

STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szerződési feltételei (SZTE_STUDIUM22_2)



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Hatályos: 2022. szeptember 1. napjától

Jelen STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (SZTE_STUDIUM22_2) (továbbiakban: feltétel, vagy általános feltételek) a Generali Biztosító Zrt. STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításaira érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést (továbbiakban: szerződés) a jelen általános feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen általános feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Ügyfélértájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések elnevezésű dokumentum, valamint a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezései, illetve az egyéb **hatályos magyar jogszabályok** az irányadók.

A biztosítási szerződés részét képező Ügyfélértájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések elnevezésű dokumentumban és a jelen feltételben foglaltak eltérése esetén a feltétel rendelkezései irányadók.

A biztosítási szerződés alapján a Biztosító a jelen általános feltételekben meghatározott biztosítási kockázat viselésére, továbbá a biztosítási esemény bekövetkeztétől függően – jogalap fennállása esetén – biztosítási szolgáltatás nyújtására, a Szerződő fél pedig biztosítási díj fizetésére kötelezi magát.

1. § ÉRTELMEZŐ RENDELKEZÉSEK

- 1.1. **Biztosított nyilatkozat** az a sorszámmal ellátott írásbeli dokumentum, amely tartalmazza a biztosított egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatait, így különösen a biztosított jogaira és kötelezettségeire vonatkozó tájékoztatást, a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést, illetve a biztosítottnak a szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos – a biztosított nyilatkozat részét képező – nyilatkozatát. A biztosított nyilatkozat a szerződés részét képezi.
- 1.2. **Betegség** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.
- 1.3. **Baleset** az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, és amellyel összefüggésben a biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a biztosított halálát okozza.
- 1.4. **Egészségügyi ellátás** az egészségügyi szolgáltató által végzett, az egészségügyi igazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely a biztosított egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés, illetve baleset következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul.
Egészségügyi ellátásnak minősülnek továbbá a gyógyszerekkel, kötszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos hatályos jogszabályok szerinti tevékenységek, a betegszállítás.
- 1.5. **Alapellátás** (egészségügyi vagy orvosi rendelkezésre állás): betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, általánosan igénybe vehető „alap” egészségügyi szolgáltatás: háziorvosi jellegű ellátás.
- 1.6. **Orvosi szakellátás:** a biztosított által orvosi rendelvény alapján igénybe vett egészségügyi ellátások.
- 1.7. **Egészségügyi szolgáltató** (intézmény) a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, a hatályos jogszabályok alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult, az egészségügyi igazgatási szerv által – Magyarországra vonatkozóan – kiadott működési engedéllyel rendelkező egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet. Jelen feltételek szempontjából nem minősülnek egészségügyi szolgáltatónak – még abban az esetben sem, ha azokban egészségügyi ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmekegészségügyi állapotú és egyéb pszichiátriai betegek gyógy- és gondozóintézetei, geriátria, krónikus intézetek, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények (a továbbiakban együtt: egyéb egészségügyi intézmények), illetve orvosi ellátást végző intézmények a jelen pontban meghatározott egyéb egészségügyi intézmények jellegének megfelelő szolgáltatást nyújtó osztályai (jelen bekezdésben a továbbiakban: osztály), feltéve, hogy a biztosított az egyéb egészségügyi intézmény, illetve az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.
- 1.8. **A Kijelölt egészségügyi szolgáltató** az az egészségügyi szolgáltató, amellyel a Biztosító az egészségügyi ellátásra szerződést köt, és amelyet a Biztosító az Egészségbiztosítási Kártyán (Health insurance card) nevesít.
- 1.9. **Járóbeteg-szakellátásban** részesül az a személy, aki betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált olyan orvosi, szakorvosi beavatkozást igénylő egészségügyi ellátást kap, amely nem minősül egynapos sebészeti vagy fekvőbeteg-ellátásnak.
- 1.10. **Egynapos sebészet:** jogszabályban meghatározott olyan 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 az ellátó intézménybe történő felvételét követő 24 órán belül, megfigyelés után, a saját lábán kísérővel elhagyhatja az ellátó intézményt.
- 1.11. **Fekvőbeteg-ellátásban** részesül az a személy, akit betegség vagy baleset következményeként szükséges egészségügyi ellátás céljából az egészségügyi szolgáltató intézményébe több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy az intézménybe való felvétele, illetve elbocsátása napja között minden éjszakát az intézményben tölt egészségügyi ellátásával összefüggésben. Az egészségügyi szolgáltató intézményébe való felvétel több napra szól, ha az intézményből való elbocsátás későbbi napon történik, mint az intézménybe való felvétel.
- 1.12. **Sürgősségi ellátás** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a Biztosított közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. Ilyen esetben azonnali mentőt kell hívni.

