

STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szerződési feltételei (SZTE15)

Jelen STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (SZTE15) (továbbiakban: feltétel, vagy általános feltételek) a Generali Biztosító Zrt. és a Szegedi Tudományegyetem között létrejött egyedi szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződés alapján (továbbiakban: szerződés) a szerződéshez biztosítottként csatlakozó hallgatók és kutatók biztosított jogviszonyára érvényesek. Jelen általános feltételekben nem szabályozott kérdésekben az „*Ügyféltájékoztató 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 Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések elnevezésű dokumentumban és a jelen feltételben foglaltak eltérése esetén a feltétel rendelkezései irányadóak.

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. Betegség** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.
- 1.2. 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.
- 1.3. 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.
- 1.4. Egészségügyi ellátásnak minősülnek továbbá a gyógyszerekkel, kötszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos hatályos jogszabályok szerinti tevékenységek a betegszállítás.**
Orvosi alapellátás a biztosított szándéka szerint szabadon, orvosi rendelvény nélkül igénybe vehető, betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált egészségügyi ellátások.
- 1.5. Orvosi szakellátás:** a biztosított által orvosi rendelvény alapján igénybe vett egészségügyi ellátások.
- 1.6. Egészségügyi szolgáltató**
a jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult szervezet, amely az egészségügyi hatóság (magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet) által elismert, és amelynek a működése engedélyezett Magyarországon.
Jelen feltételek szempontjából nem minősülnek egészségügyi szolgáltatóknak - még abban az esetben sem, ha azokban egészségügyi ellátást végeznek - a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmekóros állapotú és egyéb pszichiátriai betegek gyógy- és gondozóintézetei, geriátriai, krónikus intézetek, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények

- (a továbbiakban együtt: egyéb egészségügyi intézmények), illetve orvosi ellátást végző intézménynek 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.
- 1.7. A **kijelölt egészségügyi szolgáltató** az az egészségügyi szolgáltató, amellyel a Biztosító az egészségügyi ellátásra szerződést köt és amelyet a Biztosító az Egészségbiztosítási Kártyán (STUDIUM Health insurance card) nevesít.
 - 1.8. **Járóbeteg-szakellátásban** részesül az a személy, aki betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált olyan orvosi, szakorvosi beavatkozást igénylő egészségügyi ellátást kap, amely a 24 órát nem haladja meg, és nem minősül fekvőbeteg-ellátásnak.
 - 1.9. **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.
 - 1.10. **Sürgős szükség (továbbiakban: sürgősségi eset):** sürgősségi eset 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 azonnal mentőt kell hívni vagy sürgősségi ügyeletet kell felkeresni.
 - 1.11. **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.
 - 1.12. **Biztosított nyilatkozat** az a sorszámmal ellátott írásbeli dokumentum, amely tartalmazza a biztosított egésszégbiztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatait, így különösen a biztosított jogaira és kötelezettségeire vonatkozó tájékoztatást, a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést.
 - 1.13. **Egészségbiztosítási kártya** (Health insurance card): A biztosító által kiállított, a biztosított jogviszonyra vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazó, az 1.12 pontban nevesített biztosított nyilatkozat sorszámmal azonos sorszámmal ellátott kártya, mely az Egészségügyi szolgáltató előtti biztosított jogosultság igazolására szolgál.
 - 1.14. **Éves (totál) limit:** a szerződés részét képező terméktájékoztatóban meghatározott, a biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összeghatár (éves limit), amely felett a biztosító a biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott biztosítási/üzleti évben a nevesített szolgáltatás típusok tekintetében további szolgáltatás nyújtására nem köteles.
 - 1.15. **Önrész:** a szerződés részét képező STUDIUM terméktájékoztatóban meghatározott, a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó, biztosítási eseményenként és biztosítottanként értelmezendő és alkalmazandó alsó szolgáltatási összeghatár, amelynek megfelelő összeget a biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban saját maga köteles viselni.
 - 1.16. **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.

