

Biztosítási feltételek az Exkluzív egészségbiztosítási szerződéshez (EXKL2002)



GENERALI·PROVIDENCIA





GENERALI-PROVIDENCIA Biztosító Rt.

Tisztelt Partnerünk!

Köszönjük megtisztelő bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával a Generali-Providencia Biztosító Részvénytársasághoz fordult.

Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni alábbi tájékoztatónkat, amelyben bemutatjuk társaságunk főbb adatait, tájékoztatjuk a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységeinkről, felügyeleti szervünk megnevezéséről és székhelyéről, valamint megismertetjük Önt az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályaival. Felsoroljuk továbbá azokat a szervezeteket, amelyek részére társaságunk az ügyfelek – biztosítási titkot képező – adatait a biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 1995. évi XCVI. törvény alapján kiadhatja, illetőleg tájékoztatást adunk azokról a szervezetekről, amelyek társaságunk részére a biztosítási tevékenységgel összefüggő szolgáltatást végeznek.

Külön kitérünk a biztosítási ajánlat aláírása előtt szükséges leglényegesebb tudnivalókra, amelyek birtokában a szerződéskötési szándékát kifejező jognyilatkozatát megfontoltan teheti meg.

1. A Generali-Providencia Biztosító Rt. a Providencia Osztrák-Magyar Biztosító Rt. és a Generali Budapest Biztosító Rt. egyesülésével jött létre 1999. évi április hó 30. napján.

A társaság alaptőkéje:	4 000 000 000 Ft
A társaság székhelye:	1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.
Telefon: (36-1) 301-7100	
A társaság egyedüli részvényese:	Generali Holding Vienna AG
Székhelye:	A-1010 Bécs, Landskrongasse 1-3.

2. A biztosítási szerződésével kapcsolatos kérdésével, problémájával forduljon bizalommal biztosításközvetítőjéhez, ügyfélszolgálati irodáink bármelyikéhez, illetve hétköznapiokon – 8 és 20 óra között – Generali TeleCenter szolgálatunk munkatársaihoz, akik a (06-40) 200-250-es telefonszámon készséggel állnak az Ön rendelkezésére.

Információ található a www.generali.hu címen is.

További kérdéseivel vagy problémáival forduljon a lakóhelye vagy székhelye szerint illetékes Ügyviteli Központunkhoz:

■ Budapest és Vidéke Területi Ügyviteli Központ	1132 Budapest, Váci út 36-38.	(1)	452-3100
■ Miskolci Területi Ügyviteli Központ	3530 Miskolc, Szemere B. u. 13.	(46)	517-100
■ Debreceni Területi Ügyviteli Központ	4024 Debrecen, Szent Anna u. 37.	(52)	419-937
■ Szegedi Területi Ügyviteli Központ	6720 Szeged, Széchenyi tér 6.	(62)	566-199
■ Pécsi Területi Ügyviteli Központ	7624 Pécs, Budai Nagy Antal u. 1.	(72)	512-412
■ Győri Területi Ügyviteli Központ	9022 Győr, Bajcsy-Zs. út 44.	(96)	507-000

Amennyiben munkatársaink segítő közreműködése ellenére sem sikerült felmerült problémáját megnyugtatóan rendezni, a Generali-Providencia Biztosító Rt. Vezérigazgatóságán működő Ügyfélkapcsolatok csoportnál – 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. – személyesen vagy írásban élhet bejelentéssel.

3. A biztosító felügyeleti szerve:	Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
Székhelye:	1013 Budapest, Krisztina krt. 39. 1535 Budapest, 114. Pf. 777. Telefon: 489-9300, Fax: 489-9102

4. Tájékoztatjuk, hogy a biztosító feladatai ellátásához az alábbi adatokat jogosult kezelni:
- a biztosított (szerződő, kedvezményezett és károsult) személyi adatait,
 - a biztosított vagyontárgyat, és annak értékét,
 - a biztosítási összeget,
 - élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosítási szerződés esetén az egészségi állapottal összefüggő adatokat,
 - a kifizetett biztosítási összeg mértékét és a kifizetés idejét,
 - a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tényt és körülményt.

5. A fenti, biztosítási titkot képező adatok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Biztosítási titok (biztosítási titkot képező adat) csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható adatok körét pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad.

6. Tájékoztatjuk, hogy a biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 1995. évi XCVI. törvény értelmében a titoktartási kötelezettség nem áll fenn

- feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- az ügyészségi felhatalmazással rendelkező rendészeti nyomozóhatóság vezetőjével,
- az ügyészséggel,
- a büntető-, felszámolási vagy csődeljárásban eljáró bírósággal,
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- a törvényben meghatározott esetben az adóhatósággal,
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- az egészségügyi hatósággal

szemben.

7. Tájékoztatjuk, hogy a Generali-Providencia Biztosító Rt. részére – társaságunk irányítása és ellenőrzése alatt – a Generali Office-Service und Consulting AG számítógépes adatkezelői szolgáltatást végez, mely szolgáltatónál a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek. E tevékenységet társaságunk a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete részére bejelentette.

Tájékoztatjuk továbbá, hogy társaságunk kárrendezéssel kapcsolatos feladatainak egy részét az Europ Assistance Magyarország Kft. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.) közreműködésével végzi, melyet társaságunk a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete részére bejelentett.

8. Társaságunk köteles a biztosított (szerződő, kedvezményezett) kérésére a biztosító által vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni, valamint a biztosított (szerződő, kedvezményezett, károsult) által kezdeményezett adathelyesbítéseket nyilvántartásaiban átvezetni.

9. A biztosítási ajánlat aláírása előtt kérjük, szíveskedjék figyelembe venni a következőket:

- A megkötendő biztosítási szerződésre, a szerződő felek jogaira és kötelezettségeire a biztosítási szerződési feltételek és záradékok előírásai az irányadók.
- Kérjük, szíveskedjék ezeket gondosan áttanulmányozni, és ajánlatát csak ezt követően aláírni.
- A jognyilatkozatok csak írásban érvényesek. A szerződő (biztosított) nyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.

A sikeres együttműködés reményében.



Generali-Providencia Biztosító Rt.

www.generali.hu



Tartalom

Ügyfélértékelő	2
Exkluzív egészségbiztosítási szerződés általános feltételei	5
1. Általános rendelkezések	5
1.1 Szerződés alanyai	5
1.2 Szerződés létrejötte	5
1.3 Szerződés hatálybalépése, a biztosítás technikai kezdete, a kockázatviselés kezdete, várakozási idő	5
1.4 Szerződés megszűnésének esetei	5
2. Területi hatály	5
3. A biztosítási szerződés tartama, biztosítási időszak	5
4. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	5
4.1 Szűrővizsgálat	5
4.2 A szerződő és a biztosított közlési és változás bejelentési kötelezettsége	6
4.3 A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési és változás bejelentési kötelezettség megsértése esetén	6
5. A biztosítási díj megállapítása, fizetése, a díjfizetés elmulasztásának következményei	6
6. Éves szolgáltatási limit	6
7. Díjigazítás	6
8. Reaktiválás	7
9. A biztosítási esemény bejelentésének határideje	7
10. A biztosító teljesítésének esedékessége	7
11. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatviselésből kizárt események	7
12. Egyéb rendelkezések	8
13. Elévülés	8
14. Panaszfórum	8
15. Értelmező rendelkezések	8
Exkluzív egészségbiztosítási szerződés különös feltételei	10
1. Kórházi fekvőbeteg ellátás különös feltételei	10
1.1 Biztosítási esemény	10
1.2 A biztosító szolgáltatása	10
1.3 A biztosító teljesítésének feltételei	10
2. Műteti térítés különös feltételei	11
2.1 Biztosítási esemény	11
2.2 A biztosító szolgáltatása	11
2.3 A biztosító teljesítésének feltételei	11
3. Kiemelt kockázatú - dread disease - betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételei	12
3.1 Biztosítási esemény	12
3.2 A biztosító szolgáltatása	13
3.3 A biztosító teljesítésének feltételei	13
4. Baleset vagy betegség miatt felmerülő költségek megtérítésének különös feltételei	14
4.1 Biztosítási esemény	14
4.2 A biztosító szolgáltatása	14
4.3 A biztosító teljesítésének feltételei	14
„A” melléklet az Exkluzív egészségbiztosítási szerződés általános feltételeihez /SPO02 záradék	15
„B” melléklet az Exkluzív egészségbiztosítási szerződés műteti térítés különös feltételeihez	16