- 1.13. **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.
- 1.14. **Előfinanszírozott egészségügyi ellátás** a biztosított által igénybe vett olyan orvosilag indokolt – egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult személy, vagy intézmény által nyújtott – egészségügyi szolgáltatás, amelynek költségét a szolgáltatást nyújtó felé a Biztosítótól eltérő személy közvetlenül megtérítette.
- 1.15. **Egészségbiztosítási kártya** (Health insurance card): a Biztosító által kiállított, a biztosított jogviszonyra vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazó, sorszámmal és/vagy egyedi azonosítóval ellátott kártya, mely az Egészségügyi szolgáltató előtti biztosított jogosság igazolására szolgál.
- 1.16. **Éves limit:** az egészségbiztosítási szerződés részét képező STUDIUM terméktájékoztatóban meghatározott, a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összehatár (éves limit), amely felett a Biztosító a biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott Biztosított biztosított jogviszonyának teljes tartama alatt (max.12 hónapra) a nevesített szolgáltatás típusok tekintetében további szolgáltatás nyújtására nem köteles. Szerződő Felek kifejezetten megállapodnak abban, hogy a Ptk. 6:461. §-ban foglaltaktól eltérően a Biztosító a fedezet jelen pont szerinti csökkentését a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg közölt figyelemfelhívás és a fedezetfeltöltési díj közlése nélkül is alkalmazhatja.
- 1.17. **Részlimit:** az egészségbiztosítási szerződésben a Biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott biztosítási időszak tartama alatt a nevesített szolgáltatástípusok tekintetében az éves limit részeként a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozóan meghatározott felső szolgáltatási összehatár, amennyiben a Biztosító ilyet alkalmaz. Szerződő Felek kifejezetten megállapodnak abban, hogy a Ptk. 6:461. §-ban foglaltaktól eltérően a Biztosító a fedezet jelen pont szerinti csökkentését a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg közölt figyelemfelhívás és a fedezetfeltöltési díj közlése nélkül is alkalmazhatja.
- 1.18. **Önrész:** az egészségbiztosítási szerződés részét képező STUDIUM terméktájékoztatóban meghatározott, a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó, biztosítási eseményenként és biztosítottanként értelmezendő és alkalmazandó alsó szolgáltatási összehatár, amelynek megfelelő összeget a biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban saját maga köteles viselni, amennyiben a Biztosító ilyet alkalmaz.
- 1.19. **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.
- 1.20. **Egészségügyi dokumentum, dokumentáció:** az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, a hatályos jogszabályok alapján és az egészségügyi, orvosi szakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. Az általános feltételek alkalmazásában, jogszabályokban meghatározott egészségügyi dokumentumok különösen a részben jogszabályban is szabályozott alábbi iratok: ambuláns lap, kórházi zárójelentés, műtéti leírás, vizsgálati lap, ápolási, illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, orvosi szakvélemény, laborlap, diagnosztikai- vagy szövettani vizsgálatok során készült felvételek, vény(másolat), beutaló(másolat).
- 1.21. **Gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz:** gyógyszernek, kötszernek, gyógyászati segédeszköznek csak azok a szerek, kellékek, eszközök minősülnek, amelyeket Magyarországon gyógyszerként, kötszerként, gyógyászati segédeszközként bejegyeztek és elismertek. A látásjavító eszközök (szemüveg, kontaktlencse, látóüveg, stb.), a hallásjavító eszközök és a fogászati ellátás keretében felhasznált anyagok, eszközök (műfog, műfogsor, tömések, implantátumok, fogszabályzók, fogfehérítő anyagok és eszközök, stb.) nem minősülnek gyógyászati segédeszköznek. Nem minősülnek gyógyszernek a fogamzásgátlók, esemény utáni tabletták, óvszerek, stb.
- 1.22. **Kezelés:** olyan, egészségügyi szakszemélyzet által végzett tevékenységek összessége, amelyek a diagnosztika eredményeit felhasználva a betegségek gyógyítására, az állapot stabilizálására, a fájdalom (vagy egyéb panaszok) csillapítására irányulnak.
- 1.23. **Vizsgálat (orvosi):** olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja a biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.
- 1.24. **Ellátásszervezés:** orvosszakmai szempontból szükséges egészségügyi szolgáltatások (különösen a tervezhető járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás) megszervezése a biztosított részére. A biztosított által az **ellátásszervező** szervezésében vagy tudtával, illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások nyilvántartása.
- 1.25. **Szolgáltatásfinanszírozás:** az egészségügyi szolgáltatás költségének – biztosítási szolgáltatásként részben vagy egészben való – megtérítése a biztosítási szerződés keretében és az abban foglalt és meghatározott feltételek szerint.

2. § ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

2.1. A biztosítási szerződés alanyai (a Biztosító, a Szerződő, a biztosított, kedvezményezett)

- 2.1.1. A Biztosító a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) a biztosítási díj ellenében a biztosítási szerződésben meghatározott tartam alatt viseli a biztosítási kockázatot, és a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatások **költségeinek megtérítésére** vállal kötelezettséget.
- 2.1.2. **Szerződő, az az oktatási intézmény,** amely a biztosítási szerződést a Biztosítóval megkötí és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. **A jelen feltétel alapján létrejövő biztosítási szerződés Szerződője nem minősül fogyasztónak.** Fogyasztónak minősül a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.
- 2.1.3. **Biztosított** az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön.
- 2.1.4. Biztosított az a külföldi állampolgárságú természetes személy, aki a biztosítási szerződés megkötésének időpontjában a 18. életévét betöltötte, de a 65. életévét még nem érte el, és akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön, és aki a *biztosítási szerződés megkötésének időpontjában és annak teljes tartama alatt a Szerződéssel aktív* (érvényes diákigazolvány-matricával rendelkező) *hallgatói, oktatói, vendégoktatói jogviszonyban áll* feltéve, hogy a Szerződő a Biztosítóknak Biztosítottként bejelentette és a rá vonatkozó biztosítási díjat megfizette.
- 2.1.5. A biztosítás **kedvezményezettje** a biztosított.

2.2. A biztosítási szerződés létrejötte és a biztosított jogviszony létrejötte

- 2.2.1. A biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján jön létre.
- 2.2.2. A biztosítási szerződés hatályának adott biztosítottra történő kiterjesztéséhez **(biztosított jogviszony létesítéséhez) az érintett biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges**, melyet a biztosított a Biztosítotti nyilatkozat (továbbiakban: Biztosítotti nyilatkozat) és az Egészségbiztosítási kártya érvényes kitöltésével és aláírásával tesz meg. A Biztosítotti nyilatkozat a szerződés részét képezi. A biztosítottnak valamennyi nyilatkozatát a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.
- 2.2.3. A Biztosító kockázatelbírálást nem végez.
- 2.2.4. A Szerződő által a biztosítási szerződés, illetve az adott biztosított jogviszony létrejöttét megelőzően a Biztosító részére megfizetett díj díjelőlegnek minősül, melyet a Biztosító kamatmentesen kezel.
- Ha a szerződés, illetve az adott biztosított jogviszony létrejön, úgy a Biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. Amennyiben a szerződés, illetve az adott biztosított jogviszony nem jön létre, a Biztosító az előleget a Szerződőnek visszatéríti.
- 2.2.5. A **Szerződő javaslatot tehet** a szerződés, valamint a már létrejött biztosított jogviszony módosítására, további biztosított beléptetésére, illetve kiléptetésére is. **A szerződés megkötéséhez, módosításához és megszüntetéséhez a biztosított hozzájárulása nem szükséges.**
- 2.2.6. **A Szerződő és a Biztosító megállapodása értelmében egy biztosítottnak egy adott biztosítási időszakra kizárólag egy STUDIUM biztosítása lehet.**

2.3. A kockázatviselés kezdete, várakozási idő

- 2.3.1. **Az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete a Biztosítotti nyilatkozat hiánytalan kitöltését, aláírását követő nap 0. órája, feltéve, hogy a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozó első esedékes biztosítási díj teljes összegét a Biztosító részére megfizeti, a csoportos egészségbiztosítási szerződésben meghatározott határidőn belül adatközlés keretében a biztosított aktív hallgatói jogviszonyát igazolja, valamint a biztosított nyilatkozatot a biztosítási szerződésben meghatározottak szerint a Biztosító részére eljuttatja.**
- 2.3.2. A Biztosító a szerződésben várakozási időt nem köt ki.

2.4. A szerződés és a biztosított jogviszony tartama

- 2.4.1. **Az egészségbiztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító között határozott időtartamra jön létre.**
- 2.4.2. **A biztosított jogviszony határozott, legfeljebb a Szerződő és a Biztosító között létrejött egészségbiztosítási szerződés tartamával megegyező időtartamra jön létre azzal, hogy a biztosított jogviszony időtartama a Biztosított Szerződővel fennálló aktív hallgatói jogviszonyához igazodik. A biztosított jogviszony a 2.3.1. pontban írt időpontban kezdődik és a 2.5.1. pontban írt esetekben és időpontokban szűnik meg. A biztosítási időszak a biztosított nyilatkozaton kerül feltüntetésre.**

