentés;
- műtéti leírás;
- vizsgálati lap;
- ápolási-, illetve ellátási dokumentáció;
- vizsgálati lelet;
- orvosi szakvélemény;
- laborlap, laborlelet;
- diagnosztikai- vagy szövettani vizsgálatok során készült felvételek;
- vény (másolat);
- beutaló (másolat).

2.9. Egészségügyi ellátásszervező partner: A biztosító egészségügyi ellátásszervező partnere a Europ Assistance Magyarország Kft. (székhely: 1134 Budapest, Dévai utca 26-28.)

2.10. Egnapos sebészeti ellátás: 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.

2.11. Ellátásszervezés: A biztosított egészségügyi ellátásának menedzselése, az egészségügyi ellátások és az ellátások útjának figyelése, ellenőrzése, kapcsolattartás a biztosított ellátását végző egészségügyi szolgáltatókkal, biztosított által az egészségügyi ellátásszervezőnél, vagy rajta keresztül, az ellátásszervező szervezésében és tudtával, illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások adminisztrálása.

2.12. Ellátásszervező: Az ellátásszervezést végző fél.

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

2.14. Fekvőbeteg-ellátás (kórházi ellátás) VIP szinten: A biztosító által támasztott minőségi követelményeknek megfelelő aktív vagy mátrix jellegű kórházi osztályon, egy- vagy kétágyas szobában történő, kiemelt színvonalú fekvőbeteg-ellátás.

2.15. Groupama Gyógyvonal: Az év 365 napján non-stop elérhető telefonos szolgáltatás, amely egyrészt orvosszakmai tanácsadást és egészségüggyel kapcsolatos információkat nyújt a biztosítottak számára, másrészt szükség esetén megszervezi a biztosítottak egészségügyi szolgáltatásait.

2.16. Háziorvos: A hozzá bejelentkezett páciensek egészségügyi ellátását jogszabályok alapján koordináló, illetve számukra egészségügyi alapellátást nyújtó orvos.

2.17. Házivizit: A biztosított lakhelyén, illetve tartózkodási helyén (otthonában) – a Groupama Gyógyvonalon keresztül bejelentett ellátási esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás. Ennek során a biztosított-hoz háziorvosi jellegű ellátást nyújtó orvost küldenek. A házivizit szolgáltatást a biztosító orvosszakmailag indokolt, akut esetekben nyújtja.

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

2.19. 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.

2.20. Keresőképtelenség: A biztosított egészségében bekövetkező romlás, amelynek következtében a biztosított saját jogon – az arra jogosult kórház, illetve orvos által igazoltan – a magyar társadalombiztosítási szabályokban foglaltak szerint keresőképtelen állományba kerül, és betegszabadságra vagy táppenzre jogosult.

2.21. Krónikus betegség: Olyan diagnosztizált betegség vagy orvos által minősített állapot, amely állandó vagy időszakos járóbeteg- és/vagy fekvőbeteg-ellátást, kórházi tartózkodást igényel, és amelyet lassú kialakulás és/vagy hosszú távú lefolyás (legalább 3 hónap) – közben akár akut periódusok előfordulása vagy a tünetek csökkenése, illetve enyhülése – jellemez.

2.22. Laborvizsgálat: Emberi szövetrészeket (pl. vér) és biológiai produktumok (vizelet, széklet, sebváladék stb.) laboratóriumi körülmények közötti fizikai, kémiai és biológiai módszerekkel való vizsgálata a minták kvalitatív, kvantitatív összetételének, biológiai aktivitásának és fertőzőtségének megállapítása céljából.

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

2.24. Rehabilitáció: 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, geriátriai-, szociális otthoni-, alkohol- és kábítószereivonói, valamint egyéb szanatóriumi-rehabilitációs intézeti ellátások.

2.25. Retteggett betegségek: Jelen biztosítási feltételek vonatkozásában az alábbi meghatározások értendők retteggett betegségek alatt.

Roszzindulatú daganatos megbetegedések: rákok; ideértve a laphám- és mirigyhámrákokat, szarkómák, egyéb lágyszövet daganatok; ideértve a savóshártya daganatokat is; limfómák (Hodgkin és non-Hodgkin); leukémiák; egyéb megnevezett és lokalizáció-specifikus típusok; meghatározatlan rákok. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia. Jelen biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:

- Roszzindulatú daganatokat eredményező HIV (Humán Immundeficiencia Vírus) betegség (BNO B21), ideértve a Kaposi szarkómát eredményező HIV betegséget is (BNO B21.0).
- A bőr rosszzindulatú melanómája (BNO C43), amennyiben tumorvastagsága (Breslow szerint mérve) kevesebb, mint 1,5 mm és inváziós mélysége maximum Clark II. szint.
- Myeloid leukémia (BNO C92)

- In situ daganatok (BNO D00-D09) – beleértve a méhnyak intraepiteliális neopláziója (CIN I-III) súlyos fokú displáziával vagy anélkül.
- A bőr fokozott elszarusodással járó állapotai, bazál- és pikkelysejtes karcinómái – kivéve áttéteket képező esetekben.
- Prostatarák TNM 1(a) és TNM 1(b) vagy ennél alacsonyabb stádiumba sorolt esetei.

Szívroham: Heveny szívizomelhalás (BNO-kód: I21) diagnosztizálása, mely esetben a diagnózist kardiológus szakorvosnak kell igazolnia.

Szívkoszorúér megkerülő műtétei (by-pass): A szívkoszorúér by-pass beültetés azt jelenti, hogy szívsebész szakorvos tanácsára aktuális by-pass műtétet hajtanak végre, hogy a koszorúerek elzáródását vagy szűkületét korrigálják. Nem minősülnek by-pass műtétnek az olyan nem műtéti technikák, mint például az érplasztika, a lézeres kezelés vagy nem sebészeti eljárások.

Stroke (maradandó agykárosodások): A stroke az agyműködés vérellátási zavara által okozott, globális vagy fokális zavarral jellemezhető, gyorsan kialakuló klinikai tünetegyüttes, amely több mint 24 órán keresztül áll fenn vagy halált okoz, s amelynek bizonyíthatóan nincs más oka, mint az agyi érrendszerben kialakult elváltozás.

Krónikus veseelégtelenség: A vesék működésének krónikus visszafordíthatatlan leállását jelentő betegség utolsó szakasza, amelynek eredményeként rendszeres dialízist végeznek vagy veseátültetést hajtanak végre.

