

AZ ARGOSZ BIZTOSÍTÓ Rt.
BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS SZABÁLYZATA
BESZ-92.

Ez a szabályzat azokat a feltételeket tartalmazza, amelyeket - ellenkező szerződéses kikötés hiányában az Argosz Biztosító Rt. (továbbiakban: biztosító) betegségbiztosítási szerződéseire, ill. a biztosítási szerződéseknek betegségbiztosítást tartalmazó részére alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e szabályzatra hivatkozással kötötték.

A szabályzatban és a szerződésben nem érintett kérdésekben a magyar jogszabályok az irányadók.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Biztosítási esemény: a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkezett olyan betegsége, vagy baleseti eredetű egészségkárosodása, amelyre – az egyes biztosítási különös szabályzatok szerint különbözően, – a biztosító szolgáltatást nyújt.

II. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

1. A biztosítási szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre. A szerződő a biztosítási szerződést ajánlati nyomtatvány kitöltésével kezdeményezi.
2. A biztosítási szerződés alanyai

A szerződő: aki a szerződést a saját, vagy a harmadik személy javára megkötí, és a biztosítási díjat fizeti.

A biztosított: az a 65. életévét be nem töltött személy, akinek betegségére, vagy balesetének következményeire a szerződést megkötik.

A biztosított belépési kora úgy kerül megállapításra, hogy a biztosító a biztosítás kezdeti évéből levonja a biztosított születési évét.
3. A biztosító a biztosítási szerződésről biztosítási kötvényt állít ki.
4. A biztosítási ajánlat elfogadásáról a biztosító a kitöltött egészségi-nyilatkozat, vagy orvosi vizsgálat alapján dönt. Az orvosi vizsgálat költségeit a biztosító viseli.
Az ajánlatot indokolás nélkül el lehet utasítani. A döntést az ajánlattevővel írásban kell közölni. A biztosítási ajánlattal kapcsolatos valamennyi irat a biztosító tulajdonába megy át, ezt azonban harmadik személynek nem adhatja ki.
5. A titoktartási kötelezettség feloldása.

A biztosítandó személy az ajánlat aláírásával felhatalmazza a biztosítót, hogy a meglevő és korábbi betegségeiről, testi fogyatékoságairól a szükséges információt beszerezze.

6. Közlési kötelezettség

- a) A biztosított (szerződő) a szerződéskötéskor köteles a biztosítóval a valóságnak megfelelően közölni a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt, amelyre a biztosító kérdést tett fel, és melyet ismert, vagy ismernie kellett. A biztosított (szerződő) köteles a közölt adatok ellenőrzését a biztosító részére lehetővé tenni.
- b) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- c) Ha a felek megállapodnak, hogy a biztosított és a szerződő fél meghatározott lényeges körülmények változását a biztosítónak írásban bejelenteni köteles, akkor a biztosított (szerződő) a változás bejelentést 8 nap alatt tartozik megtenni.

III. A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE

1. A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő (biztosított) az első díjat a biztosító számlájára, vagy pénztárába befizeti, illetőleg aznap, amikor a díj megfizetésére vonatkozóan a felek halasztásban állapodnak meg, vagy a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti.
2. A szerződés területi hatálya
A biztosítási szerződés kikötheti, hogy a biztosító területre korlátozottan vállalja a fedezetet.
3. A biztosítás időtartama
A biztosítási szerződés határozott, vagy határozatlan időtartamra köthető meg.

IV. A DÍJFIZETÉS MÓDJA - FIZETÉSI KÉSEDELEM

1. A szerződő a szerződés szerint egyszeri, vagy biztosítási időszakonként esedékes díjat fizet.

A biztosítási időszak – ha a szerződés ennél nem rövidebb – egy év. Az éves díj egyösszegű megfizetése esetén a biztosító díjengedményt ad. Az egyszeri díjat, valamint a folyótóltagos díjfizetés első díját – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a szerződés megkötésekor kell megfizetni.

2. Ha a szerződő (biztosított) az első időszakra járó díjat (a díjnak megállapodás szerint részletekben fizetése esetén az első díjrészletet) az esedékességtől (a halasztott díjesedékességet is ideértve) számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, illetve a biztosító a díjkövetelését ugyanezen időn belül bírósági úton nem érvényesíti, a biztosítás megszűnik. A biztosító a szerződés megszűnését, és a bírósági út igénybevételenek határidejét további 30 nappal meghosszabbíthatja, ha az esedékességtől számított 30 nap eltelté előtt ennek a körülménynek a közlésével a biztosítottat a fizetésre írásban felszólítja.