- 1.17. Betegszállítás:** ha a biztosított mozgásképtelenné válik, és nem megoldott az egészségügyi ellátó intézménybe való jutása, a biztosító az országhatáron belül a - mentőápolói felügyeletet nem igénylő - betegszállítás költségét abban az esetben téríti meg, ha az általános feltételek szerint biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges
- 1.18. Házivizit:** az orvos kiszállási költsége (továbbiakban: házivizit), amely akkor merül fel, ha a biztosított állapota nem tette lehetővé az alapellátó orvos rendelőjében való felkeresését (amennyiben a Biztosított az ezen szolgáltatást nyújtó modul díját megfizette). Ez a szolgáltatás nem helyettesíti a sürgősségi esetek szerinti ellátásokat.
- 1.19. Hazaszállítás:** a biztosító megtéríti a hazaszállítás költségeit a biztosított állandó lakhelye szerinti országba, ha a biztosított egészségi állapota ezt megkívánja, illetve lehetővé teszi, és a biztosító által kijelölt egészségügyi szolgáltató is javasolja az otthoni gyógykezelést.

2. Általános rendelkezések

2.1. A biztosítási szerződés alanyai (a biztosító, a szerződő, a biztosított).

2.1.1. A biztosító a biztosítási díj ellenében a szerződésben meghatározott tartam alatt viseli a biztosítási kockázatot, és a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatások költségeinek megtérítésére vállal kötelezettséget.

2.1.2. Szerződő, a Szegedi Tudományegyetem, aki a csoportos biztosítási szerződést megkötöti és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.

2.1.3. Biztosított az a külföldi természetes személy, akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön, és aki a **biztosítási szerződés tartama alatt** a Szerződő Szegedi Tudományegyetemmel (SZTE), illetve mint az SZTE partnerével, hallgatói, oktatói, vendégkutatói jogviszonyban áll, **feltéve, ha a Szerződő a biztosítónak biztosítottként bejelentette s a rá vonatkozó biztosítási díjat megfizette. Biztosítottként a szerződő azon természetes személyeket jelentheti be, akik Szerződővel a biztosított jogviszony tartama alatt hallgatói, kutatói jogviszonyban állnak, Magyarországon tartózkodó azon külföldi állampolgársággal rendelkező magánszemélyek, akik 18. életévüket már betöltötték, de 65. életévüket még nem töltötték be, és akik mint biztosítottak a külön íven kelt biztosított nyilatkozat és Egészségbiztosítási kártya aláírásával kifejezetten kérik a jelen szerződés hatályának rájuk történő kiterjesztését.**

2.2. A szerződés létrejötte

A szerződés a szerződő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre, és írásban bármikor módosítható, figyelemmel a Kbt. 132. §-ban foglaltakra. **A biztosítási szerződés módosításához a biztosított hozzájárulására nincs szükség.**

2.3. A biztosított csatlakozása a szerződéshez

2.3.1. A biztosítottak jelen csoportos egészségbiztosításhoz a **biztosított nyilatkozat aláírásával** egyénileg csatlakozhatnak.

2.3.2. A biztosítottak a biztosított nyilatkozatban minden olyan körülményt a valóságnak megfelelően kell közölni a biztosítóval, amelyre vonatkozóan a biztosító kérdéseket tett fel, vagy nyilatkozattételi kötelezettséget írt elő.

2.3.3. A biztosító a biztosított részére a biztosított jogviszonyra vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazó Egészségbiztosítási kártyát (Health Insurance card) állít ki. Az Egészségbiztosítási kártya arra az időszakra állítható ki, amelyre a díj előre rendezésre került.