Exkluzív egészségbiztosítási szerződés általános feltételei

Jelen feltételek – ellenkező megállapodás hiányában – a Generali-Providencia Biztosító Rt. Exkluzív egészségbiztosítási szerződéseire hatályosak, feltéve, hogy az egészségbiztosítási szerződést (továbbiakban: szerződés) a jelen feltételekre (továbbiakban: általános feltételek) hivatkozással kötötték.

Jelen biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

1. Általános rendelkezések

1.1 Szerződés alanyai

- (1) A Generali-Providencia Biztosító Rt. (továbbiakban: biztosító) a biztosítási díj ellenében a szerződésben meghatározott tartam alatt kockázatot visel, és jelen feltételekben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.
- (2) Szerződő az a fél, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- (3) Biztosított az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön.
- (4) Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.
- (5) A szerződésben kedvezményezett lehet a biztosított, vagy a szerződésben megnevezett más személy.
- (6) Amennyiben a szerződő és a biztosított különböző személy, a szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

1.2 Szerződés létrejötte

- (1) A szerződés a szerződő és a biztosító megállapodása alapján jön létre, amelyet a szerződő ajánlattal kezdeményez.
- (2) A biztosító jogosult ajánlattételkor a biztosítás első díját beszedni, amelyet kamatmentes előlegként kezel. Ha a szerződés létrejön, a biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. Amennyiben a biztosító az ajánlatot elfogadja, de a szerződő a kötvény kézbesítését követő 15 napon belül mégis eláll a szerződés megkötésétől, akkor a biztosító az előlegnek a szűrővizsgálat díjával csökkentett részét utalja vissza a szerződőnek.
- (3) A biztosító az ajánlat elfogadása előtt – a biztosított orvosi szűrővizsgálatának eredményét figyelembe véve – kockázat-elbírálást végez, melyhez a biztosított egészségi nyilatkozatát, kiegészítő orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait is kérheti. A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.
- (4) A kockázat-elbírálás eredményétől függően a biztosító az ajánlatot vagy elfogadja, vagy elutasítja, vagy az ajánlatra vonatkozó

módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles megindokolni.

- (5) A szerződő a módosító javaslatot az annak közlésétől számított 15 napon belül írásban elutasíthatja.
- (6) A szerződés létrejön, ha a biztosító az ajánlatra kötvényt állít ki. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra az ajánlat átvételétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik.

1.3 A szerződés hatálybalépése, a biztosítás technikai kezdete, a kockázatviselés kezdete, várakozási idő

- (1) A szerződés az azt követő nap 0. órájától lép hatályba, amikor a szerződő a biztosítás díját (díjelőleget) a biztosító számlájára átutalja vagy pénztárába befizeti, vagy amikor a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, feltéve, ha a szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön.
- (2) A díjfizetés technikai kezdete a biztosítási kötvényen a díjfizetés technikai kezdeteként megjelölt időpont, és amely a biztosítási évforduló napja is.
- (3) A biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésének időpontjában kezdődik meg.
- (4) A biztosító a szerződésben várakozási időt köt ki. A várakozási idő tartamát a kötvényen szereplő záradékban rögzítik. A biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.

1.4 A szerződés megszűnésének esetei

A szerződés megszűnik:

- a) a biztosított halála esetén, vagy
- b) a szerződésben meghatározott lejáratú időpontban, vagy
- c) a díjfizetés elmulasztása esetén, az első elmaradt díj esedékességétől számított 30. nap elteltével, vagy
- d) felmondással.

A biztosítási szerződés a szerződésben meghatározott időtartam eltelte előtt, az első három évben is, bármelyik fél részéről felmondható. A szerződést csak írásban, a biztosítási évfordulóra lehet felmondani. A felmondási idő 30 nap.

2. Területi hatály

A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed, feltéve, hogy a különös feltételek másképp nem rendelkeznek.

3. A biztosítási szerződés tartama, biztosítási időszak

A biztosítás tartamát a szerződő felek a biztosítási kötvényben rögzítik. A biztosítási időszak egy év.

4. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

4.1 Szűrővizsgálat

A szerződés megkötésének feltétele a biztosítottnak, a biztosító által meghatározott, orvosi szűrővizsgálaton való részvétele. A biztosító a szűrővizsgálat díját a szerződés létrejöttkor a biztosítási díjba beszámítja.

4.2 A szerződő és a biztosított közlési és változás bejelentési kötelezettsége

- (1) A szerződő és a biztosított köteles közlési és változás bejelentési kötelezettségének eleget tenni.
- (2) A közlési kötelezettség abban áll, hogy a szerződő és a biztosított köteles ajánlattételkor a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.
- (3) A változás bejelentési kötelezettség abban áll, hogy a szerződő és a biztosított köteles a biztosítás tartama alatt 8 napon belül írásban bejelenteni az ajánlaton és az egészségi nyilatkozaton közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását. Lényeges körülmény az, amire a biztosító írásban kérdést tett fel. A változás bejelentésének kötelezettsége vonatkozik különösen a szerződő vagy a biztosított nevének, címének, levelezési címének, illetve a biztosított foglalkozásának, sporttevékenységének megváltozására.
- (4) A biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő.

4.3 A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési és változás bejelentési kötelezettség megsértése esetén

- (1) A közlési és változás bejelentési kötelezettség megsértése esetében a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítja, hogy
 - a) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően már ismerte, vagy
 - b) az elhallgatott, vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében
- (2) Azt, hogy az említett esetek valamelyike fennáll, annak kell bizonyítani, aki azokra hivatkozik.
- (3) Ha a szerződést érintő lényeges körülményekről a biztosító a szerződés létrejötte után szerez tudomást, akkor a tudomásra jutástól számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.
- (4) Ha a szerződő (a biztosított) a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra a kézbesítéstől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon (az adott biztosított vonatkozásában) megszűnik, feltéve, hogy a biztosító erre a jogkövetkezményre a biztosított figyelmét a módosító javaslat közlésekor írásban felhívta.

5. A biztosítási díj megállapítása, fizetése, a díjfizetés elmulasztásának következményei

- (1) A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján, különösen a biztosított belépési korának, egészségi állapotának, nemének, foglalkozásának, tevékenységének, valamint a biz-

tosítás tartamának és szolgáltatásainak figyelembe vételével történik.

