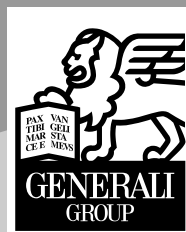


Generali Munkáltatói
Egészségprogram
szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás
általános szerződési feltétele (GMEP12)

Hatályos: 2012. március 1-jétől



GENERALI
Biztosító

Tartalomjegyzék

A Generali-Providencia Biztosító Zrt. ügyféltájékoztatója	3
Generali Munkáltatói Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltétele (GMEP12) . . .	7
I. fejezet: Általános rendelkezések	7
II. fejezet: A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	9
III. fejezet: Biztosítási díj	10
IV. fejezet: A biztosítási esemény, a biztosító szolgáltatása és teljesítésének feltételei	11
V. fejezet: A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól.	13
VI. fejezet: A biztosító kockázatviseléséből kizárt események	14
VII. fejezet: Egyéb rendelkezések	15
1. számú melléklet: Generali Munkáltatói Egészségprogram szolgáltatási csomagok és szolgáltatástípusok	19
I. A Generali Munkáltatói Egészségprogram Szolgáltatási táblázatban foglalt szolgáltatások részletezése	20
II. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos tudnivalók	22
2. számú melléklet: Veszélyes foglalkozások	23
3. számú melléklet: Sporttevékenységek listája	24

A Generali-Providencia Biztosító Zrt. ügyféltájékoztatója

Köszönjük bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával a Generali-Providencia Biztosító Zrt. társasághoz 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, az ügyfélpanaszoknak – azok jellege szerint – a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez, illetve a Pénzügyi Békéltető Testülethez való előterjesztésének a lehetőségéről, a bírói út igénybevételéről, valamint megismertetjük az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályaival. Felsoroljuk továbbá azokat a szervezeteket, amelyek részére társaságunk az ügyfelek – biztosítási titkok képező – adatait a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény alapján kiadhatja. Külön kitérünk a biztosítási ajánlat aláírása előtt szükséges leglényegesebb tudnivalókra, közöttük a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati ismeretekre, amelyek birtokában a szerződéskötési szándékát kifejező jognyilatkozatát megfontoltan teheti meg. Megjelöljük a biztosítási szerződésre vonatkozó adózással kapcsolatos szabályokat. Tájékoztatjuk, hogy a jelen ügyféltájékoztató a biztosítási szerződés részét képezi.

1. A Generali-Providencia Biztosító Zrt. – korábbi cégneven: Generali-Providencia Biztosító Rt. majd Generali-Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság – a Providencia Osztrák-Magyar Biztosító Rt. és a Generali Budapest Biztosító Rt. egyesülésével jött létre 1999. évi április hó 30. napján.

A társaság az ISVAP által vezetett olasz Biztosítói Csoportok Nyilvántartásában 26-os számon szereplő Generali Csoporthoz tartozik.

A társaság alaptőkéje (jegyzett tőkéje):	4 500 000 000 Ft
A társaság székhelye:	1066 Budapest, Teréz krt. 42–44.,
Cégjegyzékszám:	01-10-041305
Nyilvántartja:	a Fővárosi Bíróság mint Cégbíróság
Fő tevékenységi köre:	nem-életbiztosítás.
A társaság cégformája:	részvénytársaság
Működési módja:	zártkörű
Telefon:	(36-1) 301-7100

A társaság egyedüli részvényese:	Generali PPF Holding B.V.
Cégjegyzékszám:	Amszterdami Kereskedelmi Kamara nyilvántartásában 34275688
Székhelye:	NL-1077 XX Amsterdam, Strawinskylaan 933.

2. A biztosítási szerződésével kapcsolatos kérdésével, problémájával forduljon bizalommal biztosításközvetítőjéhez, ügyfélszolgálati irodáinkhoz, Személybiztosítási Kompetencia Központjainkhoz, illetőleg a **TeleCenter** munkatársaihoz, akik a **(06-40) 200-250** kék számon készséggel állnak az Ön rendelkezésére. Információt, és támogató útmutatást – Online ügyfélszolgálat; Kapcsolatfelvétel – talál a **www.generali.hu** címen is. Elektronikus ügyfélszolgálatunk esetleges üzemzavara idején a telefonos ügyfélszolgálatunk biztosítja az elérhetőséget.

Amennyiben munkatársaink segítő közreműködése ellenére sem sikerült felmerült problémáját megnyugtatóan rendezni, a **Generali-Providencia Biztosító Zrt. Ügyfélkapcsolati Divíziójánál – 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44.** – szóban (személyesen) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, avagy postai úton, továbbá a **(06-1) 452-3927** telefax számon, vagy a **generali@generali.hu** elektronikus levelezési címen) élhet bejelentéssel, illetőleg a társaságunk magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát a fenti módokon és elérhetőségi címeken közölheti. Szóbeli panaszát személyesen valamennyi, a személyes ügyfélfogadásra nyitva álló ügyfélszolgálati irodánkban, minden munkanapon 8 órától 16 óráig teheti meg. A telefonon közölt szóbeli panasz megtételére pedig ugyancsak minden munkanapon 8 órától 16 óráig, illetőleg legalább a hét egy munkanapján 8 órától 20 óráig biztosítunk lehetőséget.

Társaságunk panaszkezelési eljárásával, a panaszkezelés módjával és a panaszkezelési nyilvántartás vezetésével kapcsolatos további részletes információkat megtalálja a honlapunkon illetőleg az ügyfélszolgálati irodáinknál kihelyezett panaszkezelési szabályzatunkban.

3. A biztosító felügyeleti szerve a PSZÁF (a továbbiakban: PSZÁF vagy Felügyelet), amelynek székhelye 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., központi levelezési címe: 1534 Budapest, BKKP Pf. 777., központi telefonszáma: (36-1) 4899-100, központi fax száma: (36-1) 4899-102, ügyfélszolgálati telefonszáma: 06-40-203-776, e-mail címe: ugyfelszolgalat@pszaf.hu

Felhívjuk a figyelmét a Felügyelet fogyasztóvédelmi honlapjára (www.pszaf.hu/fogyasztoknak), az ott elérhető tájékoztatókra és összehasonlítást segítő alkalmazásokra.

4. Társaságunk a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által felügyelt tevékenység folytatására jogosult szervezet, amely tevékenységünk vonatkozásában fogyasztóvédelmi hatóságként a PSZÁF ellenőrzi
 - a fogyasztóval szemben tanúsítandó magatartásra vonatkozó kötelezettséget megállapító, a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéről szóló 2010. évi CLVIII. törvényben meghatározott jogszabályokban előírt rendelkezéseknek,
 - a fogyasztókkal szembeni tisztességtelen kereskedelmi gyakorlat tilalmáról szóló 2008. évi XLVII. törvény rendelkezéseinek,
 - a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény rendelkezéseinek,
 - és az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. törvény rendelkezéseinek (a továbbiakban együttesen fogyasztóvédelmi rendelkezéseknek), továbbá
 - a pénzügyi fogyasztói jogvitával kapcsolatos kötelezettség betartását, és eljár e rendelkezések pénzügyi szervezet általi megsértése esetén (a továbbiakban fogyasztóvédelmi eljárás).

Tájékoztatjuk, hogy a fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Felügyelet előtt fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezhető. A biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és joghatásaival kapcsolatos jogvitákban a Felügyeletnek nincs hatásköre eljárni.

A biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos esetleges pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljáráson kívüli rendezése érdekében írásban benyújtott kérelmet terjeszthet elő a Pénzügyi Békéltető Testületnél (székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; levelezési címe: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172.). A Testület eljárása megindításának feltétele, hogy a fogyasztó a biztosító társasággal közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését. A Pénzügyi Békéltető Testület működésével kapcsolatos egyéb lényeges információk (így a Testület eljárási szabályzata) megtalálhatók a www.pszaf.hu/pbt honlapon. A permegelőző, konfliktuskezelő, vitarendezési eljárások közül – a Pénzügyi Békéltető Testületi eljáráson kívül – közvetítői eljárást is kezdeményezhet, a közvetítői tevékenységről szóló 2002. évi LV. törvény alapján.

A fogyasztó a biztosítási szerződésből eredő igényeit a fentiekben megjelölt alternatív vitarendezési módok mellőzésével bírói úton is érvényesítheti. A bíróság eljárására a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadók.

5. Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a feladatai ellátásához az ügyfelei azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy a biztosítási törvényben meghatározott egyéb cél lehet.

A biztosító ügyfelének minősül a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a szerződésre ajánlatot tesz.

Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Biztosítási titkot képeznek az alábbi adatok:

- a biztosító ügyfelének személyi adatai;
- a biztosított vagyontárgy és annak értéke;
- a biztosítási összeg;
- élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosítási szerződés esetén az egészségi állapottal összefüggő adatok;
- a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje;
- a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény és körülmény.

6. A biztosító a személyes adatokat, továbbá az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Telefonon történő panaszkezelés esetén a Biztosító a közötté és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy évig megőrzi. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

7. Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben (a továbbiakban: Infotv.) foglaltaknak megfelelően tájékoztatjuk, hogy az adatkezelés az Ön önkéntes hozzájárulásán alapul, amely hozzájárulását Ön a biztosítási ajánlattétellel adja meg. Az adatkezelés jogalapja a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 155.§-a. A biztosítási szerződés végrehajtása érdekében a biztosító kezeli az ügyfelek személyes adatait (a továbbiakban „személyes adatok”). Az érintett ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

Adatfeldolgozási tevékenységet kizárólag erre irányuló megbízási szerződés alapján, kiszervezett tevékenység keretében jogosultak harmadik személyek végezni. Az ügyfél adatait kizárólag Társaságunk erre feljogosított munkatársai, megbízott biztosításközvetítői, illetve a Társaságunk részére külön szerződés keretében adatfeldolgozási- vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a Társaságunk által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges mértékben. Az ügyfél adatait jogosultak megismerni továbbá mindazon személyek vagy szervezetek is, akikkel szemben Társaságunknak a biztosítási titok megtartásának a kötelezettsége a 9. pont értelmében nem áll fenn.

A biztosító a szerződő (biztosított) személyes adatait, erre vonatkozó és kifejezett írásbeli hozzájárulása nélkül csak a Bit. 153-161.§ és 165.§-ában nevesített szervezeteknek továbbíthatja.

8. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a 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 csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 153-161. §-ában és 165. §-ában foglaltak alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

9. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- a folyamatban lévő büntető eljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyésszeggel,
- büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) az adóhatósággal abban az esetben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozási kötelezettség, illetve, ha a biztosítási szerződésből eredő kötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben jelölt az egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) a biztosítási törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) fióktelep esetén – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatokra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)–j), n) és r) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), m), p), q) és r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentebb meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

A biztosító a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti

- a) kábítószerrel visszaéléssel,
- b) terrorcselekménnyel,
- c) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel,
- d) lőfegyverrel vagy lőszernel visszaéléssel,
- e) pénzmosással,
- f) bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn továbbá abban az esetben sem, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg a pénzügyi információs egységként működő hatóság – a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

10. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyekből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- az összevont alapú felügyeletre és a kiegészítő felügyeletre vonatkozó törvényi rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

11. Tagállami biztosítóhoz vagy tagállami adatfeldolgozó szervezethez (tagállami adatkezelő) történő adattovábbítást úgy kell tekinteni, mintha a Magyarország területén belüli adattovábbítás került volna sor.

12. Az érintett ügyfél kérelmére Társaságunk köteles tájékoztatást adni az ügyfél részére az általa kezelt-, illetve az általa megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott, az érintett ügyfél adatairól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevéről, címéről, és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá- az ügyfél személyes adatainak a továbbítása esetén- az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről. Törvény az adattovábbításról való tájékoztatást kizárhatja illetve korlátozhatja.

Az érintett ügyfél kérheti személyes adatainak helyesbítését, továbbá - a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – adatainak a zárolását és törlését. Társaságunk az érintett ügyfél által kezdeményezett adathelyesbítéseket a nyilvántartásaiban köteles átvezetni.

Az érintett ügyfél az Infotv-ben meghatározott esetekben tiltakozhat személyes adatainak a kezelése ellen. A tiltakozást Társaságunk legfeljebb 15 napon belül megvizsgálja és írásban tájékoztatja az ügyfelet a döntéséről. Amennyiben az érintett ügyfél a döntéssel nem ért egyet, vagy a Biztosító a fenti határidőt elmulasztja, úgy az ügyfél a döntés közlésétől, illetve a határidő utolsó napjától számított 30 napon belül jogosult bírósághoz fordulni.

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál (1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c) az érintett ügyfél jogosult bejelentéssel élni, amennyiben észleli, hogy személyes adatai kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll.

Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

13. Adózási tudnivalók

Adómentes az élet- és nyugdíjbiztosításból származó biztosítói kifizetés, ha az haláleseti, baleseti, vagy betegségi szolgáltatás, illetve nyugdíjbiztosítási szerződés esetében a harmadik év fordulónapját követően nyújtott szolgáltatás. Az adómentes jövedelmet a magánszemélynek az adóbevallásában nem kell szerepeltetnie.

Kamatjövedelem biztosítási szerződéshez kapcsolódóan élet- vagy nyugdíjbiztosítás lejáratú szolgáltatásából, visszavásárlásából vagy részleges visszavásárlásából származhat. Kamatjövedelemről akkor beszélhetünk, ha a szerződésből származó kifizetés összege meghaladja az ugyanazon szerződéshez kapcsolódó magánszemély által befizetett díj(ak), illetve a kifizető által fizetett adókötelesnek minősülő (adózott) díj(ak) együttes összegét. Részleges visszavásárlás esetén a visszavásárlás arányában vehető figyelembe a befizetett díj. A kamatadó mértéke 16%. A kamatadót a biztosító a kifizetésből levonja, és megfizeti az adóhatóságnak. Ha kamatadó nem terheli a kifizetést, vagy a kamatadó levonása megtörtént, akkor a magánszemélynek az adóbevallásában nem kell szerepeltetnie ezt a jövedelmet. A kifizetést követően a biztosító igazolást állít ki a levont kamatadóról a magánszemély szerződő részére, szükség esetén felhívja figyelmét adóbevallási kötelezettségére. A biztosításból származó kamatjövedelem 50 százalékkal csökkenthető, ha a kifizetés a szerződés megkötésének 5. fordulónapját követően történik, és a kifizetéssel a szerződés megszűnik, vagy a 4 évnél régebben, de 6 évnél nem régebben befizetett díjak és hozamok terhére történő kifizetés esetén, ha a szerződés a kifizetéssel nem szűnik meg. A kamatjövedelem 100 százalékkal csökkenthető, ha a kifizetés a szerződés megkötésének 10. fordulónapját követően történik, és kifizetéssel a szerződés megszűnik, vagy a 6 évnél régebben befizetett díjak és hozamok terhére történő kifizetés esetén, ha a szerződés a kifizetéssel nem szűnik meg.

Egyéb jövedelem keletkezik, ha a magánszemély szerződőként olyan teljes életre szóló (élethosszig tartó), kockázati életbiztosítást vásárol vissza, amelynek díját – részben vagy egészben más személy (ide nem értve a más magánszemélyt) fizette, és a kifizető által fizetett díj adómentesnek minősült. Ebben az esetben ugyanúgy kell a jövedelmet meghatározni, mint a kamatjövedelemnél. A biztosító ilyen esetben a hatályos rendelkezések szerint a kifizetésből levonja a személyi jövedelemadó-előleget és azt befizeti az adóhatóságnak. A levont adóelőlegről a biztosító igazolást állít ki a magánszemély részére. A magánszemélynek e jövedelmet egyéb jövedelem jogcímen szerepeltetnie kell az adóbevallásában. Ezen egyéb jövedelem után százalékos egészségügyi-hozzájárulás (Eho) fizetési kötelezettség is keletkezik, amelyet a biztosító köteles megfizetni az adóhatóságnak. A biztosító – biztosítási feltételekben rendelkezve erről – ezt a költségét érvényesíti a biztosítás pénzalapjának terhére, és e költségre is tekintettel állapítja meg a magánszemély bruttó jövedelmét és a ténylegesen kifizethető összeget.

A fenti szabályok a jövőben megváltozhatnak, ezért felhívjuk ügyfeleink figyelmét arra, hogy saját érdekükben kövessék figyelemmel az adózási szabályok jövőbeli változásait, így különösen a személyi jövedelemadóról szóló törvény, az egészségügyi hozzájárulásról szóló törvény, valamint az adózás rendjéről szóló törvény rendelkezéseit.

14. Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a biztosító a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben, a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmiadóköteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat kötelezettséget, illetve térítheti meg azt az arra jogosultnak, amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható.

15. A jognyilatkozatok csak írásban érvényesek. A szerződő (biztosított) nyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.

16. A biztosítási szerződésre, amennyiben a felek másként nem állapodnak meg, vagy jogszabály eltérően nem rendelkezik, a magyar jog szabályai az irányadók.

A sikeres együttműködés reményében:



Erdős Mihály
elnök-vezérigazgató



Hegedűs Anna
ügyvezető igazgató

Hatályos: 2012. 03. 01-től

Generali Munkáltatói Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltétele (GMEP12)

Jelen Generali Munkáltatói Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltétele (továbbiakban: általános feltételek) a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (székhely: 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44., továbbiakban: biztosító) Generali Munkáltatói Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződéseire (továbbiakban: szerződés) érvényesek feltéve, hogy a szerződést jelen általános feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen általános feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

I. fejezet: Általános rendelkezések

1. A biztosítási szerződés alanyai (a biztosító, a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett)

- 1.1. **Biztosító** az a jogi személy, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a jelen általános feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 1.2. **Szerződő** az a nem természetes személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. Jelen általános feltételek alapján a biztosítási szerződés szerződője nem lehet a jelen általános feltételek VII. fejezet 3.1 és 3.2. pontjaiban foglalt kiemelt- és versenyző sportolókat foglalkoztató sportszövetség, sportegyesület, sportklub, sportkör vagy sportvállalkozás.
- 1.3. **Biztosított** az a szerződővel munkaviszonyban álló természetes személy, akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön, és aki a biztosítási szerződés hatályának rá való kiterjesztése (belépés) napján a 18. életévét már, a 60. életévét még nem töltötte be, feltéve, hogy a Biztosítotti nyilatkozat megtételének időpontjában nem szerepel biztosítottként más hatályos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződésben.
- 1.4. A jelen általános feltételek alapján létrejövő szerződésben több biztosítotti csoport képezhető. Egy biztosítotti csoportba azok a biztosítottak sorolhatóak, akik azonos foglalkozási kockázattal rendelkeznek és azonos biztosítási szolgáltatásra jogosultak. Foglalkozási kockázat szempontjából a biztosító megkülönböztet normál és veszélyes foglalkozásokat. A veszélyes foglalkozásokat a jelen általános feltételek 2. sz. melléklete tartalmazza, mely a szerződés része. A csoportképzés szempontja kizárólag munkakör, beosztás, munkatevékenység, telephely vagy organigramon (szervezeti felépítésben) elfoglalt hely lehet. Az ajánlattételkor, illetve a Biztosítotti nyilatkozat tétele során a szerződő, illetve a biztosított köteles a biztosítotti csoportokat egyértelműen körülhatárolni, azaz az adott csoport munkakörét, beosztását, munkatevékenységét, telephelyét vagy organigramon elfoglalt helyét egyértelműen meghatározni, és lehetőség szerint megadni a tevékenység helyét.
- 1.5. **Kedvezményezett** a biztosított, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.