2.5. A biztosított jogviszony megszűnése, a kockázatviselés megszűnése

A biztosított jogviszony az adott biztosított vonatkozásában megszűnik:

- a Szerződő és a Biztosító közötti csoportos biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnésekor, vagy
- a díjfizetés elmulasztása esetén, az elmaradt – adott biztosítottra vonatkozó – díj esedékességétől számított 60. nap elteltével a Biztosító külön ezirányú – póthatáridő tűzését tartalmazó – felszólítása nélkül is, vagy**
- a biztosítottnak a Szerződővel fennálló aktív hallgatói, illetve oktatói, vendégoktatói jogviszonyának bármely okból történő megszűnése esetén, az aktuális biztosítási időszak (érintett tanulmányi félév) végén, vagy
- annak a biztosítási időszaknak a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betöltötte, vagy
- a biztosított halála esetén, a halál időpontjában.

2.6. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése Magyarország területére, kizárólag Magyarországon igénybe vett egészségügyi ellátásokra, egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki, a jelen feltételek szabályai szerint.

2.7. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- 2.7.1. A Szerződő köteles tájékoztatni a biztosítottakat a biztosítási szerződés tartalmáról és az abban bekövetkező valamennyi változásról.
- 2.7.2. **A biztosított a Szerződő helyébe nem léphet.**
- 2.7.3. A Szerződő és a biztosított kötelesek a közlési- és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.
- 2.7.4. **A Szerződő és a biztosított közlési kötelezettsége**

A közlési kötelezettség alapján a Szerződő/biztosított szerződéskötéskor, továbbá 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 kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a Biztosító által rendszeresített formanyomtatványon és/vagy hangfelvételeken szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

A közlésre és változás bejelentésére 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.

2.7.5. A Szerződő és a biztosított változásbejelentési kötelezettsége

A Szerződő/biztosított köteles a biztosítás fennállása alatt 10 munkanapon belül írásban bejelenteni az ajánlaton közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását.

Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a Biztosító kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a Szerződő/biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, így különösen a Szerződő/ biztosított neve, címe, levelezési címe, elektronikus kommunikáció választása esetén Szerződő email címe.

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

2.7.6. **A Biztosító szerződésmódosítási és szerződés felmondási lehetősége a szerződést érintő lényeges körülmények felmerülése, változása esetén (a biztosítási kockázat jelentős növekedése)**

Ha a Biztosító a biztosítási szerződés létrejötte után szerez tudomást a biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha lényeges körülmények változását közlik vele, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a Biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a biztosítási szerződés módosítására, illetőleg a biztosítási szerződést, több biztosított esetén annak csak az adott biztosítottra vonatkozó részét, 30 napos felmondási idővel, írásban felmondhatja.

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

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

2.7.7. A Biztosító a Szerződővel kötött egészségbiztosítási szerződés alapján a Kijelölt egészségügyi Szolgáltatónál igénybe vett egészségügyi ellátások megszervezése érdekében ellátásszervező közreműködését veszi igénybe.

2.7.8. A Biztosított köteles az egészségügyi ellátásokat – a sürgősségi ellátási esetek kivételével – az ellátásszervező szervezésében, illetve annak tudtával és jóváhagyásával a Kijelölt egészségügyi szolgáltatónál igénybe venni.

2.8. **Biztosítás díj**

2.8.1. A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke. A Biztosítási díj a Biztosítót a kockázatviselése teljes tartamára megilleti.

2.8.2. **A biztosítási díj megfizetésére a Szerződő köteles.**

2.8.3. A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét **abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díj a Biztosító számlájára beérkezik.**

2.8.4. **A díjfizetés módját és ütemezését a Szerződő és a Biztosító az egészségbiztosítási szerződésben határozzák meg.**

2.8.5. Szerződő Felek rögzítik, hogy amennyiben a Szerződő díjfizetési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy az egészségbiztosítási szerződés a díjesedéességétől számított 60. napon **a Biztosító külön ezirányú, póthatáridő tűzését tartalmazó felszólítása nélkül is megszűnik.**

2.8.6. A szerződés díjfizetés elmulasztása miatt való megszűnése esetén a Biztosító a tényleges kockázatviselés tartamával arányos biztosítási díjra jogosult.

3. § **BIZTOSÍTÁSI VÉDELEM**

3.1. **Biztosítási esemény**

3.1.1. Biztosítási esemény az olyan egészségügyi szolgáltatás, melyet a biztosított **a kockázatviselés tartama alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli** betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt az Egészségbiztosítási kártyán (Health insurance card) nevesített *kijelölt egészségügyi szolgáltatónál az ellátásszervező szervezésében* (annak szervezésében tudtával, illetve jóváhagyásával) *vett igénybe.*

3.1.2. Jelen pont szempontjából **előzmény nélküli betegségnek, balesetnek vagy kóros állapotnak minősül** az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegséggel vagy balesettel vagy kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással okozati összefüggésben nem áll.