2.4. A szerződés hatálybalépése

2.4.1. A biztosító a szerződésben várakozási időt nem köt ki.

2.4.2. A biztosítási szerződés hatálybalépése: **2015. szeptember 01-jén 0 órakor kezdődik, kivéve a II. modult, ami a hatályba lépéstől számított 24. hónap elteltével lép hatályba, az SZTE ez időpontot 60 nappal megelőző egyoldalú kérelme alapján.**

2.5. Kockázatviselés kezdete

A biztosító kockázatviselése **az egyes biztosítottak tekintetében a biztosítotti nyilatkozat biztosított általi aláírását követő nap 0. órájától kezdődik, de nem korábban, mint 2015. szeptember 01.**

A szerződés az egyes biztosítottak tekintetében a következő biztosítási időszakokat tartalmazhatja:

- **Éves 09.01-08.31-ig+ 1 hónap éves díj ellenében**
- **határozott tartam 3 hónap a szerződési időszak alatt bármikor, meghatározott díjért.**
- **I. félév 09.01-01.31-ig+ 1 hónap féléves díj ellenében.**
- **II. félév 02.01-08.31-ig+ 1 hónapig féléves díj ellenében.**

2.6. A biztosító kockázatviselésének megszűnése az egyes biztosítottak vonatkozásában:

2.6.1. a) a szerződésben meghatározott időpontban, a határozott időszak leteltével vagy
b) a díjfizetés megfizetésének elmulasztása esetén, az első elmaradt díj esedékességének utolsó napját követő napon
c) a biztosított halála esetén vagy
d) jelen szerződés megszűnésével,

2.6.2. Jelen szerződés megszűnhet az alábbi okok miatt:

- a) a Felek erre vonatkozó közös megegyezése,
- b) bármelyik Fél által történő rendes felmondás,
- c) bármelyik Fél által történő rendkívüli felmondás,
- d) bármelyik Fél jogutód nélküli megszűnése.

2.6.3. Rendes felmondás: A Felek megállapodnak, hogy jelen szerződést mind a Szerződő, mind a Biztosító a biztosítás évfordulóját megelőző 120 nappal írásban felmondhatja. A határozatlan időre kötött szerződés 2 év felmondási moratóriummal jön létre, amely moratórium időszaka alatt csak súlyos szerződésszegés esetén mondhatja fel bármelyik fél a szerződést.

A felmondási idő akkor kezdődik, amikor az írásban, ajánlott levélben közölt felmondás a másik Félhez igazoltan megérkezik. A felmondási idő alatt a Szerződő új Biztosítottat a Szerződésbe nem jelenthet be.

A felmondási idő lejártával a Szerződés megszűnik. A felmondási idő lejártának napján 24 órakor a Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosítottnak minősülő személy tekintetében megszűnik.

2.6.4. Rendkívüli felmondás: a Felek a Szerződést a másik fél súlyos szerződésszegése esetén vagy amennyiben a biztosítónak fel nem róható okból a kijelölt egészségügyi szolgáltatókkal megkötött szerződés megszűnik, írásban, a másik Félhez intézett írásbeli nyilatkozattal, indoklással ellátva, azonnali hatállyal felmondhatják.

2.6.4.1. A Szerződő részéről súlyos szerződésszegésnek minősül:

- (a) ha működése súlyosan vagy ismétlődően sértette a Biztosító érdekeit,
- (b) ha működése súlyosan vagy ismétlődően sértette a Biztosítottak érdekeit,
- (c) amennyiben a Szerződő nem fizette meg a lejárt esedékességű biztosítási díjat,
- (d) amennyiben a jelen Szerződés szerinti tájékoztatási kötelezettségeit ismételten és súlyosan megsértette.

2.6.4.2. A Biztosító részéről súlyos szerződésszegésnek minősül:

- (a) ha működése súlyosan vagy ismétlődően sértette a Szerződő vagy a Biztosítottak érdekeit,
- (b) ha egy naptári évben bekövetkezett legalább 3 eset tekintetében a bíróság jogerős ítéletben állapítja meg azt, hogy a Biztosító jogalap nélkül tagadta meg a kár kifizetését a Biztosított részére.

2.6.4.3. Bármelyik Fél részéről súlyos szerződésszegésnek minősül, és a másik Fél a Szerződést azonnali hatállyal felmondhatja abban az esetben, ha a szerződésszegő Fél a titoktartásra vonatkozó bármely kötelezettségét megszegi.