Alapvető szerv átültetése: Olyan szerv- vagy csontvelőátültetés, ahol a szerv: az emberi test olyan része, amely szövetek meghatározott szerkezetű egysége, és amely megtartja szerkezetét, érzettségét és azt a képességét, hogy jelentős önállósággal élettani funkciókat tartson fenn, valamint a szerv egy része, amennyiben működése az emberi szervezetben ugyanazt a célt szolgálja, mint az egész szerv, ideértve a szerkezet és érzettség követelményét is.

Vértranszfúzióból származó HIV fertőzés diagnosztizálása: A biztosított személy HIV fertőzött, ha:

- a fertőzés olyan transzfúzióknak tulajdonítható, melyet a biztosított a biztosítási szerződés megkötése után kapott;
- a transzfúziót végző intézmény elismeri a felelősséget;
- életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

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

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

2.28. 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 vizsgálata, egészségi állapotának észlelése, alkalmoszerű és azonnali ellátást igénylő beavatkozások elvégzése, illetőleg fekvőbeteg-ellátó intézetbe történő azonnali ellátási eset miatti beutalása, valamint a külön jogszabályokban meghatározott eljárásokban való részvétel.

2.29. Várakozási idő: A biztosítási szerződésben/kötvényen megadott, a biztosított belépése napjától, mint kockázatviselési kezdetétől, számított időszak, ami alatt a biztosító biztosítottokra vonatkozó kockázatviselése korlátozott.

2.30. Védőoltás: A hatályos jogszabályok szerint engedélyezett vakcina (illetve annak beadása), mely olyan hatóanyagokat tartalmaz, amelyek fertőző betegség(ek)kel szembeni aktív, illetve passzív védettség kialakítására alkalmasak, s így védőoltás beadásával a fertőző betegségek terjedése

megelőzhető, vagy megbetegedés esetén a gyógyulás elősegíthető, illetve megelőzhető a krónikus szövődmények kialakulása.

2.31. Fogyasztó: A szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

2.32. Vállalkozás: A szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körében eljáró személy.

2.33. Hozzáértő: A házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér, a féltestvér, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona, testvére, valamint a testvér házastársa.

2.34. Közeli hozzáértő: A házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér, a féltestvér.

3. A szerződés alanyai

3.1. Biztosító: A Groupama Garancia Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a jelen szerződésben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

3.2. Szerződő: Az a személy, aki az ajánlatot teszi, a biztosítóval a biztosítási szerződést megkötí és a biztosítás díját fizeti, köteles a jognyilatkozatok megtételére, és akihez a biztosító nyilatkozatait intézi. A szerződő azonos is lehet a biztosítottal. Biztosítási szerződést az köthet, aki valamely személyhez fűződő jogviszonya alapján a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt, vagy aki a biztosítást ilyen személy (biztosított) javára köti meg. Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítás tartama alatt vagy a biztosított belépéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

3.3. Biztosított: A biztosított olyan, Magyarország területén állandó lakóhellyel rendelkező természetes személy, aki a magyar kötelező egészség-biztosítás rendszerében biztosított, vagy az egészségügyi szolgáltatásra egyéb jogcímen jogosult, továbbá érvényes társadalombiztosítási azonosító jellel (TAJ szám) rendelkezik (állampolgárságtól függetlenül) és **a kockázatviselés kezdetéig betöltötte a 18. életévét, de a 60. életévét nem töltötte be.**

3.4. Nem lehet biztosított az a személy, aki versenyző sportoló. A versenyző sportoló meghatározását a jelen szerződési feltétel 20.1. pontja (A biztosított sporttevékenységének minősítése) tartalmazza. **Amennyiben a biztosító kockázatviselésének tartama alatt a biztosított versenyző sportolóvá válik, az a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezi.** Ebben az esetben a biztosító a 13.2. pontban foglaltak szerint jogosult eljárni.

3.5. Kedvezményezett: A kedvezményezett az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult. A jelen feltételek alapján létrejött szerződés esetében kedvezményezettnek a biztosított minősül.

3.6. Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés létrejöttéhez és a szerződés adott biztosítottra vonatkozó részének módosításához az adott biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

3.7. Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

3.8. A biztosított a biztosítási szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. Ennek következtében a szerződés az aktuális biztosítási év végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe szerződként belép.

3.9. A biztosított a biztosítási szerződésbe szerződként beléphet. A szerződő személyének változásáról a biztosítót írásban értesíteni kell. Ha a biztosított szerződként belép a biztosítási szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllal egyetemlegesen felelős. A biztosítási szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződő fél-

nek 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.

4. A biztosítási szerződés létrejötte

4.1. A szerződő a szerződés megkötését írásbeli ajánlattal kezdeményezi. A szerződő az ajánlatához annak megtételétől számított tizenöt – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napon belül kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény.

4.2. A szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal akkor jön létre, amikor a biztosító az ajánlat elfogadásáról és a fedezet igazolásáról a kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény.

4.3. Ha a kötvény a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a kötvény kézhezvételét követő tizenöt napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre. **Nem jön létre a szerződés, ha a biztosító az ajánlatot a kockázatfelmérésre nyitva álló tizenöt, illetve egészségügyi kockázatfelmérés esetén hatvan napos határidőn belül elutasítja.**

4.4. A biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül is létrejön a szerződés, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított tizenöt – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napon belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény.

4.5. Ha a kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény.

4.6. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító általános szerződési feltételeitől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el, vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

4.7. A biztosító a kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény. Kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napig van kötvény.

4.8. Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles indokolni.

4.9. Az egészségbiztosítási szerződést – a biztosítási kockázat jelentős növekedésének esetét kivéve – a biztosító nem mondhatja fel.

4.10. A biztosító a szerződkéntre irányuló ajánlat elfogadása előtt kockázatfelmérést végezhet. Ennek keretében a biztosító jogosult az ajánlaton közölt adatok ellenőrzésére, továbbá a kockázat elbírálása céljából kérdéseket feltenni a biztosított foglalkozásával, életkörülményeivel, szabadidős és sporttevékenységével kapcsolatban, valamint kérdéseket tehet fel a biztosított egészségi állapotával kapcsolatban az egészségi nyilatkozaton, orvosi vizsgálatot írhat elő.