2. A biztosítási szerződés és a biztosított jogviszony létrejötte

- 2.1. A szerződés a szerződő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre, melyet a szerződő ajánlattal kezdeményez. A szerződés létrejöttének feltétele, hogy a biztosítási szerződés hatálya legalább 10 fő biztosítottra kiterjedjen.
- 2.2. A szerződés létrejöttének időpontja:
 - a) az ajánlat biztosító által történő írásbeli elfogadó nyilatkozata (biztosítási kötvény) kiállításának napja.
 - b) a szerződés hallgatólagos létrejötte esetén, azaz, ha a biztosító az ajánlatra annak átvételétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik, úgy a szerződés létrejöttének időpontja az ajánlatnak, illetve az ajánlattal egyidejűleg a biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozni kívánó személyek vonatkozásában a kockázatbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentumnak a biztosító részére való átadásának időpontja.
- 2.3. A biztosító jogosult ajánlattételkor a biztosítás minimum két havi díjának megfelelő díjelőleget beszedni, melyet kamatmentes előlegként kezel. Ha a szerződés létrejön, a biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. Amennyiben a szerződés nem jön létre, a biztosító az előleget a szerződőnek visszautalja.
- 2.4. A biztosítási szerződés hatályának adott biztosítottra történő kiterjesztéséhez és a szerződés biztosítottra vonatkozó módosításához az érintett biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, melyet a biztosított a Biztosítotti nyilatkozat (továbbiakban: Biztosítotti nyilatkozat) érvényes kitöltésével és aláírásával tesz meg. A Biztosítotti nyilatkozat a szerződés elválaszthatatlan részét képezi.
- 2.5. A Biztosítotti nyilatkozat az a biztosított által kitöltött és aláírt nyilatkozat, amely tartalmazza a biztosítási szerződés hatályának a biztosítottra való kiterjesztéséhez és a biztosítotti jogviszony fenntartásához, továbbá a szolgáltatási igény elbírálásához kapcsolódó adatkezeléshez szükséges nyilatkozatokat, valamint a biztosító által feltett kérdéseket, és a biztosított által azokra adott válaszokat, amely nyilatkozatok megtételével, és amely kérdések hiánytalan és a valóságnak megfelelő megválaszolásával a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz.
- 2.6. A szerződő köteles a biztosítási szerződés keretében biztosítandó személytől a valóságnak megfelelően, hiánytalanul kitöltött és aláírt Biztosítotti nyilatkozatot beszerezni, és azt a biztosító részére eredetiben eljuttatni – ellenkező megállapodás hiányában – legkésőbb a Biztosítotti nyilatkozat aláírását követő 3 munkanapon belül.
- 2.7. A biztosító az ajánlat elfogadása, illetőleg az adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselésének megkezdése előtt kockázatbírálást végezhet, melynek során a biztosítotthoz kérdéseket intézhet, továbbá a biztosított Egészségi nyilatkozatát, vagy orvosi (illetve egészségi állapotára vonatkozó) vizsgálatát, és egyéb írásos nyilatkozatait is kérheti. A biztosító az Egészségi nyilatkozatot írásban, vagy előre egyeztetett időpontban telefonon kérheti a biztosítottól. A telefonon tett Egészségi nyilatkozatról hangfelvétel készül, melyet a biztosító mindaddig megőriz, míg a szerző-

désből igény érvényesíthető, illetve amíg a jogszabályi előírás azt kötelezővé teszi. A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat is ellenőrizni.

2.8. A biztosítottak az írásbeli és telefonon rögzített szóbeli nyilatkozatait, valamint a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszai az ajánlat, illetőleg a Biztosítotti nyilatkozat részét képezik.

2.9. A kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító az ajánlatot, illetve a kockázatvállalás adott biztosítottra történő kiterjesztését/módosítását biztosítottanként vagy elfogadja, vagy elutasítja, vagy arra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat, illetőleg a Biztosítotti nyilatkozat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles megindokolni. Az ajánlat, illetve a kockázatvállalás adott biztosítottra történő kiterjesztésének/módosításának elfogadása történhet hallgatólag, vagy a biztosítónak az ajánlat, illetve Biztosítotti nyilatkozat tartalmával megegyező vagy azoktól eltérő tartalmú kötvény kiállításával. A kötvény mellékletét képezik a biztosítottak nevére kiállított Generali Egészségkártyák.

2.10. Ha a szerződő az ajánlattól/Biztosítotti nyilatkozattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben az eltérést a kötvény kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ha a szerződő az eltérést a kötvény kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban elutasítja (kifogásolja), úgy a szerződés, illetve a szerződésnek a módosító javaslattal érintett biztosított(ak)ra vonatkozó kiterjesztése nem jön létre.

2.11. Az eredeti ajánlattól történő lényeges eltérésre a biztosító a kötvényen a szerződő figyelmét írásban felhívja.

2.12. Ha a hallgatólagosan létrejött szerződés eltér a jelen általános feltételektől, a biztosító az ajánlatnak a kötvénykiállításra jogosult illetékes Személybiztosítási Kompetencia Központba való megérkezését követő 15 napon belül írásban javasolhatja, hogy a szerződést a jelen általános feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, a biztosító a szerződést a módosító javaslat kézbesítésétől, illetve a módosító javaslathoz a szerződő általi elutasításától számított 15 napon belül 30 napos felmondási idővel felmondhatja.

2.13. A szerződő javaslatot tehet a szerződés módosítására, további biztosított megjelölésére, beléptetésére, illetve kiléptetésére is.

2.14. A biztosítási szerződés közvetítője lehet a független biztosításközvetítő, vagy a függő biztosításközvetítő. Független biztosításközvetítő az alkusz, aki az ügyfél megbízásából jár el, és a többes ügynök, aki egyidejűleg több biztosítóval fennálló jogviszonya alapján a biztosítók egymással versengő termékeit közvetíti.

A függő biztosításközvetítő (ügynök) a biztosítási szerződést a biztosítóval fennálló munkaviszonya keretében, vagy a biztosító megbízása alapján közvetíti.

2.15. A független biztosításközvetítő a biztosításközvetítői tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályok megszegésével vagy elmulasztásával esetlegesen okozott károkért önállóan felel. Ez a felelőssége kiterjed a nevében eljáró személyek tevékenységére is. A független biztosításközvetítő nem minősül a biztosító képviselőjének.

2.16. A függő biztosításközvetítő közvetítői tevékenysége során okozott károkért a biztosító felelős.

3. A biztosítási szerződés hatálybalépése, a szerződésmódosítás hatálybalépése

3.1. A már érvényesen létrejött szerződés az azt követő nap 0 órakor lép hatályba, amikor a szerződő az első biztosítási díjat, vagy a díjelőleget a biztosító részére megfizeti, vagy amikor a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg. Az első díj vagy díjelőleg akkor minősül megfizetettnek, ha az a biztosító számláján jóváírásra került. Amennyiben a szerződő az első díjat, vagy díjelőleget függő biztosításközvetítő részére adta át, úgy a díjat, illetve díjelőleget legkésőbb az átadás napját követő negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni.

3.2. A szerződő által kezdeményezett módosítás esetében a szerződésmódosítás hatálybalépése:

- a) új biztosított belépése esetében a biztosítói elfogadó nyilatkozat (kötvény) kiállítása, vagy a biztosítottra vonatkozó kockázatbírálás lezárását követő hónap elseje, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot vállalja,
- b) kilépő biztosított esetében a biztosítotti jogviszonyt megalapozó körülmény megszűnésére vonatkozó változásbejelentés biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap elseje.

4. A várakozási idő, kockázatviselés kezdete és megszűnése

4.1. A biztosító várakozási időt nem alkalmaz.

4.2. Szerződéskötéskor a biztosító kockázatviselése – amennyiben a biztosító kockázatbírálást végez az adott biztosított vonatkozásában – az adott biztosítottra vonatkozó kockázatbírálás lezárását követő hónap első napjának 0. órájakor kezdődik meg feltéve, hogy a biztosító a kockázatviselést vállalja, és feltéve, hogy a szerződés a 3.1. pont alapján már hatályba lépett.

4.3. Szerződéskötéskor a biztosító kockázatviselése – amennyiben a biztosító az adott biztosított vonatkozásában kockázatbírálást nem végez – a biztosítási szerződés létrejöttét követő hónap első napjának 0. órájában kezdődik, feltéve, hogy a szerződés a 3.1. pont alapján már hatályba lépett.

4.4. Új biztosított belépése esetén az új biztosítottra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése az új biztosítottra vonatkozó változásbejelentés biztosítóhoz történő beérkezését, vagy kockázatbírálás alá eső biztosított esetében az új biztosítottra vonatkozó kockázatbírálás lezárását követő hónap első napjának 0. órájakor kezdődik meg feltéve, hogy a biztosító a kockázatviselést vállalja. Amennyiben az új biztosított a biztosító által a kockázatbíráláshoz bekért dokumentumokat a belépéséről szóló változásbejelentést követő 90 napon belül nem nyújtja be, az adott biztosítottra vonatkozóan a biztosító a kockázatviselést elutasítja, és az nem kezdődik meg.

4.5. A biztosító kockázatviselése megszűnik a kilépő biztosított vonatkozásában a biztosítotti jogviszonyt megalapozó körülmény megszűnésére vonatkozó változásbejelentés biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0. órájától.

4.6. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosítotti jogviszony és a biztosító kockázatviselése megszűnik az alábbi esetekben:

- a) a biztosított halála esetén,
- b) a biztosított szerződéssel fennálló munkaviszonyának bármely okból történő megszűnése esetén, a munkaviszony megszűnésével érintett naptári hónap utolsó napjának 24. órájában,

- c) a biztosított által a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának 4.7. pont szerinti visszavonásával,
 - d) annak a biztosítási időszaknak a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti.
- 4.7. A biztosított a biztosítotti nyilatkozatát írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában a visszavonó nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0. órájától megszűnik.
- 4.8. A biztosító kockázatviselése valamennyi biztosított vonatkozásában megszűnik a biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnése esetén, a szerződés megszűnését követő nap 0. órájában.

5. A szerződés tartama

A biztosítási szerződés határozatlan tartamra jön létre.

6. A biztosítási szerződés megszűnése

- 6.1. A biztosítási szerződés megszűnik
- a) a díjfizetés elmulasztása esetén, az első elmaradt díjesedékességétől számított 30 nap elteltével, vagy
 - b) ha a biztosítási tartam közben nem marad a szerződésben biztosított, úgy a szerződés egésze megszűnik a jelen pontban rögzített megszűnési okról való biztosító általi tudomásszerzés napját követő hónap elsejével. Ebben az esetben a folyó biztosítási időszakra vonatkozó és már befizetett biztosítási díjjal a biztosító a szerződő felé elszámol oly módon, hogy a díjnak a biztosító tényleges kockázatviselési idejével arányos részének a levonása után megmaradó részét (meg nem szolgáltat díjrész) a biztosító visszatéríti a szerződőnek a szerződés jelen pont szerinti megszűnésétől számított 30 napon belül.
 - c) ha a szerződő jogutód nélkül megszűnik, úgy a jogutód nélküli megszűnés időpontjával,
 - d) a 6.2. pont szerinti felmondással.
 - e) amennyiben a biztosítottak létszáma bármely okból 10 fő alá csökken, úgy a biztosítási szerződés az erről való biztosítói tudomásszerzéssel érintett naptári hónap utolsó napjának 24. órájában megszűnik, kivéve ha felek ettől eltérően állapodnak meg.
- 6.2. A biztosítási szerződést a felek írásban, 30 napos felmondási idővel, az adott biztosítási év végére felmondhatják.