2.6.4.4. A rendkívüli felmondás átvételekor a Szerződés azonnali hatállyal megszűnik. A Szerződés rendkívüli felmondás következtében történő megszűnésnek napját követő 8. (nyolcadik) nap 24. órájában a Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosítottnak minősülő személy tekintetében megszűnik.

2.6.5. A Biztosított a Szerződő helyébe nem léphet.

2.7. A biztosítás területi hatálya

A biztosító kockázatviselése Magyarország területére terjed ki.

2.8. Biztosítás díj

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

2.8.2. A szerződő vállalja, hogy a biztosítási díjat a díj esedékességének megfelelően, **biztosítási időszakonként előre összegben fizeti meg.**

2.8.3. Szerződő a díjat a biztosító fent jelzett bankszámlájára átutalással fizeti meg. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a **biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.**

3. Biztosítási védelem

3.1. Biztosítási esemény

3.1.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt, **a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlanul, akut módon bekövetkező** betegség, kóros állapot vagy baleset következményeként szükségessé vált orvosilag indokolt egészségügyi ellátása a szerződés feltételeinek megfelelő, az Egészségbiztosítási kártyán (Health insurance card) nevesített (kijelölt) egészségügyi szolgáltatónál. **A más intézményben történő egészségügyi ellátás költségét a biztosító csak abban az esetben téríti meg - a jogalap fennállása esetén-, ha a biztosított állapota nem tette lehetővé a kijelölt intézményben történő kezelést** vagy annak szervezésében történő ellátást (sürgősségi eset) és az ellátás megkezdését követő legfeljebb 48 órán belül értesíti a kijelölt szolgáltatót.

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

3.2. A biztosító szolgáltatása

3.2.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége **csak a Magyarországon a kijelölt egészségügyi szolgáltatónál vagy annak szervezésében igénybe vett egészségügyi ellátás finanszírozására terjed ki.**

3.2.2. A biztosító a jelen szerződésben meghatározott éves szolgáltatási limit és önrészek alkalmazása mellett - amennyiben ilyet alkalmaz a biztosító - **téríti meg a jelen szerződésben meghatározott biztosítási eseménnyel kapcsolatos költségeket (a kizárások és mentesülések figyelembe vételével).**

3.2.3. A járóbeteg-ellátás keretében megtérítésre kerülnek:

- a) az orvosi alapellátás költségei,
- b) az orvosi szakellátás költségei beleértve az ambuláns műtéteket is,
- c) az orvos kiszállási költsége (továbbiakban: házivizit), amely akkor merül fel, ha a biztosított állapota nem tette lehetővé az alapellátó orvos rendelőjében való felkeresését (amennyiben a Biztosított az ezen szolgáltatást nyújtó modul díját megfizette). Ez a szolgáltatás nem helyettesíti a sürgősségi esetek szerinti ellátásokat.
- d) a gyógykezelés során szükséges diagnosztikai vizsgálatok költségei (pl. laboratóriumi vizsgálat, röntgendiagnosztika, ultrahang-vizsgálat); amelyeket a biztosító csak akkor téríti meg, ha azok a betegség feltárásához, gyógyításához szükségesek.

3.2.4. A fekvőbeteg-ellátás keretében a biztosító a biztosított kórházi tartózkodásának és kezelésének költségeit téríti meg. Ezen belül megtérítésre kerülnek:

- a) az orvos előírása szerinti egészségügyi ellátás (ideértve a szükséges műtétek, egynapos sebészet) költségei;
- b) az ápolás költségei.

3.2.5. Sürgősségi esetek finanszírozása: sürgősségi esetben a sürgősségi ellátás előfinanszírozott költségét a biztosított részére utólag téríti meg a biztosító, amennyiben az ellátás biztosítási eseménynek minősül.

3.2.6. A biztosító megtéríti az egészségügyi ellátáshoz szükséges gyógyszer, kötszer, gyógyászati segédeszköz (gyógyászati segédeszközök hivatalos listáján szereplő termékek) költségeit jelen **szerződésben** szereplő éves limit, és önrész figyelembe vételével.