Ha a kockázatfelmérés során a biztosító egészségügyi kockázatfelmérést

végez, az azt jelenti, hogy a biztosított korától, a biztosítási összeg nagyságától, valamint az egészségi nyilatkozaton feltett kérdésekre adott válaszoktól függően orvosi vizsgálatot írhat elő, illetve a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos orvosi dokumentációkat (kezelőorvosi orvosi dokumentációk, orvosi vizsgálat eredményei, orvosszakértői véleményezések) kérhet be.

4.11. A szerződő és biztosított írásbeli nyilatkozata, illetőleg a biztosító írásban feltett kérdéseire adott válaszaik a biztosítási ajánlat részét képezik.

4.12. A szerződő és a biztosított köteles a biztosító esetleges kockázatbírálása során, illetve a szerződés tartama alatt a biztosítóval együttműködni. A szerződő és a biztosított az együttműködési kötelezettsége alapján köteles a kockázatbíráláshoz szükséges, a biztosító által kért adatközlést teljesíteni, a bejelentett adatok ellenőrzését lehetővé tenni, továbbá a biztosított előre egyeztetett helyen és időben orvosi vizsgálaton megjelenni.

5. A biztosító kockázatviselésének kezdete

A biztosító kockázatviselése a felek által a biztosítási ajánlaton meghatározott időpontban, ha a felek erről nem rendelkeztek az ajánlaton, az ajánlat biztosító részére történt átadását követő nap 0 órájaktól kezdődik. A kockázatviselés kezdő időpontja nem lehet korábbi, mint az ajánlat biztosítónak történt átadását követő nap 0 órája. Amennyiben az ajánlaton a kockázatviselés kezdő időpontjaként korábbi időpont került feltüntetésre, mint az ajánlat biztosítónak történt átadását követő nap, úgy a kockázatviselés kezdő időpontjának az ajánlat biztosítónak történt átadását követő nap 0 óráját kell tekinteni.

6. Várakozási idő

6.1. A biztosító a biztosítási szerződésben várakozási időt köt ki, amelynek időtartama a szerződés létrejöttétől számított 3 (három) hónap.

6.2. A biztosító a várakozási idő alatt kizárólag az alábbi szolgáltatásokat nyújtja.

- A balesetből eredő akut és tervezhető ellátási esetekben a biztosítottottra vonatkozó szolgáltatási csomag tartalma szerint szolgáltat;
- nem balesetből eredően csak akut ellátási esetekben és kizárólag a járóbeteg-szakellátáson belül általános belgyógyászati vizsgálatot, a Komplex szolgáltatási csomag tartalma szerinti labor és diagnosztikai vizsgálatokat (lásd 2. számú melléklet) nyújt, valamint
- a Groupama Gyógyvonal szolgáltatásait – kivéve az egészségügyi szolgáltatás, ellátás megszervezése – biztosítja.

7. Kockázatbíráláshoz kötött szerződésmódosítási esetek

7.1. A biztosító a biztosítási szerződés fennállása alatt a szerződő által kezdeményezett, a szerződés keretén belül választott szolgáltatási csomagnál szélesebb körű szolgáltatást nyújtó szolgáltatási csomagra irányuló szerződésmódosítási igény elbírálásával kapcsolatban kockázatbírálást végezhet vagy az igényt indoklás nélkül elutasíthatja.

7.2. A kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel kapcsolatos módosítási igényt teljesíteni vagy elutasítani. A biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos módosítási igény teljesítéséről, annak feltételeiről vagy elutasításáról a szerződőt írásban tájékoztatja. Amennyiben a biztosító a szerződő által kezdeményezett szerződésmódosítási igényt elfogadja, úgy a szerződés módosítása az elfogadást követő biztosítási évfordulótól kezdődően válik hatályossá.

7.3. A 7.1. és a 7.2. pont szerinti szerződésmódosítás esetén a várakozási idő az új szolgáltatási csomagban szereplő új szolgáltatástípusok tekintetében a szerződésmódosítás hatálybalépésétől kezdődő 3 (három) hónapos időtartam.

8. A biztosítási időszak

8.1. A biztosítási időszak az az időtartam, amelyre a biztosító a biztosítási díjat kalkulálja, és amely időszakra a szerződő a biztosítási díj megfizetésére köteles.

8.2. A biztosítási időszak egy év.

8.3. A biztosítási évforduló napja minden évben a szerződés létrejöttének napja.

9. A biztosítás tartama

A biztosítási szerződés határozott tartamra jöhet létre, legfeljebb azonban a biztosított 65. életévének betöltéséig tart.

10. A biztosítás területi hatálya

A biztosító kockázatviselése Magyarország területére, a Magyarországon igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

11. A biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatásai

11.1. Biztosítási eseménynek az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele minősül, amelyet a biztosított a várakozási időre is tekintettel, a kockázatviselési tartam alatt a biztosított előzmény nélküli balesete, betegsége, kóros állapota miatt a biztosító ellátásszervezőjén keresztül, az ellátásszervező szervezésében, tudtával, illetve előzetes jóváhagyásával vett igénybe.

11.2. A biztosítottnak a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott, kórismézett vagy kezelést igénylő betegségével, kóros állapotával vagy megállapított maradandó egészségkárosodásával okozati összefüggésben a kockázatviselés ideje alatt a biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatás kizárólag abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha

- az említett sérülésről, betegségről, egészségi problémáról, egészségkárosodásról a biztosító a szerződés létrejöttét megelőzően a kockázatbírálás során vagy más bizonyítható módon tudomást szerzett, vagy
- erről a körülményről a biztosított kockázatbíráláshoz szükséges nyilatkozataiban a közlési kötelezettségének megfelelően tájékoztatta a biztosítót, és a biztosító nem zárta ki a kockázatviseléséből ezeket a szolgáltatási igényeket, hanem vállalta a kockázatot.

11.3. A biztosítási esemény időpontja az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének napja. Több napon át tartó szolgáltatás esetén a biztosítási esemény időpontja az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének első napja.