Ha a szerződő (biztosított) a folytatólagos díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, halasztást sem kapott, és a biztosító a díjat bírósági úton nem érvényesíti, a biztosító a kockázatát az esedékességtől számított 60 napig viseli. Ez alatt az idő alatt a szerződő (biztosított) az elmulasztott időszakos díjat pótolhatja. (A biztosító – késedelmes díjfizetés esetén – késedelmi kamat felszámítására jogosult.)

3. A biztosítás újra érvénybe helyezés (reaktiválás)

Ha a biztosító a szerződésnek díj nemfizetés miatt történő megszűnésétől számított 3 hónapon belül a szerződő (biztosított) által befizetett díjat 15 napon belül nem utasítja vissza, akkor a szerződés a díj fizetését követő nap 0 órájakor újból hatályba lép, feltéve, hogy az utólagos díjfizetés fedezi a folyó biztosítási év még kiegyenlített díját, levonva abból azt a díjrészt, amely arra az időre esik, amíg a biztosító a szerződés megszűnése folytán a kockázatot nem viselte.

V. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK KÖRE

1. A biztosítási szolgáltatások köre.
A biztosító a konkrét szolgáltatását a betegségbiztosítás különös szabályzatában nevesíti. (Szolgáltatások különösen: kórházi/vagy ambuláns kezelés költségeinek megtérítése, kórházi napitérítés, stb.)
2. A biztosítási védelem korlátozása - kizárások

A biztosító a kockázatviselést korlátozhatja, vagy kizárhatja az alábbiak szerint:

- a kozmetikai kezelések és műtétek, valamint ezek következményei miatt, kivéve, ha ezek baleset miatt válnak szükségessé,
- a biztosítás hatálybalépése előtt kezdődött gyógykezelésekre,
- azokra a betegségekre és baleseti következményekre, amelyek a biztosítás hatálybalépése előtt keletkeztek, azonban csak a biztosítás kezdetét követően került sor a gyógykezelésre, ha a biztosított közlési kötelezettséget sértett és a gyógykezelés okozati összefüggésben áll az elhanyagolt betegséggel (balesettel).

A biztosító nem él a kizárás jogával, amennyiben a biztosítás kezdete előtt nem közölt betegségek vagy

baleseti következmények nem vezettek gyógykezeléshez és erre első alkalommal a biztosítás megkötését vagy újból érvénybe helyezését követő öt éven túl került sor.

A várakozási idő alatt keletkezett betegségekre a biztosító kizárása csak e határidő lejártáig érvényes, a várakozási időben bekövetkezett balesetekre azonban a biztosító nem él kizárási jogával.

3. Harmadik személlyel szembeni igények

a) Ha egy biztosítási eseményért harmadik személy felelőssége megállapítható, és a biztosított a kárt okozótól, vagy más biztosítótól már térítést kapott azon költségekre, amelyeket azonos biztosítási esemény miatt a betegségbiztosítás alapján is megkapna, akkor a biztosító jogosult ezt az összeget térítésébe beszámítani. Amennyiben a biztosító a kifizetést teljesítette, őt illetik meg azok a jogok, amelyek a biztosítottat illetnék meg a kárért felelős személlyel szemben.

b) Ez a beszámítási és megtérítési jog nem érvényesül a napitérítést tartalmazó, költségbizonyítást nem igénylő biztosításoknál.

VI. KÁRBEJELENTÉS - TELJESÍTÉS

1. A biztosított köteles a biztosítási esemény bekövetkezését a biztosítónak két munkanapon belül bejelenteni, a szükséges felvilágosításokat megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító jogosult a biztosítottat saját orvosával megvizsgáltatni.

A biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosított e kötelezettségét nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

2. A biztosítási szolgáltatásokhoz szükséges iratok

A biztosító a különös szabályzatokban meghatározott biztosítási események bejelentésének módját és a szolgáltatás elbírálásához szükséges iratokat, azok benyújtásának módját, az egyes különös szabályzatokban határozza meg.

3. A biztosítási szolgáltatásokra jogosultak

A biztosító szolgáltatásaira alapvetően a biztosított (törvényes képviselője) jogosult. Az ettől eltérő jogosultságot a különös szabályzatok tartalmazzák.