- (2) A szerződés folyamatos díjú. A biztosítási évre vonatkozó éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető.
- (3) A biztosítási év az az időszak, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számítva egy évig tart.
- (4) A biztosítás első díja a szerződés létrejöttekor esedékes, kivéve, ha a felek ajánlattételkor halasztásban állapodtak meg. Minden későbbi díj pedig annak az időszaknak (biztosítási év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- (5) A biztosítási díj esedékességétől számított 30. nap elteltével a szerződés megszűnik, tehát a biztosító kockázatviselése is ebben az időpontban ér véget, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, és a szerződő halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító a díjkövetelést hatósági úton nem érvényesítette.
- (6) Amennyiben a szerződés tartama alatt a biztosítási díjjal nem fedezett időszakban – a biztosítási szerződés megszűnése előtt – biztosítási esemény következik be, a biztosítónak jogában áll a már esedékessé vált díjat a szolgáltatás(ok) összegéből levonnia.
- (7) A biztosító annak a biztosítási időszaknak a végéig járó díjra tarthat igényt, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett.

6. Éves szolgáltatási limit

A biztosítási szerződés az Exkluzív egészségbiztosítási csomag szolgáltatásaira éves, globális, szolgáltatási limitet (továbbiakban: éves szolgáltatási limit) tartalmaz, melynek mértékét az ajánlat és a biztosítási szerződés tartalmazza. Az éves szolgáltatási limit a díjigazításban leírtak (általános feltételek 7. pont) szerint minden évben, a biztosítási évforduló napján változik. A biztosító az éves szolgáltatási limiten belül kockázatonként további megkötéseket alkalmaz, melyeket a különös feltételek tartalmaznak.

7. Díjigazítás

- (1) A biztosítás értékének, illetve költségfedező képességének megőrzése érdekében a biztosító évente a biztosítás évfordulójának a napján díjigazítást hajt végre.
- (2) Díjigazításra a biztosítással fedezett szolgáltatások költségeinek, a szolgáltatások körének, és a szolgáltatások igénybevételeének változásakor kerül sor.
- (3) A díjigazítás technikája a biztosítási összeg, az éves szolgáltatási limit, illetve a biztosítás díja módosítás előtt meghatározott százalékkal való – nem arányos – változtatása.
- (4) A díjigazítás alapja a Központi Statisztikai Hivatal által megadott egészségügyi árindex, valamint a biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál az igénybe vehető költségtérítéssel szolgáltatások díjának – az előző évhez viszonyított – változása, továbbá a biztosító szolgáltatásainak változása (pl. a gyógyítási költségek növekedése, vagy az egészségügyi szolgáltatások gyakoribb igénybevétele). A biztosító minden évben legalább egyszer összehasonlítja a szükségessé váló és a kalkulált biztosítási szolgáltatásokat. Amennyiben ez az összehasonlítás 10%-nál nagyobb mértékű eltérést mutat, a

biztosító ellenőrzi a tarifa valamennyi díjtételét, és ha szükséges, díjigazítást hajt végre.

- (5) A biztosító a biztosítási évforduló előtt legalább két hónappal értesítést küld a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási díjról, az éves szolgáltatási limit változásáról, és az új biztosítási összegekről. A biztosítás a biztosítási évforduló napján a megnövelt díjjal, biztosítási összeggel, és éves szolgáltatási limittel lép hatályba.

8. Reaktiválás

- (1) A reaktiválás a díjfizetés elmulasztása miatt megszünt szerződésnek – a szerződő írásbeli kérelmére – a szerződés eredeti tartalommal történő hatályba léptetése.
- (2) A szerződő a díjfizetés elmaradása miatt megszünt szerződés megszűnésének időpontjától számított 3 hónapon belül írásban kérheti a biztosítás reaktiválását. Ebben az esetben a biztosítónak jogában áll újabb kockázatbírálást végezni, és annak alapján a kérést elfogadni vagy azt indoklás nélkül, elutasítani.
- (3) A megszünt biztosítás az eredeti tartalommal és összeggel lép újra hatályba, ha a biztosító a reaktiválásra vonatkozó kérelmet elfogadja, és a be nem fizetett díjat legfeljebb a szerződés megszűnésének időpontjától számított 3 hónapon belül befizetik. Ebben az esetben a szerződés az elmaradt díj (díjrészletek) befizetését követő nap 0. órájától a szerződés megszűnésének időpontjára visszamenőlegesen lép hatályba. A reaktiválás eredményeként a biztosító kockázatviselése folyamatos.
- (4) A biztosítás tartama alatt reaktiválást legfeljebb kétszer lehet igénybe venni.

9. A biztosítási esemény bejelentésének határideje

- (1) A szerződő (a biztosított) köteles a biztosítási eseményt a bekövetkezéstől számított 15 napon belül írásban bejelenteni a biztosítónál, kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.
- (2) Abban az esetben, ha a különös feltételekben meghatározott határidőt nem tartják be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.

10. A biztosító teljesítésének esedékessége

- (1) A biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi okmány beérkezését követő 15 napon belül teljesíti, kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.
- (2) Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

11. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatviselésből kizárt események

- (1) A biztosító mentesülése
- a) A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyi-

ben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékosan jogellenesen, vagy a szerződő, illetve a biztosított jogellenesen súlyosan gondatlanul okozták.

- b) A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha
- a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt,
 - a biztosítási esemény kábítószer fogyasztás, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
 - a baleset idején alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószert vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkeztében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5%-ot meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8%-ot meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció,
 - olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett és ez a tény a baleset bekövetkeztében közrehatott.
- c) A biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás alól az általános feltételek 4.2 és a 4.3 pontjában rögzített közlési, illetve változás bejelentési kötelezettség megsértése esetén is.
- d) A biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Mentesül a biztosító a biztosítási szolgáltatás alól annyiban, amennyiben a biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.
- e) A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a biztosított öngyilkossági kísérletével, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be.
- f) Azt, hogy a fenti körülmények valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.
- (2) A kockázatviselésből kizárt események
- a) A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
- terhesség,
 - terméketlenség, mesterséges megtermékenyítés, sterilizáció,
 - nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtét,
 - fogpótlás,
 - elmebeteg állapotok, pszichiátriai rendellenességek,
 - HIV fertőzés. Nem vonatkozik a HIV fertőzésre vonatkozó kizárás a kiemelt kockázatú betegségek diagnosztizálása esetén az AIDS betegségre feltéve, hogy a biztosított az ajánlattételkor nem volt HIV fertőzött.
 - radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárzás,
 - háborús esemény, vagy állam elleni bűncselekmény, következménye.
- b) Jelen feltételek szempontjából háborús eseménynek minősül a háború hadüzenettel vagy a nélkül, határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskíséret, polgárháború, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. légi csapás vagy tengeri akció), kommandótámadás, terrorcselekmény.
- c) A kockázatviselés nem terjed ki továbbá:
- a szülésre és annak következményére abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatályba lépése előtt történt (a fogamzás időpontjának a születéstől visszafelé számított 270. napot kell tekinteni),
 - az olyan kórházi ápolásokra, amelyeknek célja nem a biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása

és helyreállítása, így különösen az orvosi szűrővizsgálatra, kivizsgálásra vagy beavatkozásra, a biztosított nem a saját egészségi állapotának helyreállítása érdekében történő kórházi tartózkodására (pl. szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodására, szülő ápolása miatti kórházi tartózkodásra), az esztétikai, illetve kozmetikai kezelésekre,

- a terhesség alatti kórházi ápolásokra, kivéve, ha a kórházi fekvőbeteg-gyógykezelés a biztosító orvosának véleménye alapján nem áll összefüggésben a terhességgel
- a művi terhesség-megszakítás eseteire, illetve a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos kórházi kezelésekre,
- az olyan jellegű kezelésekre, mint geriátria, rehabilitáció, utógondozás, gyógypedagógia, logopédia, gyógytorna, fizioterápia, masszázs, fürdőkúra vagy fogyókúra.