11.4. Biztosítási eseménynek minősülnek továbbá az alábbiak is:

- Valamely **rettegett betegség diagnosztizálása** a biztosítottnál abban az esetben, ha a biztosított a diagnosztizálást követő 31. napon életben van. A biztosítási esemény időpontja ebben az esetben a diagnosztizálást követő 31. nap.
- A biztosított egészségében bekövetkező olyan romlás, amelynek következtében a biztosított saját jogon – az arra jogosult kórház, illetve orvos által igazoltan – a magyar társadalombiztosítási szabályokban foglaltak szerint **keresőképtelen állományba** kerül és legalább 31 napon keresztül folyamatosan keresőképtelen állományban van. A biztosítási esemény időpontja ebben az esetben a keresőképtelenség 31. napja.
- Ezekben az esetekben a biztosító a választott csomagtól függően az alábbi biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére.
- Rettegett betegség diagnosztizálása** esetén a biztosító által nyújtott szolgáltatás **Komplex csomag** esetében 250 000 forint, **Plusz csomag** esetében 400 000, **Maximum csomag** esetében pedig 600 000 forint, amennyiben a biztosított a diagnosztizálást követő 31. napon életben van. A biztosító a **rettegett betegségek** esetében csak akkor nyújt szolgáltatást, ha ugyanabba a csoportba tartozó **rettegett betegségre** a biztosított esetében korábban még nem történt kifizetés.
- A biztosító a biztosított saját jogú (tehát nem a biztosított gyermekének betegségéből és nem munkahelyi baleset és foglalkozási megbetegedés eredetű), legalább **31 napos összefüggő keresőképtelensége** esetén nyújt szolgáltatást. A biztosítási szolgáltatást a biztosító visszamenőleg, a keresőképtelenség első napjától kezdődően nyújtja. A biztosítási

szolgáltatás Komplex csomag esetében 1000 forint/nap, Plusz csomag esetében 3000 forint/nap, Maximum csomag esetében pedig 5000 forint/nap. A keresőképtelenségre vonatkozó fedezet egy biztosítási időszakon belül legfeljebb 200 naptári napra vehető igénybe mindhárom csomag esetében.

11.5. A biztosítás három különböző szintű csomagban köthető meg. Az egyes csomagok tartalmát az 1. melléklet tartalmazza.

11.6. A biztosító által nyújtott szolgáltatások részletes listáját a 2. melléklet tartalmazza.

11.7. Biztosítási esemény bejelentése

11.7.1. A 11.1. pontban meghatározott biztosítási események esetében a szolgáltatásszervezővel való kapcsolatfelvétel bejelentésnek minősül.

11.7.2. A 11.4. pontban részletezett biztosítási eseményt a szerződő fél, illetve a biztosított köteles a biztosítási esemény időpontját követően legfeljebb 15 napon belül a biztosítónak írásban bejelenteni. A biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bejelentésére vonatkozó kötelezettségét nem teljesíti, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik.

12. A biztosítási díj

12.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatvállalásának ellenértéke.

12.2. A biztosítási díjat a biztosító a kockázatelbírálás eredményének figyelembevételével határozza meg.

12.3. A biztosítás éves díjfizetésű lehet. A szerződő az éves díjat féléves, negyedéves vagy havi gyakorisággal is fizetheti.

12.4. A biztosító jogosult az ajánlattételkor a biztosítás legalább háromhavi díjának megfelelő díjelőleget beszedni, mely összeget kamatmentes előlegként kezel. Amennyiben a biztosítási szerződés létrejön, úgy a biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. Amennyiben a biztosítási szerződés nem jön létre, úgy a biztosító az addig befizetett előleget a szerződő részére az ajánlat elutasításától számított 8 napon belül kamatmentesen visszautalja.

12.5. Folyamatos díjfizetés esetén a biztosítás első háromhavi díját az ajánlat átadásakor, de legkésőbb a kockázatelbírálási idő végéig kell megfizetni. Minden későbbi díj pedig annak a díjfizetési időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

12.6. A biztosítási díj fizetése magyar törvényes fizetőeszközben esedékes.

12.7. A szerződés megszűnésének egyes eseteiben a biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért.

12.8. Amennyiben a szerződő a díjfizetés módjára vagy gyakoriságára tekintettel díjkedvezményben részesül, a díjfizetés módjának, illetve gyakoriságának megváltoztatása esetén a kedvezményt elveszti. Banki díjlehívásra adott meghatalmazás esetén, ha a biztosítási díj lehívása a szerződő érdekkörébe tartozó okból (ideértve a bank érdekkörébe tartozó okot is) nem hajtható végre, a biztosító jogosult a díjfizetési módot csekkes díjfizetésre módosítani.

12.9. A biztosító üzletkötője (függő ügynöke) jogosult a szerződőtől díj átvételére, de csak 100 000 Ft összeghatárig. Az OTP Bank Nyrt. ügyintézője nem jogosult díj átvételére, de az ügyfél az OTP Bankban befizethet a biztosító számlájára. Az alkusz és a többes ügynök díj átvételére nem jogosult, kivéve, ha a biztosítóval kötött egyedi megállapodás erre feljogosítja. A díj átvételére vonatkozó jogosultság fennállásáról az alkusz, a többes ügynök tájékoztatja a szerződőt. A biztosításközvetítő nem jogosult a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni.

12.10. A szerződő felek megállapodnak, hogy a díjszámításkor keletkező, 100 Ft-ot meg nem haladó díjhiány, illetve díjtöbblet érvényesítésétől kölcsönösen eltekintenek.

12.11. A szerződő a 100 000 Ft-ot meghaladó összegű biztosítási díjat csak banki átutalással teljesítheti.

12.12. A díjfizetés elmulasztása és annak következményei, maradékjogok

12.12.1. Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

12.12.2. Ha az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg, és a biztosító – a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok megfelelő alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés a befizetett díjjal arányos időtartamra marad hatályban.

12.12.3. A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt szerződés nem reaktiválható.

12.12.4. A szerződés maradékjoggal nem rendelkezik.

12.13. A biztosítási díj módosítása

Amennyiben a biztosítás kockázati viszonyai (vonatkozó szakmai irányelvek, protokollok és módszertani levelek, a biztosítási szolgáltatások igénybevételi gyakorisága vagy értéke) megváltoznak, akkor az egyes biztosítási időszakok kezdetével a biztosítónak jogában áll a biztosítási díjat megfelelően módosítani. A biztosító a biztosítási díjat biztosítási időszakonként egyszer, a megváltozott körülményekkel arányos mértékben, de legfeljebb 100%-os mértékben módosíthatja. A díj módosításáról a biztosító a biztosítási évfordulót megelőző 60. napig írásban értesítést küld a szerződőnek. Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban elutasítja a díjnak a kockázati viszonyok megváltozásából fakadó módosítását, illetve nem nyilatkozik, az elutasító nyilatkozat kézhezvételétől, illetve a határidő lejártától számított 30 napon belül, a biztosító jogosult a szerződést felmondani.