4. Eljárás véleménykülönbség esetén

A betegség vagy baleset következményeinek jellegével és mértékével kapcsolatos – a biztosított és a biztosított között fennálló – véleménykülönbség esetén orvosi bizottság dönt. Az orvosi bizottság döntését a biztosított, vagy a biztosító kérheti.

Az orvosi bizottságba a biztosító és a biztosított is egy-egy, a magyar biztosítási orvosok jegyzékében szereplő orvost jelöl.

A két orvos közös megegyezéssel kijelöl egy harmadik (elnök) orvost, aki a két választott orvos szakvéleménye alapján, megegyezésük hiányában dönt.

Az orvosi bizottsággal kapcsolatos költségeket maga a bizottság állapítja meg és azt a biztosító viseli.

A biztosítottnak a bizottság előtt való megjelenésével kapcsolatos szükséges kiadásait a biztosító abban az esetben viseli, ha a bizottság az ő javára döntött, vagy ha a biztosított vizsgálatát a biztosító kérte.

5. A biztosító teljesítése a különös és/vagy kiegészítő szabályzatokban meghatározott iratoknak a biztosítóhoz történő beérkezését követő 15 napon belül történik.

VII. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

1. A biztosító nem nyújt szolgáltatást

- olyan betegségek és balesetek következményeire, amelyek alkohol, vagy kábítószeres visszaélészerű élvezete miatt lépnek fel, vagy amiatt rosszabbodnak, illetve a gyógykezelés jelentősen megnehezül,

- megvonási eljárásokra, elvonókúrákra, olyan betegségek és balesetek következményeire, amelyek zavargásokban való aktív részvétel, verekedésekben való kezdeményezés, vagy a biztosított szándékos bűncselekménye miatt keletkeznek,

- a biztosított által önmagának szándékosan okozott betegségekre és balesetekre, (következményeire), valamint öngyilkossági kísérlet következményeire.

VIII. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

1. A biztosító által a szerződőnek, a biztosítottnak, vagy egyéb jogosultnak a biztosító által ismert utolsó címére ajánlott levélben elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnak kézbesítették.

A biztosító a szerződés megkötésekor vagy azt követően 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.

2. A biztosítási kötvény elvesztése, vagy megsemmisülése

Ha a kötvény elveszett, vagy megsemmisült – feltéve, hogy azt nem ruházták át – a szerződő (biztosított) köteles e körülményt bejelenteni, a törvényes megsemmisítést kimondó jogerős határozatot a biz-

tosítónak átadni, melynek alapján a biztosító másodlatot állít ki. A másodlat az eredetivel egyező, a biztosító erre vonatkozó szabályai szerint. A másodlat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, e tény a másodlaton záradékban fel kell tüntetni. E szabályok irányadók a további kötvénymásodlatokra, vagy egyéb okiratok másodlataira is.

3. Változásbejelentési kötelezettség

A biztosított köteles a szerződés tartama alatt bekövetkezett lakcímváltozást, személyi adatainak és körülményeinek változásait, 30 napon belül a biztosítónak bejelenteni.

4. Fogalom meghatározások

E szabályzat értelmében:

Magán betegségbiztosítás: a társadalombiztosítástól független, szabadon kötött magánjogi szerződés, amelyben a kockázatokat a felek szabadon állapítják meg, s a biztosító szolgáltatása is megállapodás függvénye.

A biztosító a szolgáltatásáért a vállalt kockázat mértékének megfelelő, az ekvivalencia (egyenértékűség) elvét érvényesítő díjat számít fel.

Betegség: a biztosított egészségének objektív tünetet mutató, olyan nem baleseti eredetű károsodása, amely az orvostudomány általánosan elismert állása szerint rendellenes testi vagy szellemi állapot.

Baleset: a biztosított akaratától független olyan hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a biztosított gyógykezelésre szorul.

Kórház: olyan, az egészségügyi hatóság által engedélyezett intézmény,

- amelyben biztosított az állandó orvosi jelenlét,
- amely elegendő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik ahhoz, hogy az orvostudomány általánosan elismert állása szerint dolgozzék,

- amely kórtörténetet vezet,

- amely szükségyszerűen fekvőbeteg ellátást biztosít. Várakozási idő: a betegségbiztosítás különös szabályzataiban megállapított időszak.

Gyógykezelés: az olyan orvosi kezelés, amely az orvostudomány általánosan elismert állása szerint megfelelőnek tűnik az egészség újbóli helyreállítására, az állapot javítására, vagy a rosszabbodás megakadályozására.

5. Elévülés

A betegségbiztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított öt év alatt elévülnek.