3.1.3. Amennyiben a biztosított az egészségügyi ellátást nem a kijelölt szolgáltatónál vagy a kijelölt szolgáltató szervezésében vette igénybe, úgy a Biztosító – jogalap fennállása esetén - abban az esetben téríti meg az ellátás költségét, ha a biztosított állapota nem tette lehetővé a kijelölt szolgáltatónál, vagy annak szervezésében történő ellátást (sürgősségi ellátási eset) és az ellátás megkezdését követő legfeljebb 96 órán belül értesíti a kijelölt egészségügyi szolgáltatót / az ellátásszervezőt.

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

3.2. **A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai, a szolgáltatás korlátozásának esetei**

3.2.1. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége **a biztosítási esemény bekövetkezése esetén kizárólag a biztosítási szerződésben meghatározott orvosi, egészségügyi és egyéb szolgáltatások költségeinek megtérítésére terjed ki a jelen általános feltételekben (3.2. pont) foglalt szabályok szerint.**

3.2.2. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége **kizárólag a Magyarországon igénybe vett egészségügyi ellátás költségeinek finanszírozására terjed ki.**

3.2.3. A Biztosító megtéríti a biztosítási feltételeknek megfelelő, és annak megfelelően bejelentett, a biztosított orvosilag szükséges egészségügyi ellátásával kapcsolatos, a jelen feltételekben meghatározott költségeket abban az esetben, ha a biztosított annak indokolt igénybevételét megfelelően igazolja. Ezeket a költségeket a Biztosító csak abban az esetben téríti meg, ha azok a betegség feltárásához, gyógyításához szükségesek, és orvos előírása / javaslata alapján kerülnek elvégzésre.

3.2.4. **A Biztosító az 1.16., 1.17., 1.18. pontok alapján a biztosítási szerződésben meghatározott éves szolgáltatási limit és részlimit keretein belül, önrészek alkalmazása mellett téríti meg a jelen feltételekben meghatározott egészségügyi ellátással kapcsolatos költségeket.**

- 3.2.5. 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 igénybe vett egészségügyi ellátás költségének **biztosítással nem fedezett ellenértékét köteles megtéríteni az egészségügyi szolgáltatást nyújtó, illetve arról számlát kiállító félnek.**
- 3.2.6. A járóbeteg-ellátás keretében megtérítésre kerülnek:
- az orvosi **alapelállítás** költségei,
 - az orvosi **szakellátás** költségei,
 - laboratóriumi- és diagnosztikai vizsgálatok költségei** (pl. vér- és vizeletvizsgálat, röntgendiagnosztika, ultrahang vizsgálat),
- 3.2.7. **A Biztosító megtéríti az egynapos sebészeti ellátások költségeit.**
- 3.2.8. A **fekvőbeteg-ellátás keretében** a Biztosító a biztosított kórházi tartózkodásának és kezelésének költségeit téríti meg. Ezen belül megtérítésre kerülnek különösen:
- az orvos előírása szerinti egészségügyi ellátás (ideértve a szükséges műtétek) költségei;
 - az ápolás költségei;
 - az orvosilag indokolt egészségügyi okból elvégzett terhesség-megszakítás költségei.
- 3.2.9. A Biztosító megtéríti az egészségügyi ellátáshoz szükséges **gyógyszer, kötszer, ideiglenes gyógyászati segédeszköz** (gyógyászati segédeszközök hivatalos listáján szereplő termékek) **költségeit** biztosított nyilatkozaton szereplő éves limit, részlimit és önrész figyelembevételével.
- Az egészségügyi ellátáshoz szükséges gyógyszer, kötszer, ideiglenes gyógyászati segédeszköz költségét a biztosítottnak kell előfinanszíroznia.** A Biztosító a jelen bekezdés szerinti költséget utólag abban az esetben téríti meg a biztosított részére, ha a biztosított a költségek elszámolása céljából a jelen általános feltételek 3.3.4.1. pontjában leírtak szerint szolgáltatási igényt terjeszt elő a Biztosítónál, és a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a feltételek alapján fennáll.
- 3.2.10. **Betegszállítás.** Ha a biztosított mozgásképtelenné válik, illetve nem megoldott az egészségügyi ellátó intézménybe való jutása, a Biztosító az országhatáron belül a - mentőápolói felügyeletet nem igénylő - betegszállítási költségét abban az esetben téríti meg, ha az általános feltételek szerint biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges.
- 3.2.11. A Biztosító megtéríti az éves limit figyelembevételével az **egyszeri hazaszállítási költségeit**, ha a biztosított egészségi állapota alapján az orvosilag (az orvos írásos szakvéleménye alapján) indokolt, és a kijelölt szolgáltató is javasolja a biztosított állandó lakóhelye szerinti országba történő hazaszállítást.