Amennyiben a szerződő 30 napon belül nem nyilatkozik, de díjeselekességgel a módosított biztosítási díjat fizeti meg, ez a díjmódosítás elfogadását jelenti.

13. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

13.1. A szerződő és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

13.1.1. A szerződő és a biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt (pl. a biztosított foglalkozása, sporttevékenysége vagy egyéb veszélyes tevékenysége, külföldre költözése) a biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.

13.1.2. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a szerződő és a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

13.1.3. A szerződő és a biztosított köteles a lényeges körülmények változását a biztosítónak 8 napon belül írásban bejelenteni.

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

13.1.5. A közlésre vagy a változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

- a) bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
- b) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

13.1.6. A közlésre és változásbejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

13.1.7. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik.

13.1.8. Ha a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt. A jelen bekezdés rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló ötéves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

13.2. A biztosító jogai lényeges körülményekről való tudomásszerzés esetén vagy lényeges körülmények változásának közlése esetén

13.2.1. Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

13.2.2. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.

13.2.3. Jelen szerződési feltételek szempontjából nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

14. Szolgáltatási limitek és fedezetfeltöltés

14.1. A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződés keretében igénybe vehető szolgáltatásokra éves szolgáltatási limiteket határoz meg a 2. számú mellékletben.

14.2. Az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási szolgáltatási összeg (szolgáltatások száma) az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken, kivéve, ha a szerződő a díjat megfelelően kiegészíti. A biztosító ezt a jogkövetkezményt abban az esetben alkalmazhatja, ha a fedezetfeltöltés lehetőségére legkésőbb a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg írásban felhívta a szerződő figyelmét, és a fedezetfeltöltés díját közölte.

15. A biztosító mentesülésének esetei

15.1. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási esemény alapjául szolgáló eseményt jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartással

- a szerződő vagy a biztosított, vagy
- velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.

15.2. Súlyos gondatlanságnak minősül különösen, ha a biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkeztében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 0,5%-ot meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció.

16. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események

16.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:

- ionizáló sugárzás;

- nukleáris energia;
- HIV-fertőzés (kivételek 2.25. és 11.4.a. szerinti);
- 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.

16.2. 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.

16.3. 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 öt évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző öt éven belül kóriszméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt;
- a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.

16.4. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított öngyilkossági kísérletével okozati összefüggésben álló eseményekre, még akkor sem, ha a biztosított az öngyilkossági kísérletet zavart tudatállapotban követte el.

16.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:

- a terhességgel, szüléssel, gyermekágyggyal összefüggő egészségügyi szolgáltatások;
- az emberi reprodukcióra irányuló – beleértve a mesterséges megtermékenyítést és annak bármely formáját, valamint a kizárólag a meddőség megszüntetése miatti eseményeket is – különleges eljárások, az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatások, kezeléseik;
- a művi terhességmegszakítás;
- a sterilizáció;
- a fogamzásgátlás;
- a nemi jelleg megváltoztatása.

16.6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:

- ápolás és hospice ellátás, életfenntartó beavatkozások, geriatriai ellátás, jogszabályban meghatározott krónikus betegségek rehabilitációja (ideértve a daganatos betegek rendszeres onkológiai kezelését), kezelése, gondozása (különösen gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra);
- állapotfenntartó infúziós kezelések (pl. akut tünetek nélküli keringésjavító kezelések, vitaminkúrák);
- reumatológiai kezelések;
- szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások, beleértve azok előkészítéséhez, illetve utógondozásához kapcsolódó ellátásokat is (kivéve a 2.25. pontban meghatározott szerv és szövetátültetések);
- protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése, cseréje;
- művesekezések;
- a fogászati ellátások és kezeléseik;
- a fekvőbeteg-ellátás, illetve egynapos sebészet, ha a biztosítotttra vonatkozó szolgáltatási csomag külön megjelölve nem tartalmazza azt, valamint az olyan fekvőbeteg-ellátás, illetve egynapos sebészet, ha a biztosítotttra vonatkozó szolgáltatási csomag külön megjelölve tartalmazza, de az ellátás célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapot romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása;

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

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

16.8. Sportártalmak kizárása

Ha a biztosított a biztosítási ajánlat megtételét megelőzően legalább 3 éven keresztül a jelen szerződési feltételek 20.1. pont szerint versenyzői szinten az alábbi sporttevékenységek bármelyikét űzte, és a sportolást az ajánlat megtételét megelőző 5 éven belül hagyta

abba, akkor a biztosított mindkét térde, bokája, válla és gerince a biztosítási védelemből kizárva, kivéve, ha a szolgáltatási igény alapja csonttörés, csontpedés.

Sporttevékenységek

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

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

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

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

17.A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosító kockázatviselése megszűnik abban az időpontban, amelyik az alább felsoroltak közül legkorábban bekövetkezik:

- a. A határozott tartam esetén a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban.
- b. A biztosított halálának napján 24 órakor.
- c. Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződőt a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késelelem nélkül bírósági úton érvényesíti.
- d. A szerződő rendes felmondása esetén: a biztosítási szerződést a szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával 30 napos felmondási idővel, a biztosítási időszak végére felmondhatja.
- e. A biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött biztosítási szerződés utólagos felmondása esetén (4.6. pont), vagy a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén a biztosító felmondásával a jelen szerződési feltételek 13.2. pontjában leírtak szerint.
- f. A biztosító általi felmondással a jelen szerződési feltételek 12.13. pontjában leírtak szerint.
- g. A biztosított által – amennyiben nem ő a szerződő fél – a biztosítási szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának írásbeli visszavonásával az aktuális biztosítási időszak végén, feltéve, hogy a biztosított a szerződésbe szerződőként nem lép be.

18. Elévülés

A biztosítási szerződésből származó igények 1 év alatt évülnek el.

19. Jognyilatkozatok

A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a szerződőnek az általa megadott, és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre. A biztosító a szerződőtől a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett.