(3) A balesetre vonatkozó kizárások

Jelen feltételek szempontjából nem minősül baleseti következménynek a porckorongsér, kivéve, ha a porckorongsér az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye, és a hasi sér, kivéve, ha a hasi sér az ép hasfalat ért egyszeri, külső, extrém, mechanikus behatás következménye.

(4) Sportártalmak kizárása

Amennyiben a biztosított hivatásos vagy versenyző sportoló (általános feltételek 15.(12) (a)-(c) pont), akkor a jelen feltételek alapján létrejött szerződés az általános feltételek „A” mellékletében szereplő SPO02 jelű záradékkal együtt érvényes.

12. Egyéb rendelkezések

A szerződő (biztosított) nyilatkozata a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt a biztosító szerződésekkkel foglalkozó szervezeti egységéhez írásban juttatták el.

13. Elévülés

A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje a biztosítási esemény bekövetkeztének napjától számított 2 év.

14. Panaszfórum

(1) A jelen biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban, a Generali-Providencia Biztosító Rt. székhelyén (1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.) és bármely ügyfélszolgálati irodájában be lehet jelenteni.

(2) A biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni, és vizsgálata eredményéről a panaszosnak 30 napon belül írásban tájékoztatást adni.

(3) A biztosítók felügyeleti szerve a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt.39.)

(4) A panaszokat a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőségnek (1088 Budapest, József krt.6.) is be lehet jelenteni.

15. Értelmező rendelkezések

(1) Jelen biztosítási feltételek alkalmazásában betegség az orvostudomány általánosan elismert állása szerinti rendellenes testi vagy szellemi állapot.

(2) Balesetnek minősül minden olyan, a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt érő, a biztosított akaratától függetlenül fellépő, egyszeri külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amelynek következménye a biztosított testi sérülése, egészségkárosodása, illetve halála.

(3) Műtétnek tekintendő a sebészeti eljárással történő orvosi beavatkozás, az orvosszakmai szabályok megtartásával.

(4) Műtégi lista: a műteti beavatkozások térítési kategóriák szerinti csoportosítása, melyben ezeket nevükkel és nemzetközi kódjukkal (WHO-kód) azonosítjuk. A „Műtétek térítési kategóriák szerinti csoportosítása” című tételes lista (továbbiakban: műtégi lista), a biztosító Vezérigazgatóságán, illetve Területi Igazgatóságain, igény esetén megtekinthető. A műtétek csoportba sorolásának kivonatolt tájékoztatója a különös feltételek „B” mellékletében megtalálható.

(5) Ambuláns kezelésnek minősül az olyan, betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, orvosilag indokolt kezelés, ami nem jár kórházi bentfekvéssel.

(6) Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP): az a társadalombiztosítási költségvetési szerv, amely a vele szerződésben álló egészségügyi szolgáltató részére - jogszabályban részletezett formában - az egészségügyi ellátások működési költségeit finanszírozza.

(7) Kórház: kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi felügyelet által engedélyezett és kórházi besorolást kapott fekvő betegek számára fenntartott egészségügyi intézmény, amely állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt áll, és az egészségügyi ellátások működési költségeit az OEP finanszírozza.

(8) Magánkórház: magánszemélyek által alapított, a magyar tisztiorvosi felügyelet által engedélyezett és kórházi besorolást kapott fekvőbetegek számára fenntartott egészségügyi intézmény, amely állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt áll, és az egészségügyi ellátások működési költségeit az OEP nem (vagy nem teljes körűen) finanszírozza.

(9) Biztosítóval szerződött magánkórház és kórház: A Generali-Providencia Biztosító Rt.-vel szerződéses jogviszonyban álló magánkórház és kórház.

(10) Biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató: a biztosítóval szerződéses jogviszonyban nem álló – az OEP által finanszírozott vagy nem finanszírozott – egészségügyi intézmény.

(11) Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógyintézetek, geriátriai, „krónikus” intézetek, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

(12) A biztosított sporttevékenységének minősítése
a) Hivatásos sportoló az a biztosított, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik a sportági szakszövetség, illetőleg a sportszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.

b) Jelen általános feltételek szempontjából versenyző sportoló az a biztosított (továbbiakban: versenyző sportoló), aki sporttevékenységet nem hivatásos sportolóként végez feltéve, hogy versenyen (bajnokságon, meccsen) is indul, függetlenül a verseny jellegétől (függetlenül, pl. attól, hogy helyi, kerületi, megyei, területi, országos, nemzetközi, stb., vagy hogy barátságos-e a verseny, mi a tétje, stb.). Jelen általános feltételek szempontjából a versenyző sportoló lehet élvonalbeli versenyző sportoló, regionális szinten versenyző sportoló vagy területi szinten versenyző sportoló.

c) Jelen általános feltételek szempontjából hobby sportoló az a biztosított, aki sporttevékenységét nem hivatásos sportolóként és nem versenyző sportolóként végzi.

(13) Engedményező nyilatkozat: a kedvezményezett (a biztosított) a biztosító szolgáltatásáról engedményezés útján lemond a biztosítóval szerződött magánkórház és kórház javára.

Exkluzív egészségbiztosítási szerződés különös feltételei

Jelen különös feltételek (továbbiakban különös feltételek) a Generali-Providencia Biztosító Rt.(továbbiakban biztosító) Exkluzív egészségbiztosítási szerződéseire hatályosak, feltéve, hogy a biztosítási szerződést (továbbiakban: szerződés) jelen különös feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen különös biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító Exkluzív egészségbiztosítási szerződés általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) az irányadóak.

1. Kórházi fekvőbeteg ellátás különös feltételei

1.1 Biztosítási esemény

- (1) Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében, a biztosított kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül, amennyiben az orvosilag szükséges.
- (2) Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül az a személy, aki az éjszakát is a kórházban tölti. A biztosítási esemény a kórházi fekvőbeteg ellátás első napjával kezdődik, és annak utolsó napjáig tart.

1.2 A biztosító szolgáltatása

- (1) A biztosító a biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti kórházi fekvőbeteg ellátásra, a biztosított balesete esetén a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges kórházi fekvőbeteg ellátásra nyújt szolgáltatást.
- (2) A biztosító egy biztosítási éven belül legfeljebb 150 kórházi fekvőbeteg ellátási napra nyújt szolgáltatást.
- (3) Amennyiben a biztosított balesete miatt szükséges kórházi fekvőbeteg ellátása a tartamon túl következik be, akkor a baleset napjától számított két éven belül a biztosító szolgáltatása összesen nem haladhatja meg az utolsó hatályos biztosítási kötvényben szereplő éves szolgáltatási limitet, ezen belül a 150 kórházi fekvőbeteg ellátási napot.
- (4) A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a kórházi fekvőbeteg ellátás indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- (5) A biztosító szolgáltatásának módját és mértékét az éves szolgáltatási limiten belül a szolgáltatást nyújtó intézmény jellege (biztosítóval szerződött magánkórház és kórház vagy biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató) határozza meg.