3.2.7. Betegszállítás: Ha a biztosított mozgásképtelenné válik, és nem megoldott az egészségügyi ellátó intézménybe való jutása, a biztosító az országhatáron belül a - mentőápolói felügyeletet nem igénylő - betegszállítás költségét abban az esetben téríti meg, ha az általános feltételek szerint biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges.

3.2.8. Hazaszállítás: A biztosító megtéríti a hazaszállítás költségeit a **biztosított állandó lakhelye szerinti országba**, ha a biztosított egészségi állapota ezt megkívánja, illetve lehetővé teszi, és a biztosító által kijelölt egészségügyi szolgáltató is javasolja az **otthoni gyógykezelést** (amennyiben a Biztosított az ezen szolgáltatást nyújtó modul díját megfizette).

3.2.9. *Viseli a napi 24 órájában, angol nyelven is elérhető telefonos szolgáltatás (Call Center) működtetési költségét, mely egészségügyi tájékoztatást nyújt és egyben a betegút szervezését is ellátja.*

3.3. A biztosító teljesítése

3.3.1. **A kijelölt egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett, vagy a kijelölt szolgáltató szervezésében, közreműködésével elvégzett biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátás költségeit a biztosító közvetlenül a kijelölt szolgáltató részére teljesíti.**

3.3.2. A nem a kijelölt szolgáltatónál vagy nem a kijelölt szolgáltató szervezésében, sürgősségi esetben igénybe vett egészségügyi szolgáltatás esetén valamint a III. modulba tartozó fogászati ellátások esetén **a biztosítottnak előfinanszírozási kötelezettsége keletkezik.**

3.3.3. A biztosított által előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás, illetve gyógyszer-, kötszer- és gyógyászati segédeszköz vásárlása esetén az egészségügyi szolgáltatás költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igényt a számla keltét követő 15 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak.

3.3.4. A biztosított által előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás, illetve gyógyszer-, kötszer- és gyógyászati segédeszköz költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

- a) az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről (az egészségügyi ellátásról) az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének utolsó napján; az orvosi ellátást végző orvos által vényre felírt és kiváltott gyógyszerről, gyógyászati segédeszközről a gyógyszertárban ill. gyógyászati segédeszköz boltban kiállított, a biztosított nevére (az Egészségbiztosítási kártya számának feltüntetésével) szóló eredeti számlát,
- b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum másolatát,
- c) a biztosított magyarországi (forint) bankszámlaszámát tartalmazó nyilatkozatot (aláírással és dátummal ellátva).

A biztosító a szolgáltatási igényt a jogalap fennállása esetén az igény elbírálásához szükséges összes dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül teljesíti.

4. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

4.1. 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) biztosított; vagy
- b) a vele közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.

4.2. A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha

a) 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 az 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol koncentráció;

b) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett, és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkeztében közrehatott,

c) a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll azzal, hogy a biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti szabályt megszegett.

4.3. Ha a szerződő vagy a biztosított közlési illetve változás bejelentési kötelezettségét megsérti, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be kivéve, ha bizonyítják, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:

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

4.4. A biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni, így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie. Ha a biztosított ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól. Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

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

5. A KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT KOCKÁZATOK

5.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:

- harci eseményekben vagy más háborús cselekményekben valamely fél mellett történő aktív részvétellel,
- vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel.

5.2. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó-támadás, terrorcselekmény. (A kommandó-támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.)

5.3. E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.

5.4. Nem téríti meg a biztosító azon károkat, amelyek közvetlen vagy közvetett összefüggésben állnak atomkárokkal (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése).

5.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:

- a) terhességgel vagy szüléssel, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeivel, kivéve a terhesség megállapítására irányuló járóbeteg-ellátást, valamint a méhen kívüli terhesség ellátásával kapcsolatos beavatkozásokat;
- b) olyan orvosi beavatkozással, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés.