20. Egyéb rendelkezések

20.1. A biztosított sporttevékenység minősítése:

Jelen feltételek szempontjából versenyző sportoló az a személy, aki sporttevékenységet folytat sportszervezettel munkaviszonyban állva vagy sportszerződés, vagy más, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretében.

20.2. A biztosítási fedezetet igazoló dokumentum megsemmisülése vagy elvesztése esetén a biztosító kérésre másolatot állít ki a dokumentumról.

20.3. A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog a magyar jog. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem érintett kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adójogi kérdésekben a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény, a társasági adóról és osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXV. törvény, az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény, és az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

20.4. Az alábbiakban röviden tájékoztatást nyújtunk a fontosabb adózási szabályokról. A tájékoztatás a 2014. július 1-jén hatályos jogszabályokon alapul, amelyek változhatnak. Az ügyfeleknek az alábbiakban felsorolt, az adózási kérdésekre vonatkozó alapvető szabályokat meghatározó jogszabályokat, azok változásait célszerű nyomon követniük.

a. Természetes személyek esetén:

- a/1. a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény;
- a/2. az egészségügyi hozzájárulásról szóló 1998. évi LXVI. törvény.

b. Munkáltatónak, kifizetőnek, illetve jogi személynek minősülő szerződők esetén az előbbieken túl:

- b/1. a társasági adóról és osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény;
- b/2. az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény.

20.5. Adómentes biztosítói szolgáltatásnak minősül a baleset- és betegségbiztosítás alapján nyújtott jövedelmet pótló szolgáltatás, feltéve, hogy a biztosítási díj vagy annak egy része a díjfizetés időpontjában adómentes bevételnek minősült azzal, hogy a biztosító adóköteles szolgáltatása utáni adókötelezettséget az elmaradt jövedelemre irányadó rendelkezések szerint kell meghatározni.

Fentiek alapján adómentes a betegségbiztosítás alapján nyújtott jövedelempótló szolgáltatás (napi térítésként vagy az eltelt napok száma alapján

meghatározott biztosítási összeg), ha nem haladja meg a jövedelemkiesés időszakára a napi 15 ezer forintot.

A kockázati biztosítás más személy által – az ugyanazon díjat fizető személy által ugyanazon biztosítottra tekintettel egy hónapra vonatkozóan a minimálbér 30 százalékát meg nem haladóan – fizetett díja (azonos szolgáltatási tartalommal rendelkező csoportos biztosítás esetében a fizetett díj egy biztosítottra jutó része) adómentes. Az értékhatár feletti rész az szja tv. 3.§ 89. pontja szerint adóköteles biztosítási díjnak minősül.

A biztosítási díj vállalkozás érdekében (adóalapban is) elismert költség, ha a biztosított az adózóval munkaviszonyban vagy önkéntes jogviszonyban álló magánszemély, az adózó vezető tisztségviselője, tevékenységében személyesen közreműködő tagja, vagy az adózónál jogszabályban meghatározott tanulószereződés alapján gyakorlati képzésben résztvevő szakképző iskolai tanuló.

20.6. A személyes adatkezelésre vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók, a biztosító elérhetőségeire (levelezési cím, telefonszám, honlapcím), felügyeleti szervére és a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos fogyasztóvédelmi eljárásokra vonatkozó tájékoztatás jelen feltételek részét képező, Tudnivalók elnevezésű külön dokumentumban találhatóak.

A biztosító legfontosabb adatai

Név: Groupama Garancia Biztosító Zrt.

Székhely: 1051 Budapest, Október 6. utca 20.

Levelezési cím: 1380 Budapest, Pf. 1049

Honlap: www.groupamagarancia.hu

Jogi formája: zártkörűen működő részvénytársaság (alapítva: 1987)

Céggjegyzékszám: Cg. 01-10-041071

Társaságunk a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál került bejegyzésre

1. melléklet: Az egyes fedezetcsomagok összehasonlító táblázata

Fedezet	Fedezetcsomag			Alkalmazott limitek/biztosítási időszak
	Komplex	Plusz	Maximum	
Asszisztencia (non-stop call center és ellátásszervezés)	igen	igen	igen	–
Szűrővizsgálatok	alap szűrőcsomag	bővített szűrőcsomag	bővített szűrőcsomag	legfeljebb egy alkalom
Járóbeteg-szakellátás	általános belgyógyászat, fül-orr-gégészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat, szemészet	általános belgyógyászat, fül-orr-gégészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat, szemészet, ortopédia, reumatológia, neuroológia, kardiológia, gasztroenterológia, diabetológia	általános belgyógyászat, fül-orr-gégészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat, szemészet, ortopédia, reumatológia, neuroológia, kardiológia, gasztroenterológia, diabetológia	–
Diagnosztikai vizsgálatok	Terheléses EKG, Holter EKG, EEG, EMG, ENG, CT, MR, Cardio CT, és PET/CT kivételével minden	Cardio CT és PET/CT kivételével minden	minden	–
Laborvizsgálatok	igen	igen	igen	–
Második orvosi vélemény	nem	igen	igen	legfeljebb egy alkalom
Egynapos sebészet	nem	igen	igen	legfeljebb egy alkalom
Betegszállítás	nem	igen	igen	legfeljebb 500 km
Házivizit	nem	nem	igen	legfeljebb hat alkalom
Aktív fekvőbeteg-ellátás VIP szinten	nem	nem	igen	legfeljebb 60 napra
Keresőképtelenség (napi) a 31. naptól	1 000 Ft	3 000 Ft	5 000 Ft	legfeljebb 200 napra
Rettegett betegség (31 napos túlélés esetén)	250 000 Ft	400 000 Ft	600 000 Ft	csak abban az esetben, ha az adott betegségre korábban nem történt kifizetés

2. melléklet: A biztosító szolgáltatásai

1. Groupama Gyógyvonal

Biztosítási szolgáltatás

A biztosító az egészségügyi szolgáltató partnerén keresztül a hét minden napján 24 órás rendelkezésre állást biztosít egészségbiztosítási call centeréhez. A kijelölt telefonszámon az alábbi szolgáltatásokat veheti igénybe a biztosított:

- információ kérése egészségügyi intézmények nyitva tartásáról, rendelési idejéről;
- információ kérése közfoglalmú gyógyszertárak nyitva tartásáról;
- információ kérése a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátó intézmények, kórházak területi ellátási kötelezettségeiről;
- információ kérése a betegszállításról;
- általános tanácsadás a biztosított egészségügyi problémáira;
- tanácsadás kérése elsősegélyt igénylő esetekben;
- szükség esetén egészségügyi szolgáltatás, ellátás megszervezése.