1.2.1 A biztosítóval szerződött magánkórház és kórház igénybevétele esetén

- (1) A biztosító a biztosított kórházi tartózkodásának tartamára kizárólag természetbeni szolgáltatást nyújt, mely a magasabb színvonalú kórházi elhelyezés és az egészségügyi szolgáltatásokat kiegészítő minőségi szolgáltatások megszervezésére, és költségeinek finanszírozására terjed ki. Az egészségügyi szolgálta-

tásra (orvosi vizsgálatra, műtéti beavatkozásra, kezelésre, szakápolási tevékenységre, stb.) vonatkozó hatályos jogszabályok, valamint szakmai szabályok betartásáért kizárólag a kórház a felelős.

- (2) Az igénybe vehető szolgáltatások tartalmát és a szolgáltatásokat nyújtó, a biztosítóval szerződött magánkórházak és kórházak listáját a biztosítási ajánlat betétlap részét képező 1. számú (hatályos) záradék tartalmazza.
- (3) A biztosítóval szerződött magánkórházban és kórházban történő kórházi fekvőbeteg ellátás esetén a biztosító az engedményező nyilatkozat alapján teljesít. A biztosított számára biztosítási összeg fizetésére nincs lehetőség.

1.2.2 A biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató igénybevétele esetén

- (1) a biztosító szolgáltatása kizárólag a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeg.
- (2) A szolgáltatás mértékének megállapítása úgy történik, hogy a hatályos kötvényen rögzített biztosítási összeget meg kell szorozni azon napok számával, amikor a biztosított a kórházban fekvőbeteg ellátásban részesült. Amennyiben a biztosított balesete miatt szükséges kórházi ápolás a tartamon túl következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben szereplő biztosítási összeget kell figyelembe venni.

1.3 A biztosító teljesítésének feltételei

1.3.1 Biztosítóval szerződött magánkórház és kórház igénybevétele esetén

- (1) A kórházi fekvőbeteg ellátásra vonatkozó bejelentés határidejét az határozza meg, hogy a biztosított kórházi fekvőbeteg ellátása sürgősségi vagy nem sürgősségi ellátásnak minősül.
- (2) Jelen biztosítási feltételek alkalmazásában sürgősségi ellátásnak minősül az előzmény nélküli, a kiváltó ok utáni azonnali beavatkozás (ellátás), amelynek elmaradása a biztosítottnál helyrehozhatatlan károsodást okozna. Minden egyéb ellátás nem sürgősségi ellátásnak minősül.
- (3) Sürgősségi ellátás esetén a kórház a biztosított ellátásának megkezdését követően azonnal írásban, az engedményező nyilatkozat kitöltésével, (faxon) tájékoztatja a biztosítót. Az írásbeli tájékoztatás kézhezvételét követően a biztosító 3 napon belül dönt a biztosítási esemény jogalapja tárgyában, a biztosítási szerződés alapján. A biztosító a döntésről a kórházat írásban (faxon) értesíti.
- (4) A döntés eredményeként a biztosító a költségeket a biztosítási szerződés alapján vagy a sürgősségi ellátás teljes tartamára, vagy a sürgősségi ellátás tartamának azon időszakára vállalja, amely a kórházi fekvőbeteg ellátás megkezdésének időpontjától a biztosító döntéséről való írásbeli (faxon történő) tájékoztatás feladásának időpontjáig tart.
- (5) Nem sürgősségi ellátás esetén a biztosított legkésőbb öt munkanappal a tervezett kórházi fekvőbeteg ellátás megkezdését megelőzően köteles a kórházzal egyeztetni és az engedményező nyilatkozat kitöltésével a biztosítót írásban tájékoztatni az ellátás tényéről, megkezdésének tervezett időpontjáról és tartamáról.

- (6) A biztosító az engedményező nyilatkozat alapján ellenőrzi a biztosított adatait, a biztosítási szerződés hatályát (a díjfizetést), az addig igénybe vett szolgáltatások mértékét, és ezek figyelembe vételével – a szerződéses feltételek alapján – nyilatkozik a kórháznak a kórházi fekvőbeteg ellátás költségének átvállalásáról.
- (7) Az 1.3.1.(1)-(5) pontban meghatározott határidő elmulasztása az általános feltételek 9.(2) pontjában rögzített következményeket vonhatja maga után.
- (8) A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.
- (9) A szolgáltatást a biztosító – a költségek átvállalására tett nyilatkozata alapján – a kórházi számla és a kórházi zárójelentés átvételét követő 15 napon belül a kórház számára teljesíti.

1.3.2 Biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató igénybevétele esetén

- (1) A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani a biztosító kirendeltségein átvehető hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt, a kórházi zárójelentést, baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, amennyiben ilyen készült.
- (2) A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.

2. Műtéti térítés különös feltételei

2.1 Biztosítási esemény

- (1) Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében a biztosított – az általános feltételek 15.(3) pontjában foglaltak szerint, orvosszakmai szempontból indokolt – műtetre szorul.
- (2) A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a biztosított baleset miatti műtete esetén a baleset időpontja, a biztosított betegség miatti műtete esetén a műtét elvégzésének napja.

2.2 A biztosító szolgáltatása

- (1) A biztosító a biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti műtétekre, a biztosított balesete esetén a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.
- (2) A biztosító szolgáltatása egy biztosítási éven belül nem haladhatja meg az éves szolgáltatási limitet vagy a hatályos kötvényben szereplő biztosítási összeg háromszorosát.
- (3) Amennyiben a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtéti beavatkozására a tartamon túl kerül sor, akkor a baleset napjától számított két éven belül, a biztosító szolgáltatása összesen nem haladhatja meg az utolsó hatályos biztosítási kötvényben szereplő éves szolgáltatási limitet, ezen belül a kötvényben szereplő biztosítási összeg háromszorosát.

- (4) A műtétek besorolása a műtéti listán található, ennek kivonatolt tájékoztatója a jelen különös feltételek „B” melléklete. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás a műtéti listán nem található meg, úgy a műtét besorolását a biztosító orvos állapítja meg.
- (5) A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a műtét indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- (6) A biztosítottnál az indokolt műtéti beavatkozások során az orvosszakmai szabályok betartásáért a műtétet végző kórház (orvos) a felelős, az ezek be nem tartásából eredő további műtétekre, beavatkozásokra a biztosító nem nyújt szolgáltatást.
- (7) A biztosító szolgáltatásának módját és mértékét az éves szolgáltatási limiten belül a szolgáltatást nyújtó egészségügyi intézmény jellege (biztosítóval szerződött magánkórház és kórház, biztosítóval nem szerződött kórház) határozza meg.

2.2.1 Biztosítóval szerződött magánkórház igénybevétele esetén

- (1) A biztosító a magánkórház számára megtéríti a műtéti költségeket, jelen különös feltételek 2.2 (2) pontja figyelembe vételével, függetlenül a műtét százalékos besorolásától.
- (2) A biztosítóval szerződött magánkórházban történő műtéti beavatkozás esetén a biztosító az engedményező nyilatkozat alapján teljesít. A biztosított számára biztosítási összeg fizetésére nincs lehetőség.