5.6. A biztosító nem téríti meg az alábbi egészségügyi ellátásokat és azokkal kapcsolatos gyógyszerköltségeket:

- a) szűrővizsgálatok,
- b) munkaegészségügyi, és egyéb alkalmassági vizsgálatok,
- c) transzplantáció,
- d) a biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a biztosító kockázatviselése kezdetét megelőzően bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőzően kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényelt, továbbá a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása, bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészei és szervei, illetve ezen sérülések későbbi következményei, kivéve az alapellátás körében végzett ellátásokat
- e) öngyilkossági kísérlet miatti ellátások, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be
- f) rehabilitációval, szanatóriumi kezelésekkal, fizioterápiával, gyógytornával, fürdőkúrával, fogyókúrával kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek, dialízis kezeléssel kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltség, kivéve: akut esetek,
- h) pszichiátriai és pszichoterápiai ellátások, gyógyszerköltségek,
- i) akupunktúra, természetgyógyász, illetve csontkovács, alternatív gyógyászat által nyújtott kezelés, gyógyszerköltség,
- j) kontaktlencse, dioptriás szemüveg/ napszemüveg költsége és a felírásukhoz kapcsolódó ellátások költsége ,
- k) fogamzásgátlással kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek,
- l) terhesség-megszakítással kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek, kivéve, (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit),
- m) meddőség kivizsgálásával, kezelésével kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek,
- n) mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek,
- o) HIV-fertőzéssel kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek,
- p) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek,
- q) fogászattal kapcsolatos ellátások, gyógyszerköltségek, kivéve a fogászati modul által nyújtott ellátások költségeit, ha a Biztosított az ezen szolgáltatást nyújtó modul díját megfizette,
- r) sterilizáló műtét és következményei,
- s) nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtét,
- sz) szemkorrekciós műtétek,
- t) hallókészülék,
- u) az alkohol- vagy kábítószer-fogyasztással összefüggésben elvégzett vizsgálatok, kezelések,
- ü) a kiemelt szintű (V.I.P.) egészségügyi ellátás (pl. egyágyas szoba),
- v) védőoltások vakcinájának beszerzése, költségtérítése
- w) ápolási otthonban történő ellátások,
- x) az olyan orvosi ellátás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása, egészségének helyreállítását) 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.

5.7. 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- motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, moto-cross, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival), quad, privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés, bázisugrás).

6. Biztosítási limit és önrész:

SZOLGÁLTATÁS	Totál LIMIT 2 MFt / biztosítási év/biztosított	ÖNRÉSZ
Járóbeteg ellátás		
Alapellátás (angol nyelven beszélő háziorvosi szolgáltatás)	limiten belül	nincs
Szakellátás (beleértve az ambuláns műtéteket is)	limiten belül	nincs
Diagnosztikai és laborvizsgálatok	limiten belül	nincs
Fekvőbeteg ellátás		
Fekvőbeteg ellátás (ideértve a műtéti beavatkozásokat, egynapos sebészet is)	limiten belül	nincs
Az egészségügyi ellátáshoz szükséges gyógyszer, kötszer, gyógyászati segédeszköz költségeinek finanszírozása (gyógyászati segédeszközök hivatalos listáján szereplő termékek) önrész figyelembe vételével A BIZTOSÍTOTTNAK ELŐFINANSZÍROZÁSI KÖTELEZETTSÉGE VAN!	100 000 Ft/ biztosítási év/biztosított (a biztosító összesen max.100.000 Ft-ot térít/biztosítási év)	50%
Betegszállítás: ha a biztosított mozgásképtelenné válik, és nem megoldott az egészségügyi ellátó intézménybe való jutása, országhatáron belül, ha biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges.	limiten belül	nincs
Sürgősségi ellátás: országhatáron belül, azonnali ellátást igénylő esetekben ESETENKÉNT A BIZTOSÍTOTTNAK ELŐFINANSZÍROZÁSI KÖTELEZETTSÉGE VAN!	limiten belül	nincs