7. A biztosítási szerződés területi hatálya

A biztosító kockázatviselése Magyarország területére, a Magyarországon igénybe vett egészségügyi ellátásokra, szolgáltatásokra terjed ki.

II. fejezet:

A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

1. A biztosító, a szerződő és a biztosított külön kötelezettségei

- 1.1. Biztosító köteles a szerződőt a biztosítási szerződés megkötése előtt a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény rendelkezései szerint a biztosító főbb adatairól és a biztosítási szerződés lényeges jellemzőiről írásban tájékoztatni. A biztosító ennek megfelelően a szerződés megkötése előtt köteles a szerződő rendelkezésére bocsátani a biztosító főbb adatait tartalmazó Ügyféltájékoztatót, valamint a szerződés jellemzőiről szóló, a szerződés részét képező általános feltételeket, és Terméktájékoztatót.

- 1.2. Szerződő köteles a II. fejezet 1.1. pontban foglaltaknak megfelelően a biztosítottat Biztosítotti nyilatkozatának megtétele előtt a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 166. §-ában és e törvény 10. számú mellékletében foglaltak szerint írásban tájékoztatni a Biztosító főbb adatairól, és az általános feltételek, valamint a Terméktájékoztató alapján a szerződés jellemzőiről.

- 1.3. Ellenkező megállapodás hiányában, a szerződő köteles a biztosítót a biztosítottak személyében beállt változásról legkorábban 30 nappal a változás beállása előtt, de legkésőbb a változástól számított 8 napon belül írásban értesíteni. A szerződő által a biztosítottak személyében bekövetkezett változást a biztosító – a biztosítástechnikai rendszerében – a hozzá beérkezett változásbejelentést követő hónap 1-jével vezeti át.

- 1.4. A biztosított köteles a biztosító esetleges kockázatbírálása során, illetve a biztosítotti jogviszonya alatt a biztosítóval és a szerződővel együttműködni. A biztosított együttműködési kötelezettsége alapján köteles a Biztosítotti nyilatkozat kitöltéséhez és a kockázatbírálásához szükséges adatközlést teljesíteni, a bejelentett adatok ellenőrzését lehetővé tenni, továbbá előre egyeztetett helyen és időben orvosi vizsgálaton megjelenni.

2. A szerződő és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

- 2.1. A szerződő és a biztosított kötelesek közlési és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.
- 2.2. A közlési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított kötelesek ajánlattételkor, illetve a Biztosítotti nyilatkozat tételkor a a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a biztosító által rendszeresített formanyomtatványon és/vagy hangfelvételeken szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása, illetve a hiányos adatközlés egymagukban még nem jelentik a közlési kötelezettség megsértését.
- 2.3. A biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a biztosított egészségi állapotára, foglalkozására, sporttevékenységére vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő.
- 2.4. Az orvosi vizsgálat elvégzése a szerződőt, és a biztosítottat közlési kötelezettségük alól nem mentesíti.
- 2.5. A szerződő és a biztosított köteles a biztosítás tartama alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a szerződés keretében illetve nyilatkozataikban közölt lényeges körülmények megváltozását. Lényeges körülménynek az minősül, amelyről a biztosítási szerződés rendelkezik, illetve amire a biztosító kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a szerződő, illetve a biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta. Lényeges körülmény különösen a szerződő és a biztosított neve, bankszámla adatai, lakó- vagy tartózkodási helyének, illetve székhelyének címe, levelezési címe, és a biztosított foglalkozása, munkatevékenysége, sporttevékenysége, illetve annak versenyző jellege, a szerződő részéről megnevezett kapcsolattartójának megváltozása esetén, a kapcsolattartó neve, telefonszámai, fax száma, e-mail címe.
- 2.6. A biztosított az egészségi állapotában történt változást nem köteles a biztosítónak bejelenteni.

3. A biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége új, lényeges körülmények felmerülése esetén

- 3.1. Ha a biztosító a szerződés létrejötte után a szerződést érintő lényeges körülményekről szerez tudomást, továbbá, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli vele, a közléstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a szerződést a biztosító jelen általános feltételek értelmében nem vállalja – a szerződést a biztosító a tudomásszerzéstől számított 30 napos felmondási idővel írásban felmondhatja.
- 3.2. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik. Erre a következményre a szerződőt a módosító javaslat megtételekor figyelmeztetni kell. Ha a biztosító e jogaival nem él, a szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.
- 3.3. Ha a biztosító a biztosított nyilatkozataiban közölt valamely lényeges körülmény vonatkozásában a közlési kötelezettség megsértéséről szerez tudomást a szerződés fennállása alatt, akkor az adott biztosított vonatkozásában kockázatbírálást végezhet, és ennek eredményeként a közléstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet az adott biztosított vonatkozásában a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a biztosító jelen általános feltételek értelmében nem vállalja – a szerződést adott biztosított vonatkozásában a biztosító a tudomásszerzéstől számított 30 napos felmondási idővel írásban felmondhatja.
- 3.4. Ha a szerződő a módosító javaslatot az adott biztosított vonatkozásában nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a szerződés az adott biztosított vonatkozásában a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik. Erre a következményre a szerződőt a módosító javaslat megtételekor figyelmeztetni kell. Ha a biztosító e jogaival nem él, a szerződés az adott biztosított vonatkozásában az eredeti tartalommal marad hatályban.

III. fejezet: Biztosítási díj

1. A biztosítási díj meghatározása, a biztosított belépési kora

- 1.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének ellenértéke.
- 1.2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján, a biztosítottak létszámának, foglalkozásának, munkatevékenységének, ha a biztosító kockázatbírálást végez a biztosított egészségi állapotának és a szerződő által választott szolgáltatási csomagnak a figyelembe vételével történik.
- 1.3. A biztosító a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díját biztosított csoportonként határozza meg. Egy biztosított csoporton belül a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díja azonos.
- 1.4. Biztosított létszámváltozás esetén a biztosító a biztosított csoportra vonatkozó biztosítási díjat az 1.2. pontban meghatározott díj összegének figyelembevételével módosítja a szerződésmódosítás hatálybalépésének időpontjától a módosult létszámnak megfelelően.

2. A biztosítási díj fizetése (a díjfizetés gyakorisága, a díj esedékességének időpontja)

- 2.1. A szerződés rendszeres éves díjú. A rendszeres éves díj fizethető éves, féléves, negyedéves és havi részletekben (díjfizetési gyakoriság). Havi díjfizetéstől eltérő fizetési gyakoriság esetén a biztosító díjkedvezményt adhat.

- 2.2. A díjfizetés technikai kezdete a szerződés létrejöttét követő hónap elseje. A díjfizetés technikai kezdete egyben a biztosítási évforduló napja is.
- 2.3. A biztosítási időszak egy év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számított egy évig tart (a továbbiakban: biztosítási év).
- 2.4. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő ajánlattételkor határozza meg, és bármely biztosítási évfordulón megváltoztathatja, ha a változtatási szándékot a biztosítási évforduló előtt legalább 60 nappal írásban jelzi a biztosítónak.
- 2.5. A biztosítás első díja a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak (biztosítási év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Az első díj a szerződés hatálybalépésének napjától a díjfizetés technikai kezdetéig terjedő időszakra és az első díjfizetési időszakra is vonatkozik.
- 2.6. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díj (díjrészletet) a biztosító számlájára beérkezik.
- 2.7. Ha a biztosított biztosított jogviszonya a biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének tartama alatt nem a díjfizetés elmulasztása miatt szűnik meg, különösen a biztosított kilépésénél, a biztosítottra vonatkozó díjfizetési gyakoriság alapján a szerződő által megfizetett díjból a biztosító a tényleges kockázatviselési idejével arányos díjrész feletti díjat a következő díjfizetési gyakoriság (díjfizetési ütem) díjából a díj esedékességekor jóváírja, vagy a szerződő részére 30 napon belül visszatéríti.
- 2.8. A szerződő vállalja, hogy a biztosítás díját az összes biztosítottra vonatkozóan – a díj (díjrészlet) esedékességének megfelelően – egy összegben fizeti meg.

3. A biztosítási díjfizetés elmulasztásának következményei

- 3.1. A biztosítási díj esedékességétől számított 30 nap elteltével a szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, és a szerződő halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette.
- 3.2. A szerződőnek lehetősége van az elmaradt biztosítási díjak rendezése mellett – az első elmaradt biztosítási díj esedékességétől számított 3 hónapon belül – a díjfizetés elmulasztása miatt kifizetés nélkül megszünt szerződés – ismételt érvénybe léptetését kémi (reaktíválás). Ebben az esetben a biztosító jogosult kockázatbírálást végezni, és a kérést elfogadni vagy indoklás nélkül elutasítani.

4. A biztosítási díj módosításának a szabályai (díjigazítás)

4.1. Díjigazítás

- 4.1.1. A biztosítások költségfedező képességének megőrzése és a kockázatarányos díj elvének alkalmazása érdekében a biztosító naptári évenként egyszer a szolgáltatási csomagok alapidjait és a biztosítási díj képzésének kondícióit, illetve paramétereit (együttesen: tarifáit) módosíthatja.
- 4.1.2. Tarifaváltásra egyrészt a költségek módosulása, másrészt a szolgáltatások veszélyközösség szintű igénybevétele statisztikai gyakoriságának változására tekintettel kerülhet sor.
- 4.1.3. A költségek változásának megállapításához a biztosító a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) által tárgyév február és az azt megelőző év február hónapra megadott

egészségügyi és fogyasztói árindexek hányadosát veszi figyelembe. Az így kiszámított indexszám érvényességi ideje 12 hónap.