2.2.2 Biztosítóval szerződött kórház és a biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató igénybevétele esetén

- (1) A biztosító szolgáltatása a műtét napján hatályos kötvényben szereplő biztosítási összegnek az elvégzett műtét besorolása szerinti százalékos mértéke. Amennyiben a biztosított balesete miatt szükséges műtét a tartamon túl következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben szereplő biztosítási összeget kell figyelembe venni.
- (2) A műtétek besorolása a műtéti listán (általános feltételek 15.(4) található, ennek kivonatolt tájékoztatója a jelen különös feltételek „B” melléklete.
- (3) Amennyiben egy műtéti beavatkozás során több sebészeti eljárás szükséges, akkor a biztosító a szolgáltatásának mértékét a beavatkozás során elvégzett legmagasabb százalékos besorolású műtét alapul vételével állapítja meg.

2.3 A biztosító teljesítésének feltételei

2.3.1 Biztosítóval szerződött magánkórház igénybevétele esetén

- (1) A biztosítóval szerződött magánkórházban történő műtéti beavatkozásra vonatkozó bejelentés határidejét az határozza meg, hogy a műtéti beavatkozás sürgősségi vagy nem sürgősségi ellátásnak minősül.

- (2) Jelen biztosítási feltételek alkalmazásában sürgősségi ellátásnak minősül az előzmény nélküli, a kiváltó ok utáni azonnali beavatkozás (ellátás), amelynek elmaradása a biztosítottnál helyrehozhatatlan károsodást okozna. Minden egyéb ellátás nem sürgősségi ellátásnak minősül.
- (3) Sürgősségi ellátás esetén a kórház a biztosított ellátásának megkezdését követően azonnal írásban, az engedményező nyilatkozat kitöltésével, (faxon) tájékoztatja a biztosítót. Az írásbeli tájékoztatás kézhezvételét követően a biztosító 3 napon belül dönt a biztosítási esemény jogalapja tárgyában, a biztosítási szerződés alapján. A biztosító a döntésről a kórházat írásban (faxon) értesíti.
- (4) A döntés eredményeként a biztosító a költségeket a biztosítási szerződés alapján vagy a sürgősségi ellátás teljes tartamára, vagy a sürgősségi ellátás tartamának azon időszakára vállalja, amely a műtéti beavatkozás megkezdésének időpontjától a biztosító döntéséről való írásbeli (faxon történő) tájékoztatás feladásának időpontjáig tart.
- (5) Nem sürgősségi ellátás esetén a biztosított legkésőbb öt munkanappal a tervezett műtéti beavatkozás megkezdését megelőzően köteles a kórházzal egyeztetni és az engedményező nyilatkozat kitöltésével a biztosítót írásban tájékoztatni a műtéti beavatkozás tényéről, megkezdésének tervezett időpontjáról és tartamáról.
- (6) A biztosító az engedményező nyilatkozat alapján ellenőrzi a biztosított adatait, a biztosítási szerződés hatályát (a díjfizetést), az addig igénybe vett szolgáltatások mértékét, és ezek figyelembe vételével – a szerződéses feltételek alapján – nyilatkozik a kórháznak a műtéti beavatkozás költségének átvállalásáról.
- (7) A 2.3.1.(1)-(5) pontokban meghatározott határidő elmulasztása az általános feltételek 9.(2) pontjában rögzített következményeket vonhatja maga után.
- (8) A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.
- (9) A szolgáltatást a biztosító – a költségek átvállalására tett nyilatkozata alapján – a kórházi számla és a kórházi zárójelentés átvételét követő 15 napon belül a magánkórház számára teljesíti.

2.3.2 Biztosítóval szerződött kórház és a biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató igénybevétele esetén

- (1) A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani a biztosító kirendeltségein átvehető hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt, a kórházi zárójelentést, a műtéti leírást, baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, amennyiben ilyen készült.
- (2) A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.
- (3) A biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt, az annak elbírálásához szükséges valamennyi okmány beérkezését követő 15 napon belül, a kedvezményezett számára teljesíti.

3. Kiemelt kockázatú – dread disease – betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételei

3.1 Biztosítási esemény

- (1) A kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség diagnosztizálása vagy az alább felsorolt orvosi beavatkozások elvégzése:
- a) szívinfarktus (szívizomelhalás)
 - b) rosszindulatú daganatos betegség
 - c) agyi érkatasztrófa
 - d) krónikus veseelégtelenség
 - e) szívkoszorúérműtét,
 - f) szervátültetés
 - g) AIDS

Jelen feltételek alkalmazásában a 3.1 (1) pontban felsorolt betegségek definíciói a következők:

- a) A szívinfarktus (szívizomelhalás) a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívinfarktusnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.
- b) Rosszindulatú daganatos betegség esetén a szövettani atípiát mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása áll fenn, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió) és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis). Jelen feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak. A biztosítási szolgáltatás alapjául szolgáló rosszindulatú daganatok köréből jelen feltételek kizárják:
- A rák megelőző (precarcinóma) állapotokat,
 - a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatokat,
 - a bőrrákot, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
 - a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganatot.
- c) Agyi érkatasztrófa az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfalszakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszer az ér által ellátott területeinek elhalása, infarktus és maradandó szervi, idegrendszeri károsodás (úgynevezett göctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók. A balesettel okozati összefüggésben lévő érkatasztrófákra a biztosítás nem terjed ki. Az érkatasztrófa tényét, a maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti okozati összefüggés tényét a biztosító orvosa vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.
- d) Krónikus veseelégtelenség áll fenn, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlanul csökkent és ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető, és a biztosított rendszeres dialízisa legalább 60 nap óta folyik.
- e) Jelen feltételek szempontjából szívkoszorúér-műtétnek számít az a nyitott mellkasi beavatkozás, melynek célja két vagy több ér koszorúérfestéssel igazolt szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése a beteg érszakasz eltávolítása és annak a szervezet más részéből származó érrel való

pótlása vagy a beteg érszakasz ép artériával történő áthidalása által. Ha a műtétet nem Magyarországon végzik, a szolgáltatási igény csak akkor érvényesíthető, ha a biztosított a műtét előtt a biztosító szakértőjével konzultál és a beavatkozásra annak jóváhagyásával kerül sor.

f) Jelen feltételek szempontjából szervátültetésnek minősül az a műtéti beavatkozás, melynek során a szervet kapó (recipiens) testébe más szervezetéből (donor) szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj vagy vese kerül átültetésre. Szövet- és sejtátültetés nem fedi a szervátültetés fogalmát, emiatt a csontvelő-, hasnyálmirigy-, bőr- és csontátültetés, transzfúzió nem biztosítási esemény. Ha a műtétet nem Magyarországon végzik, a szolgáltatási igény csak akkor érvényesíthető, ha a biztosított a műtét előtt a biztosító szakértőjével konzultál és a beavatkozásra annak jóváhagyásával kerül sor.

g) Jelen feltételek szempontjából AIDS-nek minősül az, ha a HIV fertőzött vérében a CD4+ (limfociták) sejtek száma tartósan 200/μl alatt marad és opportunista - az emberben meglévő, egyébként ártalmatlan, kórokozók okozta - fertőzés járul hozzá.

(2) A biztosítási esemény bekövetkezése időpontja a biztosítottnál fellépő egyes betegségek esetén a következő:

- a) szívinfarktus esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja,
- b) rosszindulatú daganat esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja,
- c) agyi érkatasztrófa esetén a betegség bekövetkezésének időpontja, feltéve, hogy a maradandó szervi idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók,
- d) veseelégtelenség fellépésekor a dialíziskezelés első napja, feltéve, hogy a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul,
- e) szívkoszorúér-műtét esetén a műtét időpontja,
- f) szervátültetés esetén a műtét időpontja,
- g) AIDS esetén a betegség megállapításának időpontja.