Biztosítási szolgáltatási limit

A Groupama Gyógyvonal szolgáltatása a fenti biztosítási események esetén korlátlan alkalommal igénybe vehető mindhárom csomagban.

2. Alap szűrővizsgálati csomag

Biztosítási szolgáltatás

A biztosító szolgáltatása a szűrőcsomag vizsgálatainak megszervezése, finanszírozása és az eredmények biztosítással történő közlése az alábbi tartalommal:

- Belgyógyászati vizsgálat (benne nyugalmi EKG)
- Szájüregi onkológiai vizsgálat
- Laborvizsgálatok:
 - 50 éves kortól széklet immun-vérteszt;
 - 40 év feletti férfiaknál PSA tumormarker vizsgálat;
 - teljes vérvkép, süllyedés;
 - teljes vizelet + üledék;
 - májfunkció (GOT, GPT, GGT, ALP);
 - vércukor, összkoleszterin, HDL-koleszterin, LDL-koleszterin, triglicerid;
 - vesefunkció (kreatinin);
 - HgbA1c (hemoglobin A1c).

Biztosítási szolgáltatási limit

Az alap szűrővizsgálati csomag egy biztosítási időszakon belül legfeljebb egy alkalommal vehető igénybe a Komplex csomag esetében.

3. Bővített szűrővizsgálati csomag

Biztosítási szolgáltatás

A biztosító szolgáltatása a szűrőcsomag vizsgálatainak megszervezése, finanszírozása és az eredmények biztosítással történő közlése az alábbi tartalommal:

- Belgyógyászati vizsgálat (benne nyugalmi EKG)
- Szájüregi onkológiai vizsgálat
- Urológiai vizsgálat
- Nőgyógyászati vizsgálat (citológia, hüvelyi ultrahang, emlővizsgálat – 40 éves kor alatt emlő UH, 40 éves kortól mammográfia)
- Szemészeti vizsgálat
- Mellkas röntgen
- Laborvizsgálatok:
 - 50 éves kortól széklet immun-vérteszt;
 - 40 év feletti férfiaknál PSA tumormarker vizsgálat;
 - teljes vérvkép, süllyedés;
 - teljes vizelet + üledék;
 - májfunkció (GOT, GPT, GGT, ALP);
 - vércukor, összkoleszterin, HDL-koleszterin, LDL-koleszterin, triglicerid;
 - vesefunkció (kreatinin);
 - HgbA1c (hemoglobin A1c).

Biztosítási szolgáltatási limit

A bővített szűrővizsgálati csomag egy biztosítási időszakon belül legfeljebb egy alkalommal vehető igénybe Plusz és Maximum csomag esetén.

4. Járóbeteg-szakellátás

Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási szolgáltatás a biztosítottnak a kockázatviselési tartamon belül, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező váratlan betegsége, egészségügyi panaszja miatt szükségessé váló egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg-szakellátás keretén belül valósul meg, amelyben az orvosilag indokolt és szükséges az alábbi orvosszakmák valamelyikében:

- Általános belgyógyászat;
- Fül-orr-gégészeti;
- Nőgyógyászat;
- Urológia;
- Bőrgyógyászat;
- Szemészet;
- Ortopédia;
- Reumatológia;
- Neurológia;
- Kardiológia;
- Gasztroenterológia;
- Diabetológia.

Biztosítási szolgáltatási limit

Járóbeteg-szakellátás a Komplex csomag, a Plusz csomag és a Maximum csomag esetében is korlátlan alkalommal vehető igénybe az egyes biztosítási időszakokban.

5. Diagnosztikai vizsgálatok

Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási szolgáltatás a biztosított panaszja okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló – kizárólag orvos által elrendelt – orvosi vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása. A biztosító szolgáltatása Maximum csomag esetén az alábbi diagnosztikai vizsgálatokra terjed ki (a Komplex és Plusz csomagok tartalmát az 1. melléklet tartalmazza):

- kétirányú mellkas röntgen;
- natív hasi röntgen;
- emlő mammográfiai vizsgálata;
- hasi- és kismedencei ultrahang;
- nyaki erek ultrahangos vizsgálata;
- pajzsmirigyultrahang;
- emlőultrahang;
- szívultrahang;
- hüvelyi ultrahang;
- ízületi ultrahang;
- nyugalmi EKG-vizsgálat;
- terheléses EKG-vizsgálat;
- Holter EKG-vizsgálat;
- EEG-vizsgálat;
- EMG-vizsgálat;
- ENG-vizsgálat;
- agykoponya CT natív;
- agykoponya CT kontrasztanyagos;
- arckoponya CT natív;
- arckoponya CT kontrasztanyagos;
- sella célzott CT natív;
- sella célzott CT kontrasztanyagos;
- orbita célzott CT natív;
- orbita célzott CT kontrasztanyagos;
- gerinc CT natív;
- gerinc CT kontrasztanyagos;
- mellkas CT natív;
- mellkas CT kontrasztanyagos;
- teljes hasi CT natív;
- teljes hasi CT kontrasztanyagos;
- medence CT natív;
- medence CT kontrasztanyagos;
- nyaki lágyrész CT natív;

- nyaki lágyrész CT kontrasztanyagossal;
- végtag CT natív;
- végtag CT kontrasztanyagossal;
- agykoponya MRI natív;
- agykoponya MRI kontrasztanyagossal;
- arckoponya MRI natív;
- arckoponya MRI kontrasztanyagossal;
- sella célzott MRI natív;
- sella célzott MRI kontrasztanyagossal;
- orbita célzott MRI natív;
- orbita célzott MRI kontrasztanyagossal;
- gerinc MRI natív;
- gerinc MRI kontrasztanyagossal;
- teljes has MRI natív;
- teljes has MRI kontrasztanyagossal;
- medence MRI natív;
- medence MRI kontrasztanyagossal;
- ízület, végtag MRI natív;
- ízület, végtag MRI kontrasztanyagossal;
- Cardio CT vizsgálat;
- F18-FDG PET/CT vizsgálat;
- C11-acetát szív PET/CT vizsgálat.

Biztosítási szolgáltatási limit

A fenti biztosítási események esetén korlátlan alkalommal igénybe vehető mindhárom csomagban.