- 4.1.4. A biztosítással fedezett egészségügyi ellátások igénybevétele gyakoriságának megváltozásában a KSH statisztikai adatai és a biztosító saját veszélyközösségének az adatai együttesen irányadóak.
- 4.1.5. A biztosító tarifaváltás esetén jogosult díjigazítást végrehajtani a biztosítási szerződésre vonatkozóan, a tarifaváltás időpontját követő biztosítási évfordulóval kezdődő hatállyal.
- 4.1.6. Ha díjigazítás miatt a következő biztosítási évfordulóval kezdődő hatállyal díjmódosítás történik, akkor a biztosító köteles a díj változásáról írásban értesíteni a szerződőt legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 60. napon.
- 4.1.7. Ha a szerződő a díj módosítását, az erről szóló értesítés kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban nem utasítja el, a szerződés a biztosítási évforduló napján a díjmódosításnak megfelelő tartalommal marad hatályban.
- 4.1.8. Ha a szerződő a díjmódosítást a 4.1.7. pontban írt határidőn belül a szerződés egésze, vagy az adott biztosítottra vonatkozó része tekintetében írásban, a biztosítóhoz intézett nyilatkozatával elutasítja, akkor a szerződés, illetve a szerződésnek az adott biztosítottra vonatkozó része a biztosítási évfordulót megelőző nap 24 órákor megszűnik.

IV. fejezet: Biztosítási esemény, a biztosító szolgáltatása és teljesítésének feltételei

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Biztosítási esemény az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele, melyet a biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt a jelen általános feltételekben meghatározott és a jelen általános feltételek szabályainak eleget tevő egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett. 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.
- 1.2. A biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegségével vagy balesetével vagy kóros állapotával vagy megállapított maradandó egészségkárosodásával okozati összefüggésben a kockázatviselés ideje alatt a biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatás kizárólag abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha
 - a) az említett sérülésről, betegségről, egészségi problémáról, balesetről, egészségkárosodásról a biztosító a szerződés létrejöttét megelőzően a kockázatbírálás során, vagy más – bizonyítható módon – tudomást szerzett, vagy
 - b) erről a körülményről a biztosított a kockázatbíráláshoz szükséges nyilatkozataiban a közlési kötelezettségének megfelelően tájékoztatta a biztosítót,és a biztosító nem zárta ki kockázatviselési köréből az ezekkel összefüggő szolgáltatási igényeket, hanem vállalta a kockázatot.
- 1.3. Biztosítási eseménynek csak az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele minősül, amelyet a Medcover Zrt.-nél (továbbiakban: Szolgáltatósszervező), mint

egészségügyi szolgáltatónál, vagy rajta keresztül, a szolgáltató szervezésében, tudtával, illetve jóváhagyásával vett igénybe a biztosított.

- 1.4. A biztosítási esemény időpontja az egészségügyi ellátás igénybevételének első napja. A jelen általános feltételek alkalmazásában egy biztosítási eseménynek az azonos sérülési, egészségkárosodási, megbetegedési okra, okokra illetve egészségi problémára visszavezethető egészségügyi szolgáltatások minősülnek, ha egy napon vagy egy egészségügyi ellátás keretében történtek, és ugyanahhoz a szolgáltatásfajta-hoz tartoznak.
- 1.5. Biztosítási eseménynek azonnali ellátási esetben kizárólag az az egészségügyi ellátás minősül, amely a társadalombiztosítási rendszer által nem finanszírozott illetve nem finanszírozandó.

2. A biztosító szolgáltatásának általános szabályai és a szolgáltatás korlátozásának esetei

- 2.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben, valamint az általános feltételekben és különösen annak elválaszthatatlan részét képező 1. számú mellékletben meghatározott orvosi, egészségügyi és egyéb szolgáltatásokra, illetve azok költségterítésére terjed ki a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag tartalma, szolgáltatási korlátai és a jelen általános feltételekben foglalt szabályok szerint.
- 2.2. A biztosító szolgáltatásait, a biztosító szolgáltatása korlátozásának eseteit, valamint a szolgáltatások egyéb részletes szabályait a szerződés, a jelen általános feltételek és annak elválaszthatatlan részét képező 1. számú melléklet (Generali Munkáltatói Egészségprogram szolgáltatási csomagok és szolgáltatás típusok) együttesen tartalmazzák.
- 2.3. Annak az egészségügyi szolgáltatásnak az igénybevételét, amely biztosítási eseménynek minősül és melyet a biztosított a szolgáltatásszervezőnél vett igénybe, nem kell külön bejelenteni a biztosítónak.
- 2.4. A szolgáltatásszervezővel szerződött vagy vele együttműködő egészségügyi szolgáltatónál (Medcover szolgáltatási pontok) igénybe vett és a biztosítás által, a szerződés alapján fedezett egészségügyi szolgáltatás költségét a biztosító közvetlenül, illetve a szolgáltatásszervező közreműködésével téríti meg a szolgáltatást nyújtó félnek, ha az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele a szolgáltatásszervező szervezésében és tudtával, valamint jóváhagyásával zajlott le.
- 2.5. A biztosító a szolgáltatását a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos szerződés szerint teljesíti.
- 2.6. Kizárólag a szolgáltatásszervező és a biztosító rendelkezik mérlegelési joggal a szolgáltatások szervezésével és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével kapcsolatban.
- 2.7. A szolgáltatásszervező megtagadja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amikor a szerződésben, különösen az általános feltételekben és annak 1. sz. mellékletében szereplő feltételek bármelyike nem teljesül, illetve ha a szerződésből bármely okból kizárt eseménnyel összefüggő szolgáltatási igény merül fel.
- 2.8. Abban az esetben, ha a biztosítási szolgáltatás jogalapja a biztosítási szerződés alapján nem vagy csak részben áll fenn, és emiatt a biztosító részben vagy egészben nem kötelezett a biztosítási szolgáltatás teljesítésére, akkor a biztosított az általa igénybe vett egészségügyi ellátás költségének biztosí-

tással nem fedezett ellenértékét köteles megtéríteni az egészségügyi szolgáltatást nyújtó, illetve arról számlát kiállító félnek.

2.9. A biztosító a biztosítási szerződések alapján kizárólag a feltételekben megjelölt, szükséges és indokolt költségeket köteles megtéríteni.

2.10. A szolgáltatásszervező és a biztosító nem vállal felelősséget a biztosítási szerződésen kívüli más egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi szolgáltatások szakmai minőségéért, illetve annak során a mások által a biztosítottaknak okozott károkért.

3. A biztosítási szolgáltatás engedményezése

3.1. A jelen általános feltételek alapján kötött biztosítási szerződés esetén a biztosított, mint a szerződés kedvezményezettje, a biztosított nyilatkozat aláírásával egyidejűleg a biztosítási szolgáltatás összegét engedményezi az általa igénybe vett egészségügyi szolgáltatást megszervező szolgáltatásszervezőre, abban az esetben, ha a biztosítási szolgáltatás alapjául szolgáló és a biztosítottak nyújtott egészségügyi szolgáltatást a szolgáltatásszervező teljesítette, vagy annak költségét már megtérítette közvetlenül az egészségügyi szolgáltatást ténylegesen nyújtó félnek.

3.2. Azonnali ellátási esetekben, ha az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele a szolgáltatásszervező szervezésében vagy tudtával és jóváhagyásával, de a vele nem szerződött egészségügyi szolgáltatónál történt, akkor az egészségügyi szolgáltatás költségét a biztosított köteles előfinanszírozni a szolgáltató félnek, kivéve, ha ettől a szolgáltatást nyújtó fél és a biztosító együttesen eltekintenek. Ha a biztosított a szolgáltatást előfinanszírozta, akkor a biztosító a költséget utólag csak abban az esetben téríti meg, ha a költségek elszámolása céljából a jelen általános feltételek IV.4., 5. és 6. pontjában leírtak szerint szolgáltatási igényt terjesztnek elő a biztosítónál, és a biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítási szerződés alapján fennáll.

4. Az egészségügyi szolgáltatás költségterítésére vonatkozó szolgáltatási igény biztosító felé történő bejelentésének szabályai és határideje

A biztosítási esemény bekövetkezését, ha az egészségügyi szolgáltatás költségeit a biztosított vagy nevében más – de nem a biztosító és nem is a szolgáltatásszervező – már megtérítette (előfinanszírozás) és így a biztosítási esemény bekövetkezése a biztosító irányában költségterítési igénnyel jár, akkor az egészségügyi ellátás illetve szolgáltatás igénybevételének utolsó napját követő 15 napon belül a biztosító részére írásban be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni. A keletkezett egészségügyi dokumentumokat csatolni kell és lehetővé kell tenni a bejelentés valamint a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését.

5. Az egészségügyi szolgáltatás költségterítéséhez benyújtandó dokumentumok

5.1. Az egészségügyi szolgáltatás költségterítéséhez benyújtandó dokumentumok:

- a) az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről kiállított eredeti számlát, melyet legkésőbb az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének utolsó napján kell igényelni a szolgáltatást teljesítőktől a biztosított nevére.
- b) a biztosítási eseménnyel összefüggő valamennyi egészségügyi dokumentumot (pl.: ambulánslap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény (másolat), beutaló (másolat), stb.), beleértve a vele kapcsolatos korábbi összes egészségügyi dokumentumot és az első egészségügyi ellátás dokumentumát is.

5.2. A szolgáltatáshoz bekérhető egyéb dokumentumok listája a IV. 6. pontban található.

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

5.4. Ha a biztosító által bekért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy ismételt hiányosan nyújtják be, illetve a biztosított nem jelenik meg a szolgáltatás elbírálásához szükséges orvosi vizsgálaton, a biztosító a szolgáltatási igényről a rendelkezésre álló dokumentumok alapján dönt, így a szolgáltatási igényt el is utasíthatja.

5.5. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a biztosított, illetve a szolgáltatási igény előterjesztője a jelen általános feltételekben foglalt kötelezettségeiknek nem tesznek eleget, különösen, ha a bejelentésre nyitva álló határidőt nem tartják be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

6. A szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumok

A biztosító a jelen általános feltételek IV. 5. pontjában megjelölt iratok mellett a szolgáltatási igény elbírálásához szükség esetén jogosult bekérni az alábbi dokumentumokat is, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és/vagy az igény összességének megállapításához szükségesek:

6.1. Amennyiben a biztosítási esemény alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.

6.2. A biztosítási esemény alapjául szolgáló közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, boncolási jegyzőkönyv másolata, jogosítvány és forgalmi engedély másolata, munkahelyi, iskolai, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv másolata, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények másolata).