3.2 A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító a kockázatviselés tartama alatt a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a biztosítási esemény időpontjában, az éves szolgáltatási limiten belül, a hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti és ezzel a szerződés kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó része megszűnik.

(2) Amennyiben a biztosító orvosának véleménye alapján a biztosított halála okozati összefüggésben áll a jelen különös feltételek 3.1 pontjában felsorolt betegségekkel, akkor a biztosító a halál időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti.

(3) Ha több betegség együttesen lép fel, a biztosítási összeg abban az esetben is csak egy alkalommal teljesíthető.

(4) A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a beavatkozás indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

(5) A biztosító visszautalja a szerződőnek a szerződés kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó részére addig befizetett biztosítási díjakat, amennyiben a várakozási idő letelte előtt következett be a biztosítási esemény. A díj visszafizetésével a szerződés kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó része megszűnik.

3.3 A biztosító teljesítésének feltételei

(1) A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani a biztosító kirendeltségein átvehető hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt, a kórházi zárójelentést, ha műtét is történt, akkor a műtéti leírást, továbbá az alábbiakban meghatározott dokumentumokat:

a) ha a szolgáltatási igény alapja szívmegállás, akkor az alábbi tüneteket, EKG- és laboreltéréseket dokumentáló iratok benyújtása szükséges:

- a kórtörténetben típusos mellkasi fájdalom és
- friss szívmegállás utaló EKG elváltozás (jelen feltételek szempontjából csak azok a szívmegállások tekinthetők a kockázatviselési körbe tartozónak, melyeknél a koszorúér-elzáródással okozati összefüggésben a hagyományos – 12 elvezetéses – EKG felvétel bármelyik elvezetésében kóros, korábban nem észlelt Q hullám – szélessége meghaladja a 40 ms-ot, amplitúdója az R hullám amplitúdójának 25%-át – jelenik meg) és
- az úgynevezett szívizomspecifikus enzimszintek körjelző mértékű emelkedése, bármelyik intracelluláris enzim (CPK, CKMB, SGOT, LDH, alfaHBDH) szintjének szignifikáns, jól dokumentált emelkedését ezen feltétel megvalósulásaként értékeljük. A két utóbbi körülmény egyidejű megvalósulása önmagában is bizonyító értékű.

b) ha a szolgáltatási igény alapja rosszindulatú daganat, akkor be kell nyújtani a pozitív (a sejtek rosszindulatú elfajulására és a folyamat invazív terjedésére utaló) szövettani vizsgálati leletet.

c) ha a szolgáltatási igény alapja agyi érkatasztrófa, akkor be kell nyújtani a hiteles dokumentummal igazolható érkatasztrófa után 60 nappal is fennálló, az érkatasztrófával okozati összefüggésben álló szervi központi idegrendszeri károsodást jelző tüneteket igazoló egészségügyi dokumentumokat.

d) ha a szolgáltatási igény alapja krónikus veseelégtelenség, akkor be kell nyújtani a legalább 60 nap óta tartó rendszeres művesekezelést igazoló – a dialízist végző egészségügyi intézmény által kiállított – egészségügyi dokumentumokat.

e) ha a szolgáltatási igény alapja szívkoszorúérműtét, akkor be kell nyújtani az előzetes koszorúérfestés eltéréseire alapozott, helyesen felállított orvosi javaslat alapján az áthidaló műtét megtörténtét igazoló zárójelentést.

f) ha a szolgáltatási igény alapja szervátültetés, akkor be kell nyújtani helyes orvosi javaslat alapján elvégzett műtéti beavatkozást igazoló egészségügyi dokumentumot.

g) ha a szolgáltatási igény alapja AIDS, akkor az alábbi egészségügyi dokumentumok benyújtása szükséges:

- legalább két mérési eredmény, amely igazolja, hogy a CD4+ sejttség a kritikus érték alatt marad és
- az ehhez járó opportunista fertőzést igazoló dokumentum.

(2) Kiemelt kockázatú betegség miatt bekövetkező halál esetén be kell nyújtani, továbbá

- a halottvizsgálati bizonyítványt,
- a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
- a biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat (kezelőorvosi igazolás, zárójelentés, kórbonctani lelet, stb.),
- külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítását,
- a kedvezményezett jogosultságot igazoló okiratot (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány), feltéve, hogy a kedvezményezett a szerződésben név szerint nem nevezték meg.

- (3) A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.

4. Baleset vagy betegség miatt felmerülő költségek megtérítésének különös feltételei

4.1 Biztosítási esemény

- (1) Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegsége vagy balesete, melynek következtében a biztosítottnak a 4.2 (2) bekezdésben meghatározott költségei merülnek fel.

4.2 A biztosító szolgáltatása

- (1) A biztosító egy biztosítási éven belül legfeljebb a hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti.
- (2) A biztosító az éves szolgáltatási limiten belül a hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeg erejéig megtéríti az (a) és (b) pontokban meghatározott, Magyarországon felmerülő, számlával igazolt költségeket, amennyiben azok más módon nem térülnek meg (pl. társadalombiztosítás vagy egyéb biztosítás).
- a) A biztosító a biztosítási összeg 50%-áig megtéríti az ambuláns vizsgálat, ambuláns kezelés, fogászati kezelés, valamint laborvizsgálat költségeit.
- b) A biztosító a biztosítási összeg további 50%-áig megtéríti:
- a rehabilitációs költségeket. Jelen feltételek szempontjából nem minősülnek rehabilitációs költségnek az olyan jellegű költségek, mint az üdülési költség, rekreációs költség.
 - a gyógyászati segédeszközök beszerzésének, vagy más, a kezeléshez szükséges eszközök (például kötszer) szükséges mennyiségben való beszerzésének a költségét.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a gyógyászati segédeszköz beszerzésének költségére, ha az nem áll közvetlen okozati összefüggésben a balesettel vagy betegséggel (például, ha a már meglévő gyógyászati segédeszköz lopás, meghibásodás vagy minőségi csere miatt kerül újbóli beszerzésre). A gyógyászati segédeszköz szükségességét a biztosító orvosa felülbírhatja

- a mentési költséget, amely akkor válik szükségessé, ha a biztosított balesetet szenvedett és ennek következtében sérülten mentésre szorul, vagy baleset következtében meghal, és holtteste csak mentéssel hozzáférhető, illetve egészségi állapota miatt betegség következtében mentésre szorul a
- szállítási költséget, amely akkor merül fel, ha baleset vagy betegség miatt a biztosítottat a kezelésre alkalmas kórházba, illetve orvoshoz, valamint orvosi javaslatra onnan hazaszállítják, vagy a biztosított meghal, és holttestét elszállítják.

4.3 A biztosító teljesítésének feltételei

- (1) A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani:
- a biztosító kirendeltségein átvehető hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,
 - a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlákat,
 - vizsgálati jelentés, laboreredmény, kezelési lap, orvosi beutaló stb. másolatát,
 - baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, amennyiben ilyen készült.
- (2) A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.