3.3. A Biztosító teljesítése

- 3.3.1. **A kijelölt egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett, vagy a kijelölt szolgáltató és ellátásszervező szervezésében, közreműködésével** (tudtával, illetve jóváhagyásával) **elvégzett egészségügyi ellátás költségeit a Biztosító közvetlenül a kijelölt egészségügyi szolgáltató részére teljesíti.**
- 3.3.2. *A nem a kijelölt szolgáltatónál vagy nem az ellátásszervező szervezésében, sürgősségi ellátás esetén a sürgősségi ügyeleten igénybe vett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor a biztosítottnak előfinanszírozási kötelezettsége keletkezhet.*
- 3.3.3. A nem a Kijelölt szolgáltatónál, sürgősségi ellátás keretében igénybe vett egészségügyi szolgáltatás, illetve ellátás költségeit a Biztosító a jogalap fennállása esetén téríti meg.
- 3.3.4. A biztosított által előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igényt a számla keltét követő 15 napon belül be kell jelenteni a Biztosítónak.
- 3.3.4.1. A biztosított által előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igény elbírálásához jogosult a Biztosító bekérni az alábbi dokumentumok másolatát is, amennyiben azok a szolgáltatási igény jogalapjának fennállásának bizonyításához és/vagy az igény összevontságának megállapításához szükségesek.
- az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről (az egészségügyi ellátásról), ill. a gyógyszerről, gyógyászati segédeszközről a biztosított nevére és laccímére (szerződésszámának feltüntetésével) kiállított számla,
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum másolatát,
 - a biztosított magyarországi (forint) bankszámlaszámát tartalmazó nyilatkozatot (aláírással és dátummal ellátva).
- 3.3.5. A Biztosító a 3.3.4. pontban megjelölt iratok mellett a szolgáltatási igény elbírálásához jogosult bekérni az alábbi dokumentumok másolatát is, amennyiben azok a szolgáltatási igény jogalapjának fennállásának bizonyításához és/vagy az igény összevontságának megállapításához szükségesek.
- amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot.
 - A biztosítási esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (pl. a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, forgalmi engedély, munkahely, oktatási intézmény, közlekedési vállalat/rendőrség által felvett baleseti jegyzőkönyv/határozat, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények).
 - a Biztosító által rendelkezésre bocsátott és a biztosított kezelőorvosa, illetve az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött nyomtatvány 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 üzemi orvosi kártya, 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 adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján).

A Biztosító kérheti 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.

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

- 3.3.7. Ha a Biztosító által bekért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy ismételten hiányosan nyújtják be, illetve a biztosított nem jelenik meg a szolgáltatás elbírálásához szükséges orvosi vizsgálaton, a Biztosító a szolgáltatási igényről a rendelkezésre álló dokumentumok alapján dönt.
- 3.3.8. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn ha a biztosított, illetve a szolgáltatási igény előterjesztője a jelen általános feltételekben foglalt kötelezettségeiknek nem tesznek eleget, különösen, ha a bejelentésre nyitva álló határidőt nem tartják be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
- 3.3.9. 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.

3.4. A biztosítási szolgáltatás teljesítésének szabályai

Az előfinanszírozott biztosítási szolgáltatást a Biztosító – a jogalap fennállása esetén – a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül, törvényes belföldi fizetőeszközben, a szolgáltatások, szolgáltatási korlátok figyelembevételével teljesíti.

A Biztosító iratbeszerzés esetén a szolgáltatási igényről legkésőbb az igény beérkezését követő 60 napig köteles dönteni és döntéséről az ügyfelet tájékoztatni.