6.3. A biztosító által rendelkezésre bocsátott és a biztosított kezelőorvosa illetve az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatvány a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a biztosított egészségi állapotáról, illetve a biztosított kórelőzményi adatairól.

6.4. A biztosítottak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumai: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi kártya másolata, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok.

6.5. A társadalombiztosítási szerv, vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján).

6.6. A biztosítottak a sporttevékenységével kapcsolatos tagsági igazolványa, jogviszonya igazolásának másolata.

- 6.7. A biztosító kérheti az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített magyar nyelvű hiteles fordítása benyújtását.
- 6.8. A biztosító kérheti a fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását és bármely adathordozón rögzített másolatának benyújtását.
- 6.9. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához egyéb iratokat is beszerezhet.

7. A biztosítási szolgáltatás teljesítésének szabályai

A biztosító a biztosított vagy nevében más által előfinanszírozott biztosítási szolgáltatást – a jogalap fennállása esetén – az összes dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül, törvényes belföldi fizetőeszközben, magyarországi pénz-intézetnél vezetett bankszámlára való átutalással, a számla és a szolgáltatások, szolgáltatási korlátok figyelembevételével teljesíti.

8. Eljárás véleménykülönbség esetén

Ha az ügyfél vitatja a biztosító – szolgáltatási igénnyel kapcsolatos – álláspontját, írásban kérheti a döntés felülbírállását.

9. Közvetítői eljárás

A biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos esetleges pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljáráson kívüli rendezése érdekében írásban benyújtott kérelem terjeszthető elő a Pénzügyi Békéltető Testületnél (székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.). A Testületi eljárás megindításának feltétele, hogy a fogyasztó a biztosítóval közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

Ha az ügyfél a biztosító döntését a biztosítási szolgáltatás tárgyában nem fogadja el, úgy – a Pénzügyi Békéltető Testületi eljáráson kívül – közvetítői eljárást is kezdeményezhet, amely eljárást a hatályos jogszabályok szerint kell lebonyolítani, és ennek eredményeként a felek peren kívüli megegyezésére van lehetőség.

10. A panaszok bejelentése – panaszforum

10.1. A szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat a biztosítónál szóban (személyesen vagy telefonon a Generali Tele-Center a 06-40/200-250-es számon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, vagy postai úton a Generali-Providencia Biztosító Zrt., Ügyfélkapcsolati Divíziójánál, a 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44. címen, a 06-1/452-3927 telefax számon, vagy a generali@general.hu elektronikus levelezési címen) lehet bejelenteni.

10.2. A biztosító a hozzá bejelentett panaszokat kivizsgálja és a vizsgálata eredményéről a panaszosnak a bejelentés biztosító tudomására jutásától számított 30 napon belül tájékoztatást ad.

11. Elévülési idő

A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 2 év.

V. fejezet:

A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

1. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási esemény alapjául szolgáló eseményt a szerződő, biztosított vagy vele közös háztartásban élő hozzátartozójuk jogellenesen és szándékosan vagy jogellenesen és súlyosan gondatlanul okozta.

2. A jelen fejezet 1. pontban meghatározott személy súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha

- a) a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény rendszeres alkoholfogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
- b) 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 a 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció,
- c) 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 alapjául szolgáló esemény bekövetkezésében közrehatott,
- d) a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll azzal, hogy a biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény időpontjában legalább két közlekedérendészeti szabályt megszegett.

3. Ha a szerződő vagy a biztosított közlési, illetve változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be kivéve, ha bizonyítja, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:

- a) a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
- b) a szerződő vagy a biztosított változásbejelentési kötelezettségüket megsértették, de az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás tartama alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a jelen általános feltételek II.3.4. pontban szabályozott szerződésmódosítási, illetve felmondási lehetőségével, vagy
- c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

4. A biztosított – biztosítása által fedezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor, 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, és az eljáró orvos illetve egészségügyi személyzet előírásainak az ellátás befejezéséig folyamatosan eleget kell tennie.

Amennyiben a biztosított ennek a kötelezettségének nem tesz/tett eleget, úgy a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól. Ez nem jelenti a biztosított korlátozását a szabad orvosválasztási és egészségügyi szolgáltató-választási jogában.

5. A mentesüléssel kapcsolatos körülmény, tény valóságnak megfelelő voltát annak kell bizonyítania, aki arra hivatkozik.

VI. fejezet:

A biztosító kockázatviseléséből kizárt események

1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
- a) ionizáló sugárzás,
- b) nukleáris energia,
- c) HIV-fertőzés,
- d) háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellensége.

ges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviellongások, felkelés.

2. Jelen feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.
3. A biztosító kockázatviselése a jelen általános feltételek VI.1.d.) pontjában foglaltakkal ellentétben kiterjed a biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a biztosítottak a tüntetés, sztrájk, illetve felvonulás hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított eseményein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek abban az esetben, ha a biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.
4. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel okozati összefüggésben álló eseményekre:
 - a) a biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a biztosító kockázatviselése kezdetét megelőző három évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt,
 - b) a biztosítottak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.
5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított öngyilkossági kísérletével okozati összefüggésben álló eseményekre, még akkor sem, ha a biztosított az öngyilkossági kísérletet zavart tudatállapotban követte el.
6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
 - a) a terhességgel (kivéve, ha a biztosítottat vonatkozó szolgáltatási csomag tartalmazza a terhesgondozást), szüléssel, gyermekágyggyal összefüggő egészségügyi szolgáltatások,
 - b) az emberi reprodukcióra irányuló – beleértve a mesterséges megtermékenyítést és annak bármely formáját, valamint a kizárólag a meddőség megszüntetése miatti eseményeket is – különleges eljárások, az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatások,
 - c) a művi terhesség-megszakítás, kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit, valamint a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását.
 - d) a sterilizáció,
 - e) a nemi jelleg megváltoztatása.
7. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
 - a) ápolás és haldokló páciensek gondozása (hospice), életfenntartó beavatkozások, a geriatrai ellátás, jogszabályban meghatározott krónikus betegségek rehabilitációja (ide értve a daganatos betegek rendszeres

onkológiai kezelését), kezelése, gondozása (különösen gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra), kivéve a krónikus betegségek kórismézését, a kezelésük első beállítását, az akut szakaszainak akut ellátását, a betegség kezelése részeként elrendelt gyógyszerek felírását).

- b) állapotfenntartó infúziós kezelések, (pl. akut tünetek nélküli keringésjavító kezelések, vitaminkurák stb.),
- c) reumatológiai kezelések, kivéve, ha jelentős akut állapotrosszabbodás megszüntetésére irányulnak,
- d) szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások, beleértve azok előkészítéséhez illetve utógondozásához kapcsolódó ellátásokat is,
- e) protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése,
- f) művesekezelés,
- g) a fogászati ellátások és kezelések, ide nem értve azokat az ellátásokat, melyek baleset következményei és a beavatkozás a rágásfunkció helyreállítását szolgálja, feltéve, hogy az ellátás legalább két egymás mellett lévő, azonos oldali fog együttes, fogászati röntgennel igazolt sérülése miatt következik be, továbbá a jelen feltételek 1. számú mellékletében a szolgáltatási csomagok részeként meghatározott szájüregi fogászati szűrést és dentálhigiéniai ellátásokat (fogkö levételt)
- h) a fekvőbeteg-ellátás, illetve egynapos sebészet, ha a biztosítottat vonatkozó szolgáltatási csomag külön megjelölve nem tartalmazza azt, valamint az olyan fekvőbeteg-ellátás, illetve egynapos sebészet, ha a biztosítottat vonatkozó szolgáltatási csomag külön megjelölve tartalmazza, de az ellátás célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, kivéve a fekvőbeteg-ellátásban részesülő biztosított gyermekkel együtt bent tartózkodó közeli hozzátartozó biztosított szállásköltsége,
- i) bennalvások alvászvizsgálat (somnia, polysomnographia),
- j) házivizit, betegszállítás, kivéve, ha a biztosítottat vonatkozó szolgáltatási csomag külön megjelölve tartalmazza azt,
- k) védőoltás vakcinájának beszerzése, költségtérítése,
- l) gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz, kivéve ha a biztosítási csomag által fedezett és az egészségügyi szolgáltatónál történő ellátás része,
- m) lelki működés zavarai és/vagy pszichiátriai megbetegedések,
- n) emberen végzett orvostudományi kutatások,
- o) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei.
- p) egészségügyi orvosszakértői véleménnyel kapcsolatos igények és költségek,
- q) halottakkal kapcsolatos egészségügyi szolgáltatások,
- r) jogszabályban meghatározott, a katasztrófa- és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ide értve a kötelező, illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, a bármely védőoltás beadásával kapcsolatos kiadásokat,
- s) alkohol, drog vagy kábítószer, illetve egyéb szenvedélybetegség miatti elvonókurák, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás,
- t) jogszabályban meghatározott, a nem-konvencionális eljárások, természetgyógyászati kezelés, akupunktúra, alternatív gyógyászat, wellness szolgáltatások, gyógytárgyak, logopédiai ellátás, fürdőkúra, gyógykúra, természetes gyógytényezők, fürdő- és klímagyógyintézetek, gyógyhelyek által teljesített szolgáltatások,
- u) az alábbi fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények: TBC, tetanusz, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek, mint malária,