„A” melléklet

az Exkluzív egészségbiztosítási szerződés általános feltételeihez

SPO02 jelű záradék

(1) A jelen záradékkal létrejött szerződésben a hivatásos vagy versenyző sportoló (általános feltételek 15(12) (a)-(c)) biztosított mindkét térdé és bokája a biztosítási védelemből kizárt – kivéve, ha szolgáltatási igény alapja csonttörés –, feltéve, hogy a biztosított hivatásos vagy versenyző sportolóként a jelen záradék (2) bekezdésében felsorolt sporttevékenységek valamelyikét űzi.

(2) Sporttevékenység:

Labdajátékok: asztalitenisz, tenisz, tollaslabda, baseball, fallabda, rögbi, röplabda, korfball, kosárlabda, kézilabda, labdarúgás.

Küzdő sportok: birkózás, ökölvívás, judo, karate, kick-box, harcművészetek, pankráció.

Téli sportok: sélés, sílesiklás, (óriás) műlesiklás, snowboardozás, siakrobatika, síugrás, szánkózás, bobozás.

Egyéb: versenytánc, tájfutás, akrobatikus Rock & Roll, atlétikai futószámok, tízpróba, futás, ritmikus sportgimnasztika, aerobik, csúszókorongozás, görkorcsolyázás, gördeszkázás, triatlon, barlangászat, gyaloglás.

„B” melléklet

az Exkluzív egészségbiztosítási szerződés műtéti térítés különös feltételeihez

- (1) A biztosítóval szerződött magánkórház igénybevétele esetén a biztosító szolgáltatása a műtéti beavatkozás költségeinek átvállalása, függetlenül a műtét százalékos besorolásától. A műtétet megelőző, a műtét elvégzésének szükségességét igazoló ambuláns vizsgálatok költségeit az egészségügyi költségtérítés szolgáltatás (különös feltételek 4.pontjában foglaltaknak megfelelően) téríti meg.
- (2) A biztosítóval szerződött kórház és a biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató igénybevétele esetén a biztosító szolgáltatása a hatályos kötvényben szereplő biztosítási összegnek a műtét besorolása szerinti százalékos mértéke, melyet a (3) pont tartalmaz.
- (3) Műtéti térítés biztosítás esetében a biztosító térítése biztosítási esemény bekövetkeztékor:
- a) az 1. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 200%-a,
- b) a 2. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 100%-a,
- c) a 3. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 50%-a,
- d) a 4. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 25%-a.
- e) Az 5. csoportba tartozó műtétek nem térített műtétnek minősülnek. Abban az esetben, ha a biztosított az 5. csoportba sorolt műtétet hajtja végre, a biztosító nem nyújt szolgáltatást.
- (4) A műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója:

1. csoport

WHO-kód	Műtét megnevezése
5014B	Koponyaüregi daganat vagy cysta eltávolítása
5014E	Agydaganat eltávolítása
5814H	Teljes térdprotézis beültetése
5815C	Csípőprotézis fejének cseréje
50117	Koponyaüregi vérömleny eltávolítása
50201	Nyílt agykoponya sérülés ellátása
50311	Ideggyök gerinccsatornán belüli műtete
50337	Gerincvelői daganatok eltávolítása
50340	Gerinctörés csontdarab kiemelése a gerinccsatornából
52075	Belső hallójárat feltárása a középső koponyagödrön át
53240	Felső tüdőleány eltávolítása
53340	Hörgővarrat
53350	Tüdőátültetés
53471	Rekeszizom-varrat
53530	Billentyűplasztika aorta billentyűn
53742	Pitvari sérülés ellátása
53750	Szívátültetés
55280	Hasnyálmirigy-átültetés
55551	Veseátültetés
58151	TEP, teljes csípőprotézis

2. csoport

WHO-kód	Műtét megnevezése
5382L	Hasi aorta tágulatának kimetszése
5810H	Gerinc belső rögzítése
51340	Szívárványhártya-előesés kimetszése
51360	Szívárványhártya plasztika, varrat
51510	Idegentest eltávolítása mágnessel a szemből
51570	Üvegtest csere
51630	Szemeltávolítás
52090	Műtét a közép-, illetve a belsőfülben
53010	Gége egy részének eltávolítása
53152	Hangréstágító műtét külső feltárásból
53431	Mellkasfal egy darabjának eltávolítása
53574	Botall vezeték lekötése
53611	A jobb koszorúsér áthidaló műtete (bypass műtét)
53625	Koszorúsér-szűkület műtéti tágítása
53836	Érpótlás a medencei- és combverőér között
54030	Nyaki nyirokcsomók kiterjesztett eltávolítása
54560	Vastagbél teljes eltávolítása
58030	Nyaki porckorong-sérv eltávolítása
58101	Nyaki csigolya műtete
58145	Térd csontos beroppanás kiemelése, csontpótlás, lemez

3. csoport

WHO-kód	Műtét megnevezése
5792H	Félcső lemezelés
50420	Idegvarrat
50440	Idegátültetés
50631	Pajzsmirigy-leány eltávolítása
51150	Szemet borító hártya varrása
53778	Pacemaker és defibrillátor beültetése
53856	Érpótlás a comb- és lábszár verőér között
53932	Érsérülés ellátása foltal
54065	Gerinc melletti nyirokcsomók eltávolítása
54131	Lépeteltávolítás
54361	Gyomor részleges eltávolítása
54430	Gyomor- vagy nyombél varrása
54700	Féregnyúlvány eltávolítás (vakbélműtét)
55110	Epehólyag eltávolítás
55300	Sérvműtét
56011	Prosztata húgycsővön keresztüli kisebbitése
56520	Féloldali petefészkek eltávolítás
56830	Méheltávolítás hasi úton
57902	Combnyakszegezés
57924	Csavarozás
58040	A térd holdas porcának részleges eltávolítása arthroscopiával
58240	Feszítőin varrat a kézen
58480	Comb amputáció
58610	Emlő eltávolítás

4. csoport

WHO-kód	Műtét megnevezése
5790B	Bőrön keresztül történő dróttűzés
51440	Szemlencse eltávolítás
51470	Szemlencse beültetés
51850	Külső hallójárat képzése vagy helyreállítása
51950	Dobhártya plasztikája
52130	Orr eltávolítása
52600	Nyálmirigy vagy nyálvezeték bemetszése
53150	Hangréstágító műtét gégetükrözéssel
53845	Visszerek eltávolítása, lekötése
55311	Sérvműtét laparoszkóppal

56741	Méhszáj plasztika
56900	Méh nyálkahártyájának eltávolítása kaparókanállal
57220	Fogós szülés
57400	Császármetszés
57723	Arccsont törés ellátása (minilemez, csavar, T. lemez)
57890	Végtaghosszabbítás a felkaron
57903	Fedett combnyak csavarozás
58096	Izület ideiglenes áttűzése
58130	Külbokaszalag varrat
58177	Kéztőcsontprotézis beültetés
58330	Izom, in kiirtás
58400	Kézujj amputáció

5. csoport

WHO-kód	Műtét megnevezése
52000	Dobhártya „felszúrása”
52100	Orrvérzés ellátása edzőszerrel
52310	Fog sebészi eltávolítása
52810	Mandula eltávolítása
57880	Belső fémrögzítés eltávolítása (szeg, lemez, stb.)
58840	Bőrfüggelék kimetszése (szemölcs eltávolítása)
81340	Hólyagkatéter (állandó) behelyezése
82032	Csuklótörés zárt helyretétele
82090	Ficam zárt helyretétele
84712	Combcsontba fúrt dróttal történő húzatás
85840	Izületi injekció
88050	Vérátömlesztés