3.5. Kizárások

- 3.5.1. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakkal egészben vagy részben okozati összefüggésben álló egészségügyi szolgáltatásokra, eseményekre és az ezek kapcsán felmerülő költségekre**
- a biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a Biztosító kockázatviselése kezdetét megelőzően bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőzően kóriszmettek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényelt, továbbá a biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása,
 - a fogamzásgátlással, a terhességgel (terhesség megállapításával, terhesgondozással) és a szüléssel (gyermekágyggyal) kapcsolatos egészségügyi ellátások,
 - a művi terhesség-megszakítás, (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit),
 - a kizárólag a meddőség kivizsgálásával, megszüntetésével, továbbá az emberi reprodukcióval kapcsolatos ellátások, műtétek, illetve a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos orvosi ellátás,
 - sterilizáló műtét és következményei,
 - nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtét,
 - esztétikai, illetve kozmetikai célból végzett kezelés és sebészeti beavatkozások következményei,
 - szaruhártyán végzett szemkorrekciós műtétek,
 - dioptriás szemüveg/napszemüveg, kontaktlencse és tartozékai, ezek elkészítéséhez szükséges orvosi vizsgálat,
 - hallókészülék és kellekei,
 - a fogászati és szájsebészeti ellátások és kezelések, kivéve az azonnali ellátást igénylő, sürgősségi (fájdalomcsökkentő) első (akut) ellátást,
 - a HIV-vírusfertőzés miatti egészségügyi ellátások,
 - az alkohol, drog- vagy kábítószer-fogyasztással, illetve egyéb szenvedélybetegséggel (pl. kábító hatású anyag vagy gyógyszer) összefüggésben elvégzett egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás (vizsgálatok, kezelések, elvonókúrák),
 - a kiemelt szintű (V.I.P.) egészségügyi ellátás (pl. egyágyas vagy V.I.P. szoba, V.I.P. étkezés, egyéb, külön költségtérítéssel igénybe vehető kényelmi szolgáltatások)
 - az akupunktúra, akupresszúra kezelés, keleti gyógyászat, alternatív gyógyászat, természetgyógyászati kezelés,
 - lelki működés zavarai, pszichiátriai megbetegedések; pszichiátriai, pszichoterápiái (pszichológiai) ellátás, gondozás, kivéve a kórházi (klinikai) pszichiátriai fekvőbeteg ellátást- és pszichiátriai járóbeteg szakellátást,
 - a biztosított által magának szándékosan okozott testi sérülésekre, akkor is, ha azt a biztosított zavart tudatállapotában követte el,
 - védőoltások vakcinája beszerzésének és beadásának költségtérítése,
 - a szanatóriumi, illetve ápolási otthonban történő ellátások,
 - transzplantáció, művese kezelés, rosszindulatú daganatos betegségek onkológiai kezelése, gondozása, kontrollja, a daganatos betegség következményeire kapcsolódó egyéb ellátások, (pl. bélelzáródás, csontáttétek műtéti ellátása),
 - a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriatríai, hospice ellátás, gyógykezelési, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra, infúziós keringésjavító vagy infúziós fájdalomcsillapító kezelések, izületbe adott injekciók) kivéve a krónikus betegségek kóriszmezésével, a gyógykezelés első beállításával kapcsolatos kezeléseket,
 - az olyan orvosi ellátás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása, egészségének helyreállítása, így különösen a nem a biztosítással összefüggésben elrendelt, illetve igénybe vehető szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti vagy a biztosítottnak a szülője ápolása miatti, az orvosi ellátást végző intézményben való tartózkodása,
 - orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott, továbbá ilyen személy által végzett kezelés miatt utóbb szükségessé vált orvosi vagy egyéb egészségügyi ellátás.
 - emeren végzett orvostudományi kutatások, kísérleti stádiumban lévő diagnosztikus és terápiás eljárásokhoz kapcsolódó ellátások, a magyarországi egészségügyi szolgáltatóknál általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátások, továbbá a magyar társadalombiztosítási ellátást finanszírozó intézet (NEAK/OEP) által be nem fogadott vagy nem finanszírozott eljárások, eszközök, továbbá az egyedi NEAK/OEP finanszírozáshoz kötött eljárások,
 - fertőző betegségekkel (pl. TBC, tetanusz, hepatitis B, C vírusfertőzés), trópusi betegségekkel (malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz, SARS) összefüggő szolgáltatási igények,
 - szexuális úton átvihető betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények,
 - jogszabályokban meghatározott, katasztrófa- és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ideértve a kötelező, illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, a bármely védőoltás beadásával kapcsolatos kiadásokat is.
- 3.5.2. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított jogviszony (a Biztosító kockázatviselésének) fennállása alatt bekövetkezett eseményre, és ezek kapcsán felmerülő költségekre, ha**
- az esemény a Biztosított alkohol fogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt, 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‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció,