- sárgaláz, kolera, Dengue-láz, SARS, továbbá a szexuális úton átvihető betegségek miatti események (STD)
- v) szaruhártyán végzett látásjavító műtét, beavatkozás, valamint látásjavító eszközök, hallókészülék és kellékek,
 - w) jogszabályban meghatározott megelőzés, és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, állapotfelmérések, kivéve a szolgáltatási csomag részét képező szűrővizsgálatokat,
 - x) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott szolgáltatás,
 - y) a kockázatfelbírálás eredményeként a biztosítási kötvényen felsorolt esetek és események (tételes kizárás).
8. A jelen feltételek alkalmazásában a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított alábbi sporttevékenységével összefüggő eseményekre: autó-motor sportok (pl. auto-crash vagy roncsautó sport, gokart, moto-cross, ügyességi versenyek gépkocsival), gépkocsiverseny bármely fajtája, barlangászat, barlangi expedíció, bázisugrás, BMX-cross, BMX és skate, gyorsasági kerékpár, bungee jumping (mélybe ugrás), búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, egykezes és nyílttengeri vitorlázás, ejtőernyőzés, falmászás, hegy-mászás, sziklamászás az V. foktól, hőlégballonozás, jet-ski, léghajózás, magashegyi expedíció, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, vitorlázó és motoros repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, ejtőernyős ugrás, műrepülés, bázisugrás quad, rally, vadvízi evezés, vízési, hydrospeed, canyoning, surf, mountainboard, siakrobatika, síugrás, snowboard, pankráció).
9. **Sportártalmak kizárása**
Ha a biztosított a biztosítási ajánlat megtételekor, illetve azt megelőzően legalább 3 éven keresztül a jelen általános feltételek VII. 3. pont szerint kiemelt vagy versenyzői szinten a 3. számú mellékletben felsorolt sporttevékenységek bármelyikét űzte, és a sportolást 5 éven belül hagyta abba, vagy a szerződés hatálya alatt bármikor kiemelt vagy versenyzői szinten a 3. számú mellékletben felsorolt sporttevékenységek bármelyikét űzi vagy űzte, akkor biztosított mindkét térde, bokája, válla, és gerince a biztosítási védelemből kizárva, kivéve, ha a szolgáltatási igény alapja csonttörés, csonttrepedés.

VII. fejezet: Egyéb rendelkezések

1. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alaki követelményei és hatályosságának feltételei

- 1.1. A biztosítási szerződés alanyainak jognyilatkozatai csak írásbeli alakban érvényesek. Az írásbeli jognyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha az a biztosító valamely szervezeti egységének tudomására jut. A biztosító a faxon elküldött nyilatkozatokat alaki és tartalmi szempontból jogosult ellenőrizni.
- 1.2. Ha a biztosító a jognyilatkozatot a szerződőnek, a biztosított-nak vagy egyéb jogosultnak az általa ismert utolsó címére ajánlott levélben küldi, az abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzés helyén átvették.

2. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése, a Generali Egészségkártya elvesztése, pótlása

- 2.1. Ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, úgy a biztosító a szerződő kérésére a hatályos eredetivel meg-

egyező tartalmú kötvényt állít ki.

- 2.2. Ha Generali Egészségkártya megsemmisült vagy elveszett, úgy a biztosító a szerződő kérésére a hatályos eredetivel megegyező tartalmú kártyát állít ki, melynek kiállítás költségit a biztosító a szerződővel szemben érvényesítheti.

3. A biztosított sporttevékenységének minősítése

- 3.1. Jelen általános feltételek szempontjából **kiemelt sportoló**: az a biztosított, aki sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet, továbbá aki külföldi sportszövetség feltételei szerint megszerzett sportolói engedéllyel rendelkezik.

- 3.2. Jelen általános feltételek szempontjából **versenyző sportoló** az a biztosított (továbbiakban: versenyző sportoló), aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolónaként 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**:

- a) élvonalbeli versenyző sportoló az a biztosított, aki nemzetközi, országos (nemzeti) versenyen indul,
- b) regionális szinten versenyző sportoló az a biztosított, aki több megyét érintő versenyen indul feltéve, hogy nem élvonalbeli versenyző sportoló,
- c) területi szinten versenyző sportoló az a biztosított, aki nem regionális szinten versenyző sportoló és nem élvonalbeli versenyző sportoló.

- 3.3. Jelen általános feltételek szempontjából **hobby-sportoló** az a biztosított, aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolónaként és nem versenyző sportolónaként végez.

4. Személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók – Adatvédelem

A biztosító a hatályos jogszabályok szerint köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és időbeli korlátozás nélkül megtartani. A biztosító adatkezelésére vonatkozó részletes szabályokat a Generali-Providencia Biztosító Zrt. ügyféltájékoztatója tartalmazza.

5. Értelmező rendelkezések

Az általános feltételek alkalmazásában:

24 órás telefonos egészségügyi ügyelet/tanácsadás: Generali Egészségvonalon a nap 24 órájában, megszakítás nélkül, folyamatosan működő telefonos szolgáltatás, melyen keresztül egészségügyi végzettségű személyzettel szakmai tanácsadás és az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos információk kérhetők, továbbá egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben igénybejelentésre kerülhet sor.

Akut egészségügyi ellátási esetek (Akut esetek)

azok az – egészségügyi, orvosszakma szabályai szerinti – akut állapotok, akár krónikus betegséggel kapcsolatban is, amikor olyan tünetek azonosíthatók, amelyek alapján az orvosszakma szabályai szerint 48 órán belüli orvosi ellátásra van szükség (így különösen: magas láz, görcsös fájdalom, hasmenés, hányás, heveny fertőzés, eszméletvesztés, vérvesztés, mély- és vagy nagy kiterjedésű nyílt seb, kifejezetten magas vagy rendkívül alacsony vérnyomás és/vagy pulzusszám, érzékszervek képességének hirtelen és nagymértékű romlása).

Akut belgyógyászati alapellátás: alapellátás akut egészségügyi ellátási szükséglet esetén.

Alapellátás (egészségügyi vagy orvosi rendelkezésre állás): betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, általánosan igénybe vehető „alap” (nem szak) egészségügyi szolgáltatás: háziorvosi jellegű ellátás.

Alapellátásnak minősül továbbá a rendelési időben igénybevett első vizit belgyógyászati-, nőgyógyászati- szakrendelésen, és az ennek keretében elvégzett orvosi konzultáció, tanácsadás, vizsgálat. Az ugyanezen rendeleseken történő kontroll vizsgálat (gyógykezelés hatékonyságát, illetve eredményességét ellenőrző vizsgálat) nem alapellátásnak, hanem járóbeteg-szakellátásnak minősül.

Ambuláns műtét: olyan járóbeteg-ellátás keretében végzett műtét, amely után, a beavatkozást és megfigyelést követően az ellátott személy még a beavatkozás napján otthonába bocsátható, és amely nem minősül sem fekvőbeteg-ellátásnak, sem egynapos sebészetnek.

Ápolás: azoknak az ápoló és gondozó ellátásoknak, eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a páciens állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése, a páciens emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával.

Azonnali ellátási esetek: gyűjtőnéven jelöli a mentés, életmentő beavatkozás és a sürgős szükség körébe tartozó ellátásokat.

Baleset: a biztosítás tartama alatt a biztosított akaratától független, egyszeri és hirtelen fellépő külső, fizikai és/vagy kémiai behatás, amelynek következtében a biztosított testi sérülést szenved. Jelen feltételek alkalmazásában nem minősül balesetnek pl. a szívinfarktus, az agyi érkatasztrófa (stroke), az ájulás (collapsus).

Baleseti állapotstabilizáló fogászati ellátás: olyan állapotstabilizáló fogászati ellátás, beavatkozás, mely baleset következtében vált szükségessé és a rágásfunkció helyreállítását szolgálja, feltéve, hogy az ellátás legalább két egymás mellett lévő, azonos oldali fog együttes, fogászati röntgennel igazolt sérülése miatt következik.

Betegség: rendellenes testi vagy szellemi állapot, egészségérzet hiánya.

Betegszállítás: arra jogosult orvos rendelése alapján a páciens – jogszabályban meghatározott feltételeknek megfelelő – szállítása abból a célból, hogy biztosítsák számára a szükséges egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést abban a – mentőápolói felügyeletet nem igénylő – esetben, amikor az egészségügyi ellátás elérhetősége egészségi állapota miatt másként nem biztosítható.

Szolgáltatási csomag: lásd biztosítási fedezet.

Biztosítási fedezet: olyan egészségügyi szolgáltatások, szolgáltatásfajták, melyek igénybevételére a biztosított – részben vagy egészben térítésmentesen – a biztosítóval megkötött biztosítási szerződésének hatálya és a feltételek szabályozásai alapján jogosult.

Diagnosztika: a biztosított panasza okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló orvosi vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása. Ide értve a képalkotó- és laborvizsgálatokat valamint a szövettani vizsgálatot és a cytológiát.

Dentálhigiéniai kezelés: fogkö eltávolítása és a megfelelő szájhigiéniai teendők ismertetése

Egészségügyi személyzet: az orvos, a fogorvos, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, valamint az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy.

Egészségügyi dokumentum, dokumentáció: az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, a hatályos jogszabályok alapján és az egészségügyi, orvosszakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. A feltételek alkalmazásában, jogszabályokban meghatározott egészségügyi dokumentumok különösen a részben jogszabályban is szabályozott alábbi iratok: ambuláns lap, kórházi zárójelentés, műtéti leírás, vizsgálati lap, ápolási-, illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, orvosi szakvélemény, laborlap, diagnosztikai- vagy szövettani vizsgálatok során készült felvételek, vény (másolat), beutaló (másolat).

Egészségügyi ellátás: a biztosított egészségi állapotához kapcsolódó, az egészségügyi, orvosszakma szabályainak és a hatályos egészségügyi törvények rendelkezéseinek megfelelően végzett és dokumentált egészségügyi tevékenységek összessége.

Egészségügyi szakma: egészségügyi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) minimumfeltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben.

Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi szolgáltató által végzett, az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége.

Egészségügyi szolgáltató (intézmény): a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, a hatályos jogszabályok alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult, az egészségügyi államigazgatási szerv által – Magyarországra vonatkozóan – kiadott működési engedéllyel rendelkező egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.

A feltételek alkalmazásában nem tekintendők egészségügyi szolgáltatónak a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriátriai ellátók, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek még abban az esetben sem, ha azokban egészségügyi szolgáltatást teljesítenek, valamint nem minősülnek egészségügyi szolgáltatónak a szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények (pl. kórházak, klinikák) fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei.

Egészségügyi tevékenység: az egészségügyi szolgáltató által végzett egészségügyi szolgáltatás részét képező minden tevékenység, kivéve azokat, amelyek végzéséhez nem szükséges egészségügyi szakképesítés vagy egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy szakmai felügyelete.