6. Laborvizsgálatok

Biztosítási szolgáltatás

Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási termékeink vonatkozásában laborvizsgálat alatt különösen az alábbi csoportokba tartozó vizsgálatokat értjük:

- kémiai vizsgálatok sérumból;
- kvalitatív vérkép;
- véralvadás vizsgálata;
- vizelet minőségi vizsgálata;
- vizelet mennyiségi vizsgálata egyszeri vizeletből;
- általános székletvizsgálat.

Biztosítási szolgáltatási limit

A fenti szolgáltatások biztosítási esemény esetén korlátlan alkalommal igénybe vehető mindhárom csomagban.

7. Második orvosi vélemény

Biztosítási szolgáltatás

A jelen feltételek alapján második orvosi vélemény alatt a biztosított betegségével összefüggésben korábban felállított diagnózis alapján az azt követő kezelési eljárásokkal kapcsolatos orvosszakértő által készített orvosi szakvéleményt kell érteni. A második orvosi véleményt kizárólag a korábbi kezelések leírásai, a korábban elvégzett diagnosztikai és egyéb vizsgálatok, valamint a korábban elkészült kezelési terv alapján készíti el az orvos.

A biztosító – az ellátásszervező közreműködésével – az alábbi megbetegedések diagnosztizálása esetén vállalja a második orvosi vélemény beszerzését:

- rákos megbetegedések (rosszindulatú daganatos megbetegedések);
- szívizominfarktus bekövetkezése;
- agyi érkatasztrófa bekövetkezése;
- szívkoszorúérműtét.

Biztosítási szolgáltatási limit

A második orvosi vélemény egy biztosítási időszakon belül legfeljebb egy alkalommal vehető igénybe a Plusz és a Maximum csomag esetén.

8. Egynapos sebészet

Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási szolgáltatás a biztosított előzmény nélküli megbetegedése következtében a jelen egészségbiztosítási szerződés keretén belüli, járóbetegszakellátáson diagnosztizált és javallott egynapos sebészeti ellátás körében elvégzendő műtété.

- artroszkópiás ortopédiai műtétek;
- epehólyag laparoszkópos eltávolítása;
- lágyéksérv műtét;
- köldöksérv műtét;
- visszer műtét.

Biztosítási szolgáltatási limit

Egynapos sebészeti beavatkozás a Plusz és a Maximum csomag esetében egy biztosítási időszakon belül legfeljebb egy alkalommal vehető igénybe.

9. Betegszállítás

Biztosítási szolgáltatás

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

Biztosítási szolgáltatási limit

A biztosító a biztosított számára betegszállítást egy biztosítási időszakon belül legfeljebb összesen 500 kilométer távolságra finanszíroz Plusz és Maximum csomag esetén.

10. Házivizit

Biztosítási szolgáltatás

A páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén (otthonában) – a Groupama Gyógyvonalon keresztül bejelentett ellátási esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás. Ennek során a biztosítotthoz háziorvosi jellegű ellátást nyújtó orvost küldenek.

Biztosítási szolgáltatási limit

A házivizit egy biztosítási időszakon belül legfeljebb hat alkalommal vehető igénybe a Maximum csomag esetén.

11. Aktív fekvőbeteg-ellátás VIP szinten

Biztosítási szolgáltatás

A biztosító által támasztott minőségi követelményeknek megfelelő aktív vagy mátrix jellegű kórházi osztályon, egy- vagy kétágyas szobában történő, kiemelt színvonalú fekvőbeteg-ellátás. A kiemelt színvonal az alábbiakat jelenti:

- a VIP részleg külön folyosón elhelyezve;
- klimatizált szoba TV-készülékkel;
- széles sávú internetelérés;
- nővérhívó az ágy mellett;
- szobai hűtő (70-100 literes);
- a la carte étkezési lehetőség (vegetáriánusoknak is);
- a szobához tartozó saját vizesblokk (benne legalább mosdókagyló, tükör, törölközőtartó, zuhanyzó, WC);
- a beteg számára külön kijelölt nővér;
- folyamatos tájékoztatás a várható vizsgálatokról, beavatkozásokról (napokra lebontott kezelési terv, amennyiben a beteg állapota lehetővé teszi);
- igény esetén kompresszoros antidecubitus matrac.

Biztosítási szolgáltatási limit

A VIP szintű fekvőbeteg-ellátás egy biztosítási időszakon belül legfeljebb 60 napon keresztül vehető igénybe Maximum csomag esetében.

12. Keresőképtelenség

Biztosítási szolgáltatás

A biztosító a biztosított saját jogú (tehát nem a biztosított gyermekének betegségéből és nem munkahelyi baleset és foglalkozási megbetegedés eredetű), legalább 31 napos összefüggő keresőképtelensége esetén nyújt szolgáltatást. A biztosítási szolgáltatást a biztosító visszamenőleg, a keresőképtelenség első napjától kezdődően nyújtja. A biztosítási szolgáltatás Komplex csomag esetében 1000 forint/nap, Plusz csomag esetében 3000 forint/nap, Maximum csomag esetében pedig 5000 forint/nap.

Biztosítási szolgáltatási limit

A keresőképtelenségre vonatkozó fedezet egy biztosítási időszakon belül legfeljebb 200 naptári napra vehető igénybe mindhárom csomag esetében.

13. Rettegett betegség

Biztosítási szolgáltatás

A biztosító az alábbiakban felsorolt, a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli rettegett betegségek bekövetkezése esetén nyújt szolgáltatást:

- rosszindulatú daganatos megbetegedések;
- szívmizominfarktus bekövetkezése;
- agyi érkatasztrófa bekövetkezése;

- szívkoszorúérműtét;
- szervátültetés;
- krónikus veseelégtelenség fellépése;
- vértranszfúzióból származó HIV fertőzés diagnosztizálása.

A pontos definíciókat a 2.25. és a 11.4.a. pont tartalmazza. A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a biztosított a betegség diagnosztizálását követő 31. napon életben legyen. A biztosító által nyújtott szolgáltatás Komplex csomag esetében 250 000 forint, Plusz csomag esetében 400 000, Maximum csomag esetében pedig 600 000 forint.

Biztosítási szolgáltatási limit

A biztosító a rettegett betegségek esetében csak akkor nyújt szolgáltatást, ha ugyanabba a csoportba tartozó rettegett betegségre a biztosított esetében korábban még nem történt kifizetés.