



Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Rt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek MedHotel kórházi hotelszolgáltatást nyújtó költségfedező kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen biztosítási feltételekben (a továbbiakban: különös feltételek) nem szabályozott kérdésekre a Generali-Providencia Biztosító Rt. Általános személybiztosítási feltételei, EÁSZF04 (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Általános rendelkezések

az Általános személybiztosítási feltételektől (EÁSZF04) eltérő szabályozások

1. Biztosított az a természetes személy, aki a szerződés megkötésekor 14. életévét már betöltötte, de legfeljebb 60 éves.
2. A biztosítási szerződés megkötésének feltétele a biztosítottnak, a biztosító által meghatározott, orvosi szűrővizsgálaton való részvétele. A biztosító a szűrővizsgálat díját a szerződés létrejöttékor a biztosítási díjba beszámítja.
3. Amennyiben a biztosító az ajánlatot elfogadja, de a szerződő a kötvény kézbesítését követő 15 napon belül mégsem kíván szerződést kötni, akkor a biztosító az előlegnek a szűrővizsgálat díjával csökkentett részét utalja vissza a szerződőnek.
4. Díjigazítás (általános feltételek III.7.)
 - a) A biztosító a költségfedező egészségbiztosítások szolgáltatásfinanszírozó-képességének megőrzése érdekében évente, a biztosítási évforduló napján egyoldalú díjmódosítást (a továbbiakban: díjigazítás) végezhet.
 - b) A díjigazítás indoka a biztosítással fedezett szolgáltatások és egészségügyi ellátások körének, költségeinek, illetve ezeknek a biztosítottak által való igénybevétele gyakoriságának rendkívüli változása. A díjigazítás nincs összefüggésben a biztosított egészségi állapotával, illetve a szerződő és a biztosított közlési, valamint változás-bejelentési kötelezettségének gyakorlásával.
 - c) A díjigazítás alapja a Központi Statisztikai Hivatal által a tárgyévet megelőzően közzétett egészségügyi árindex, valamint a biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál az igénybe vehető költségtérítési szolgáltatások díjának – az előző évhez, illetve a korábbi évekhez viszonyított – változása, a biztosító szolgáltatási körének, továbbá a szolgáltatások igénybevétele gyakoriságának változása.
 - d) A díjigazítás technikája a biztosítási díjnak és a biztosítási összegnek (jelen feltételek III.3. bekezdésében foglaltak szerinti biztosítási összeg szolgáltatásnak) a módosítás előtt meghatározott százalékkal való – nem feltétlenül azonos arányú – emelése.
 - e) A biztosító minden évben folyamatosan figyelemmel kíséri a szükségessé váló és a kalkulált biztosítási szolgáltatások mértékét és gyakoriságát. Amennyiben ez az összehasonlítás bármely tényező tekintetében 10%-nál nagyobb mértékű eltérést mutat, a biztosító ellenőrzi a tarifa valamennyi díjtételét és a biztosítási összegeket, és ha szükséges, az évfordulón díjigazítást hajt végre. A díjigazítás útján végrehajtott díjmódosítás mértéke egyik díjigazítási technika önmagában való alkalmazása esetében sem haladhatja meg a díjigazítás alapját képező tényezők közül a legnagyobb mértékben változó tényező változásának mértékét.
 - f) A biztosító a díjigazításról a biztosítási évfordulót legalább 2 hónappal megelőzően értesítést küld a szerződőnek.

- g) Amennyiben a szerződő a díjigazítást nem fogadja el, a biztosító a díjigazításról szóló értesítése kézhezvételét követő 30 napon belül a szerződést a biztosítási évfordulóra felmondhatja.
- h) A szerződő felmondásának hiányában a biztosítási szerződés hatályban marad és a szerződő a díjigazítás alapján számított mértékű biztosítási díjat köteles megfizetni a biztosító részére, amely a biztosítási évforduló napján esedékes.

5. Értelmező rendelkezések

- 5.1. Jelen biztosítási feltételek alkalmazásában betegség az orvostudomány általánosan elismert állása szerinti rendellenes testi vagy szellemi állapot.
- 5.2. Jelen biztosítási feltételek alkalmazásában nem tervezhető, 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.
- 5.3. Engedményező nyilatkozat: a kedvezményezett (a biztosított) a biztosító szolgáltatásáról engedményezés útján lemond a hotelszolgáltatást nyújtó biztosítóval szerződött állami vagy önkormányzati kórház javára.

II. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset (általános feltételek VII. 3.), melynek következtében a biztosított folyamatosan kórházi (általános feltételek VII.4.1.) fekvőbeteg-ellátásban részesül, amennyiben az orvosilag szükséges.
2. Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, aki az orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy a kórházi felvétel, illetve elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A kórházi felvétel több napra szól, ha a kórházból való elbocsátás későbbi napon történt, mint a kórházi felvétel. A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása szempontjából a kórházi ápolás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ápolás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.

III. A biztosító szolgáltatása

- 1.1. 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.
- 1.2. A biztosító egy biztosítási éven belül legfeljebb 75 nap kórházi fekvőbeteg-ellátási napra nyújt szolgáltatást.
- 1.3. A biztosító szolgáltatása akkor sem haladja meg a III.1.2. bekezdésben meghatározott mértéket, ha a biztosítottnak a biztosító kockázatviselése alatt bekövetkezett balesete miatt szükséges kórházi fekvőbeteg-ellátása a tartamon túl, de a baleset napjától számított két éven belül válik szükségessé.
- 1.4. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a kórházi fekvőbeteg-ellátás indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

2. A biztosítóval szerződött kórház igénybevétele esetén

2.1. A biztosító a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásának tartamára kizárólag természetbeni (hotel) szolgáltatást nyújt, mely a magasabb színvonalú kórházi elhelyezés, az egészségügyi szolgáltatásokat kiegészítő minőségi szolgáltatások megszervezésére és költségeinek finanszírozására terjed ki.