I. modul (amennyiben a biztosított a modul díját külön megfizette)

Hazaszállítás költségei, ha a biztosított egészségügyi állapota ezt megkívánja, illetve lehetővé teszi, és a biztosító által kijelölt egészségügyi szolgáltató is javasolja az otthoni gyógykezelést és a hazaszállítást az állandó lakhely szerinti országba	3.000.000 Ft/ biztosítási év/biztosított (a biztosító max.1.500.000 Ft- ot térít/biztosítási év)	50 %
--	--	------

II. modult (ami a hatályba lépéstől számított 24. hónap elteltével lép hatályba, az SZTE ez időpontot 60 nappal megelőző egyoldalú kérelme alapján)

Házivizit: munkanapokon 8-16 h. között belgyógyász orvosi kiszállás, ha a biztosított állapota nem teszi lehetővé az alapellátó orvos rendelőjében való felkeresését (nem helyettesíti a sürgősségi esetek ellátásait)	max. 200.000 Ft/ biztosítási év/biztosított	nincs
---	---	-------

III. modul (amennyiben a biztosított a modul díját külön megfizette)

Fogászat: fogászati kezelésekre megállapított limit erejéig az erős fájdalommal járó, azonnali ellátást igénylő fogtömés, gyökérkezelés, tályogkezelés, foghúzás, szájüregi kezelések, baleseti következmények miatti ellátások) A BIZTOSÍTOTTNAK ELŐFINANSZÍROZÁSI KÖTELEZETTSÉGE VAN!	400.000 Ft/ biztosítási év/biztosított (a biztosító max. 200.000 Ft-ot térít/biztosítási év)	50 %
--	--	------

7. Díjfizetés**7.1. Díjfizetési gyakoriság: határozott tartamnál (min 3 hónap): egyösszegű határozatlan tartamnál: a tandíjfizetés rendjéhez igazodó két féléves (09.01.-01.31.+ 1 hónap és 02.01.-08.31.+ 1 hónap)**

A biztosítás díja biztosítási időszakonként:

- éves: **68.000,- Ft/fő**
- 3 hónap határozott tartam: **30.000 Ft/fő**
- féléves: **34.000,- Ft/fő**

I. modul éves díj: **10.000 Ft/biztosítási év/fő**II. modul éves díj: **75.000 Ft/biztosítási év/fő**III. modul éves díj: **85.000 Ft/biztosítási év/fő****7.2. A kifizetés során a Kbt. 130. § (1) és (6) bekezdésében foglaltak megfelelően irányadóak.****A Szerződő a biztosítási díjat köteles minden (adatszolgáltatásban bejelentett) Biztosított után a Biztosítónak megfizetni.****7.3. A Szerződő köteles a csoportos biztosításba biztosítottként belépő személyeket (biztosítottakat) a biztosító felé lejelenteni. A Szerződő az első adatszolgáltatásra 2015. szeptember 30., ezt követően minden megkezdett félév első hónapjának utolsó napjáig köteles.** A Bármely időpontban 3 hónapos időtartamra biztosított személyek esetében a biztosított nyilatkozat aláírásától számított 2 munkanapon belül köteles a Szerződő rájuk vonatkozóan külön adatszolgáltatást teljesíteni. A díjfizetés alapjául szolgáló adatszolgáltatás rendjét a 7. számú melléklet rendezi.

7.4. A biztosítás rendszeres, féléves díjfizetésű, az első díj a kockázatviselés kezdő napját követő 90. napig esedékes, a folytatólagos díjak minden biztosítási időszak kezdő napját követő 90. napig esedékesek. A Biztosító a Szerződő 7.3 pontban meghatározott adatszolgáltatás alapján kiállítja a számlát, melynek fizetési határideje esedékesség utolsó napja. A fél éves biztosítási díj biztosítottak száma alapján kerül meghatározásra.

7.5. A biztosító az aktuális biztosítási díjról számlát bocsát ki a szerződő részére (szerződő nevére kiállítva), melyet minden esetben az alkusznak küld meg, aki azt ellenőrzés után továbbítja a Szerződőnek. Szerződő a díjat a biztosítónak a számlán feltüntetett bankszámlájára utalja a számla szerinti fizetési határidő figyelembe vételével.