- c) a Biztosított érvényes vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet, és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.
- d) a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában alkohol fogyasztása ellenére vezetett gépjárművet, és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.
- 3.5.3. A Biztosító kockázatviselése továbbá 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 puccskíséret, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határvillongások, felkelés.
- Jelen feltételek szempontjából háborús eseménynek minősül a háború (hadüzenettel vagy anélkül), határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskíséret, polgárháború.
- 3.5.4. A Biztosító kockázatviselése a 3.5.3.d. pontban foglaltakkal ellentétben kiterjed a biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a biztosítottak 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.
- 3.5.5. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított öngyilkossági kísérletével okozati összefüggésben álló eseményekre, még akkor sem, ha a biztosított az öngyilkossági kísérletet zavart tudatállapotban követte el.
- 3.5.6. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre sem, amelyek okozati összefüggésben vannak a biztosított alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf, hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, Bungee Jumping (mélybe ugrás), autó- és motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, moto-cross sport, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival), quad, privat-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés, bázisugrás).
- 3.5.7. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra az eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a biztosítottak az alábbiakban meghatározott tevékenységeivel: kaszkadőr, cirkuszi artista, akrobata, tesztpilóta, berepülő pilóta, ejtőernyős ugró, hadseregben sugárhajtású gép személyzetéhez tartozó egyén, testőr, kommandós, idegenlégiós, békefenntartó, hírszerző, fegyveres őr, pénzszállító, hadseregben dolgozó hivatásos vagy katonai szolgálatot teljesítő olyan személy, aki fokozott veszélynek kitett tevékenységet végez (pl. tűzserész, búvár).

3.6. Mentésülés

- 3.6.1. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosító bizonyítja, hogy a biztosítási esemény alapjául szolgáló eseményt jogellenesen és szándékosan vagy jogellenesen és súlyosan gondatlan magatartással:
- a szerződő fél vagy a biztosított; vagy
 - a velük közös háztartásban élő hozzátartozója okozta.
- 3.6.2. A biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni, így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie (kárenyhítési kötelezettség).
- 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 biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.
- Ha a biztosított a kármegelőzési, illetve kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.
- 3.6.3. A fentiek nem jelentik a biztosított korlátozását a szabad orvosválasztási és egészségügyi szolgáltató-választási jogában.

4. § EGYÉB RENDELKEZÉSEK

4.1. Elévülés

- 4.1.1. A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje egy (1) év.
- 4.1.2. Amennyiben a biztosított előfinanszírozta az egészségügyi szolgáltatást (3.3.4. pont), úgy a Biztosító fizetési szolgáltatására vonatkozó igénye tekintetében az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:
- az igény bejelentésének elmaradása esetén az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás utolsó napját követő napon,
 - az igény bejelentése esetén az utolsó iratnak a Biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. napot követő naptól,
 - az igény bejelentése esetén, amennyiben a Biztosító által igényelt iratszatolás, vagy információszolgáltatás elmarad, a Biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő naptól, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. napot követő naptól.

4.2. Eljárás véleménykülönbség esetén

Ha az ügyfél vitatja a Biztosító – szolgáltatási igénnyel kapcsolatos – álláspontját, kérheti a döntés felülvizsgálatát. A Biztosító illetékes szervezeti egysége a kérelem elbírálásához valamennyi irat/adat kézhezvételétől számított 30 napon belül döntést hoz, és a döntésről a kérelmezőt értesíti.

4.3. Az általános feltételek Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő rendelkezései

- 4.3.1. **Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a STUDIUM szolgáltatásfinansírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételeinek (SZTE_STUDIUM22_2) azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) rendelkezéseitől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérnek.**
- 4.3.1.1. Jelen feltételek 2.2.1. pontja értelmében – a Ptk. 6:443. § (1) bekezdésétől eltérően – a biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító **megállapodása alapján jön létre.**
- 4.3.1.2. A jelen feltételek 2.2.5. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:475. § – **a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához és megszüntetéséhez a biztosított hozzájárulására nincs szükség.**
- 4.3.1.3. Jelen feltételek 2.5.1 pontja értelmében a biztosított jogviszony díjfizetés elmulasztása esetén – eltérően a Ptk. 6:449. § (1) bekezdésétől – az adott biztosítottra vonatkozó **első elmaradt díj esedékességétől számított 60. nap elteltével póthatáridő tűzése nélkül szűnik meg.**
- 4.3.1.4. Jelen feltételek 2.7.1.2. pontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:451. § (1) bekezdésétől összhangban a Ptk. 6:442. § (3) bekezdésével – **a biztosított nem léphet a Szerződő helyébe.**
- 4.3.1.5. Jelen feltételek 2.8.4. pontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:449. § (1) bekezdésétől – amennyiben a **Szerződő díjfizetési kötelezettségének nem tesz eleget**, úgy az egészségbiztosítási szerződés a díj esedékességétől számított 60. napon **póthatáridő tűzése nélkül** megszűnik.
- 4.3.1.6. Jelen feltételek 4.1.1. pontjában foglalt elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. **Jelen szerződésből eredő igények 1 (egy) év elteltével évülnek el.**
- 4.3.1.7. *Szerződő Felek kifejezett megállapodnak abban, hogy a Ptk. 6:461. §-ban foglaltaktól eltérően a Biztosító az éves limit és részlimit csökkentését a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg közölt figyelemfelhívás és a fedezetfeltöltési díj közlése nélkül is alkalmazhatja.*