2.2. Az egészségügyi szolgáltatásra (orvosi vizsgálatra, műtéti beavatkozásra, kezelésre, szakápolói tevékenységre, stb.) vonatkozó hatályos jogszabályok, valamint szakmai szabályok betartásáért kizárólag a kórház a felelős.

2.3. A hotelszolgáltatás tartalmát és a szolgáltatást nyújtó kórházak listáját az ajánlat részét képező (hatályos) záradék tartalmazza.

2.4. A biztosítóval szerződött kórházban történő kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító az Engedményező nyilatkozat alapján teljesít. A biztosított számára biztosítási összeg fizetésére nincs lehetőség.

3. Nem a választott kategóriának megfelelő vagy a biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató igénybevétele esetén

3.1. A biztosító szolgáltatása kizárólag a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeg.

3.2. A szolgáltatás mértékének megállapítása úgy történik, hogy a hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget meg kell szorozni azon napok számával, amikor a biztosított a kórházban fekvőbeteg-ellátásban részesült. Amennyiben a biztosított balesete miatt szükséges kórházi fekvőbeteg-ellátás a tartamon túl következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben szereplő biztosítási összeget kell figyelembe venni.

4. A biztosító szolgáltatása a biztosítási díjjal nem fedezett időszakban

4.1. Amennyiben a szerződő a biztosítási szerződés tartama alatt díjfizetési kötelezettségének esedékességkor nem tesz eleget, és a biztosítási szerződés megszűnése előtt biztosítási esemény következik be, úgy a biztosító a kórházi hotelszolgáltatással összefüggésben felmerülő költségeket nem köteles átvállalni.

4.2. A biztosító e díjjal nem fedezett időszak alatt csak az összegbiztosítás hatálya alá tartozó – a hatályos biztosítási kötvényben szereplő – kórházi napi térítés összegbiztosítás szolgáltatást teljesíti a jogalap fennállása esetén, a jelen különös feltételek III.3. bekezdése alapján.

IV. A biztosító teljesítésének feltételei

1. Biztosítóval szerződött kórház igénybevétele esetén

1.1. A kórházi fekvőbeteg-ellátásra vonatkozó bejelentés határidejét az határozza meg, hogy a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátása sürgősségi vagy nem sürgősségi ellátásnak minősül.

1.2. Nem tervezhető (sürgősségi) kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosított ellátásának megkezdését követően a kórház azonnal írásban (az Engedményező nyilatkozat kitöltésével, faxon) tájékoztatja a biztosítót. Az írásbeli tájékoztatás kézhezvételét követően a biztosító dönt a biztosítási esemény jogalapja tárgyában, a biztosítási szerződés alapján. A biztosító a döntésről a kórházat írásban (faxon) értesíti.

1.3. A döntés eredményeként a biztosító a biztosítási szerződés alapján, vagy az ellátás teljes tartamára, vagy az ellátás tartamának azon időszakára vállalja a költségeket, amely a kórházi fekvőbeteg-ellátás

megkezdésének időpontjától a biztosító döntéséről való írásbeli (faxon történő) tájékoztatás feladásának időpontjáig eltelt.

1.4. Tervezhető kórházi fekvőbeteg-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 a tervezett ellátásról, az ellátás megkezdésének tervezett időpontjáról és várható tartamáról.

1.5. A biztosító az Engedményező nyilatkozat alapján ellenőrzi a biztosított adatait, a biztosítási szerződés hatályát (a díjfizetést), az addig igénybe vett szolgáltatások mértékét, és ezek figyelembevételével – a szerződéses feltételek alapján – nyilatkozik a kórháznak a kórházi fekvőbeteg-ellátás költségének átvállalásáról.

1.6. Az IV.1.4. pontban meghatározott határidő elmulasztása a biztosító mentesülését eredményezheti, amennyiben a késedelmes bejelentés miatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

1.7. A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.

1.8. A szolgáltatást a biztosító – az Engedményező nyilatkozat, valamint a biztosítónak a költségek átvállalására tett nyilatkozata alapján – a biztosító nevére kiállított kórházi számla és a kórházi zárójelentés átvételét követő 15 napon belül a kórház számára teljesíti.

2. Nem a választott kategóriának megfelelő és a biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató igénybevétele esetén

2.1. 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. Közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát is be kell nyújtani a biztosítóhoz.

2.2. A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is, és valamennyi szükséges okmány beérkezését követő 15 napon belül dönt a jogalap tárgyában.

3. A biztosító szolgáltatása a biztosítási díjjal nem fedezett időszakban

3.1. Az esedékes biztosítási díjjal nem fedezett időszakban a szolgáltatási igényt a jelen különös feltételek IV.2. pontjában foglaltak szerint kell benyújtani.

3.2. A biztosító az elmaradt díjat a szolgáltatási összegből levonja.

V. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatviseléséből kizárt események

1. A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. bekezdésben meghatározottak szerinti esetekben mentesül a MedHotel kórházi hotelszolgáltatást nyújtó költségfedező kiegészítő biztosítás szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. bekezdésben felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

2. A biztosító kockázatviselése az általános feltételekben meghatározottakon kívül nem terjed ki azokra a kórházi fekvőbeteg-ellátásokra, amelyeknek oka egészben vagy részben:

- fogászati ellátás,
- fertőző betegségek ellátása.