Felek az ÁFA tv. 58.§-a szerinti féléves elszámolásban állapodnak meg. Biztosító minden számlán köteles feltüntetni a teljesítés jogcímét, a teljesítés időszakát, valamint a szerződésszámot (kötvényszámot). A számlákon a teljesítés dátuma megegyezik a fizetési határidővel. Szerződő jogosult a számlát a fizetési határidő meghosszabbítása mellett kifizetetlenül visszaküldeni, ha a fenti feltételek nem teljesülnek.

7.6. A biztosítási díj be nem fizetése esetén a Biztosító kockázatviselése az elmaradt díj esedékességének utolsó napját követő napon megszűnik.

A fedezetbe vont Biztosítottak biztosítási díja a 2 éves, díjemelésre vonatkozó moratórium leteltéig adott biztosítási időszakon (az Egészségbiztosítási kártyán megjelölt) belül nem változik.

7.7. A szolgáltatás ellenértékét a Szerződő a biztosítással érintett időszakra vonatkozóan, számla ellenében a Ptk. 6:130. § (1)-(3) bekezdése alapján teljesíti átutalással.

7.8. Az eljárásban alkalmazandó az Art. 36/A. § előírásai.

7.9. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor **a biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.**

A szerződő vállalja, hogy a biztosítási díjat a szerződéskötéskor - illetve díjfizetési halasztás esetén - a díj esedékességének megfelelően, **biztosítási időszakonként előre egyösszegben fizeti meg.**

8. Elévülés

Jelen szerződésből származó igények a káresemény bekövetkezésének időpontjától számított **1 év elteltével elévülnek.**

Amennyiben a biztosított előfinanszírozta az egészségügyi szolgáltatást, úgy a biztosító fizetési szolgáltatására vonatkozó igénye tekintetében az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

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

9. Egyéb rendelkezések

A szerződéskötés nyelve a magyar.

9.1. A szerződő a biztosító hozzá intézett nyilatkozatairól és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a biztosítottakat tájékoztatni. A biztosító a szerződő számára angol nyelven rendelkezésre bocsátja a nyilatkozatot illetve a szerződésre vonatkozó tájékoztató anyagokat.

9.2. A biztosító a befizetett biztosítási díjon felül a szerződés tartama alatt felmerülő többletráfordítások költségét felszámolhatja az alábbiak szerint:

A biztosítási események igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.

9.3. Az egészségügyi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi ellátás hibás teljesítéséből eredő károkért az ellátást nyújtó szolgáltató a felelős.

A biztosító az egészségügyi szolgáltató által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvos szakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja.

9.4. Az adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat az Ügyfélértékelő tartalmazza (8. sz. melléklet)

10. Szerződő Felek megállapodása értelmében a jelen szerződésben és annak mellékleteiben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény, az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény, valamint az egyéb hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

A szerződés Polgári Törvénykönyvtől lényegesen eltérő rendelkezései a következők:

10.1. Jelen szerződés 2.2. pontja értelmében – a Ptk. 6:443. § (1) bekezdésétől eltérően – a biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító **írásbeli megállapodása alapján jön létre.**

10.2. A szerződés 2.2. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:475. § – **a biztosítási szerződés módosításához a biztosított hozzájárulására nincs szükség.**

10.3. A szerződés 2.5. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:447. § (2) – a biztosítási időszak igazodik a hallgatói jogviszony időtartamához.

10.4. Jelen szerződés 2.6.3 pontja értelmében – a Ptk. 6:466. § (1) bekezdésétől és a 6:490.§ (2) bekezdésétől eltérően – a biztosítási szerződést a Szerződő 120, a Biztosító 90 napos felmondási idővel rendes felmondással felmondhatja.

10.5. Jelen szerződés 2.6.5. pontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:451. § (1) bekezdésétől összhangban a Ptk. 6:442.§ (3) bekezdésével - **a biztosított nem léphet a szerződő helyébe.**

10.6. Jelen szerződés 8. 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.**