Egynapos sebészet: jogszabályban meghatározott olyan tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre engedélyeztetten működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt és elvégezhető a vizsgálati eredménye alapján, és amely elvégzését követően a páciens a műtétet követő 24 órán belüli megfigyelés után, a saját lábán kísérvél elhagyhatja az ellátó intézményt.

Ellátásszervezés: lásd szolgáltatásszervezés.

Ellátásszervező: lásd szolgáltatásszervező.

Életfenntartó beavatkozás: az egészségügyi szolgáltató által végzett, a páciens életének mesterséges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányuló egészségügyi tevékenység.

Életmentő beavatkozás: hirtelen kialakult, életet veszélyeztető állapotban azonnali egészségügyi beavatkozás, mely a a biztosított életének megmentésére irányul.

Emelt szintű kórházi-és hotelszolgáltatás: kórház szerves részeként működő, a biztosítottak fekvőbeteg ellátását a magyar átlagos, illetve standard szolgáltatásnál magasabb színvonalon biztosító, kórházanként megadott protokoll alapján szervezett és nyújtott természetbeni szolgáltatás, amely kiterjed az egyén kórházi gyógykezelésének, ellátásának megszervezésére, valamint a minőségi ellátást nyújtó személyzet és ellátási környezet biztosítására.

Fejlett diagnosztika: tételes megnevezésüket lásd a Szolgáltatások listájában.

Fekvőbeteg-ellátás: fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált egészségügyi ellátás igénybevétele céljából az ellátást végző egészségügyi szolgáltató intézménybe (kórházba) több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy az intézménybe való felvétele, illetve elbocsátási napja között minden éjszakát az intézményben tölt egészségügyi ellátásával összefüggésben. Az egészségügyi szolgáltató intézménybe való felvétel több napra szól, ha az intézményből való elbocsátás későbbi napon történik, mint az intézménybe való felvétel.

Generali Egészségvonal: lásd 24 órás telefonos egészségügyi ügyelet/tanácsadás.

Gyógykezelés: lásd kezelés.

Gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz: gyógyszerek, kötszerek, 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.

Halál (biológiai): amikor a légzés, a keringés és az agyműködés teljes megszűnése miatt az egyén (emberi szervezet) visszafordíthatatlan felbomlása megindul.

Haldokló páciens gondozása = Hospice: haldokló egyén olyan gondozó (főleg palliatív) ellátása, amelynek célja nem pusztán a fájdalom csillapítása, hanem a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő páciens testi, lelki ápolása-gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése.

Háziorvos: a hozzá bejelentkezett páciensek egészségügyi ellátását jogszabály alapján koordináló, illetve alapellátást nyújtó orvos.

Házivizit: a páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén (otthonában) – a 24 órás telefonos egészségügyi ügyelet/tanácsadás telefonvonalán bejelentett akut ellátási esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás. Ennek során a biztosítotthoz háziorvosi jellegű ellátást nyújtó orvost küldenek.

Hospice: lásd haldokló páciens gondozása.

Járóbeteg-szakellátás: szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű szakorvosi egészségügyi ellátás, illetve szakorvosi konzílium, ha az nem minősül sem fekvőbeteg-ellátásnak, sem

egynapos sebészetnek, sem pedig fekvőbeteg szakellátást igénylő, krónikus betegség esetében alkalmazott folyamatos, szakorvos által teljesített, egészségügyi ellátásnak, szolgáltatásnak.

Kezelés: Olyan, egészségügyi szakszemélyzet által végzett tevékenységek összessége, amelyek a diagnosztika eredményeit felhasználva a betegségek gyógyítására, az állapot stabilizálására, a fájdalom (vagy egyéb panaszok) csillapítására irányulnak.

Kórház: lásd Fekvőbeteg-ellátás.

Krónikus betegség: olyan diagnosztizált betegség vagy orvos által minősített állapot, amely állandó vagy időszakos járóbeteg-és/vagy fekvőbeteg-ellátást, kórházi tartózkodást igényel, és amelyet lassú kialakulás és/vagy hosszú távú lefolyás (legalább 3 hónap) – közben akár akut periódusok előfordulása, vagy a tünetek csökkenése, illetve enyhülése – jellemez.

Magzat: a méhen belül fejlődő emberi lény a terhesség 12. hetétől.

Meddőség: nemző-, illetve fogamzóképtelen állapot.

Medicover egészségügyi központok: a Medicover Zrt. saját egészségügyi szolgáltató helyei.

Medicover szolgáltatási pontok: a Medicover egészségügyi központok és más olyan egészségügyi szolgáltatók, akikkel a Medicover Zrt.-nek együttműködési megállapodása van.

Mentés: az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló páciensnek a feltalálási helyén, mentésre feljogosított szervezet által végzett, jogszabályban meghatározott azonnali ellátása, illetve, ehhez szükség szerint kapcsolódóan, a páciens egészségi állapotának megfelelő ellátására alkalmas legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása, és a szállítás közben végzett ellátása.

Orvosszakma: orvosi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) feltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben.

Rehabilitáció (orvosi, egészségügyi): azon egészségügyi eljárások, ellátások összessége, amelyek célja a kialakult funkcióvesztesség (mozgáskorlátozottság, beszédzavar, csökkent szív-terjesztés, stb.) helyreállítása vagy pótlása, illetve kompenzáló új képességek kifejlesztése.

Az orvosi rehabilitáció szerves része különösen a keringésjavítás-és/vagy fájdalomcsillapítást célzó infúziós kezelések, fizioterápia a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia, a gyógyászati segédeszköz ellátás és ezek használatának betanítása is, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézeti-, gyógyfürdői-, gyógyüdülői, geriatrai-, szociális otthoni-, alkohol- és kábítószer-elvonói, valamint egyéb szanatóriumi-rehabilitációs intézeti ellátások.

Sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali orvosi ellátás hiányában a páciens közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

Sürgősségi ügyelet: azonnali ellátási esetek ellátására az állami egészségügyi rendszeren belül kialakított és működtetett egészségügyi szolgáltató, mely a napi munkarenden kívül bekövetkező és sürgős esetekben folyamatosan igénybe vehető egészségügyi ellátást nyújt.

Szerv: azok a szövetszövetcsoporthoz tartozó, amelyek anatómiailag és funkcionálisan egy bizonyos tevékenységre specializálódtak.

Szerv- és szövetátültetés: szerv és szövet eltávolítása emberi testből (donor), valamint annak más élő személy testébe (recipiens)

történő beültetése.

Szolgáltatásfinanszírozás: egészségügyi szolgáltatás költségének – biztosítási szolgáltatásként részben vagy egészben való – megterítése biztosítási szerződés keretében és az abban foglalt és meghatározott feltételek szerint.

Szolgáltatási csomag: lásd biztosítási fedezet.

Szolgáltatásszervezés: orvosszakmai szempontból szükséges egészségügyi szolgáltatások (különösen a tervezhető járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás) megszervezése a biztosított részére. Szolgáltatásszervezés a feltételek alkalmazásában: a biztosított egészségügyi ellátásának menedzselése, az egészségügyi ellátások és az ellátások útjának figyelése, ellenőrzése, kapcsolattartás a biztosított ellátását végző egészségügyi szolgáltatókkal, biztosított által a Medcover Zrt.-nél mint egészségügyi szolgáltatónál, vagy rajta keresztül, a szolgáltató szervezésében és tudtával, illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások adminisztrálása.

Szolgáltatásszervező: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül olyan fél, amely a biztosítóval kötött szerződés alapján jogosult és kötelezett a biztosított által a szerződése terhére igénybe vehető – főleg a tervezhető módon hozzáférhető – egészségügyi szolgáltatások megszervezésére, a biztosítottnak teljesített egészségügyi szolgáltatások minőségi és szakmai ellenőrzésére. A feltételek alkalmazásában a szolgáltatásszervező a Medcover Zrt., mint egészségügyi szolgáltató. A szolgáltatásszervező – ha csak lehetséges – maga vagy vele szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltató teljesíti azokat az egészségügyi szolgáltatásokat, amelyek a szerződésre vonatkozó szolgáltatási csomag alapján és annak terhére a biztosított által igénybe vehetők.

Szövet: A szövet hasonló alakú és azonos működésű sejtek összessége. Ide nem értve a vér és a véralkotóelemeket.

Szülészeti ellátás és gyermekágy: a vajúdás, a szülés alatti és szülés utáni 6 héten belüli egészségügyi ellátások összessége – beleértve a gyermekágyi kontrollvizsgálatot is, – melyeket az anyának és a gyermekének nyújtja szüléssel/születéssel összefüggésben az ellátást teljesítő egészségügyi szolgáltató.

Szűrővizsgálat: olyan orvosi vizsgálat, illetve vizsgálati sor, amelynek célja egyrészt az egészség védelme, az egyén életminőségének és élettartamának növelése, a rejtett, lappangó, illetve tüneteket nem produkáló betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint az arra hajlamosító kockázati tényezők időben történő, korai – lehetőleg panaszmentes – szakaszban történő aktív felkutatásával, felismerésével, illetve beazonosításával és feltérképezésével.

Telefonos egészségi nyilatkozat: a biztosító által alkalmazott, a biztosított (biztosítandó személy) egészségi státuszának felmérését szolgáló olyan, a jogszabályoknak megfelelő ideig tárolásra és hangrögzítésre kerülő telefonon megválaszolt kérdéssor és nyilatkozat, amelynek célja egyrészt a biztosítandó személy már meglévő panaszainak, betegségeinek, sérüléseinek, egészségkárosodásainak felmérése, másrészt a biztosítandó fél – betegségi, illetve sérülési, egészségkárosodási tüneteket nem produkáló – lappangó betegségének, romlani képes egészségi vagy kórmegelőző állapotának, betegségre hajlamosító kockázati tényezőinek – felismerése és feltérképezése.

Terápia: lásd kezelés.

Terhesgondozás, terhességi ellátás: azon egészségügyi beavatkozások, vizsgálatok, szolgáltatások összessége, amelyek járóbeteg-ellátásnak minősülnek és közvetlenül kapcsolódnak a terhesség egészségügyi ellátásához.

Tervezhető egészségügyi, illetve orvosi ellátás: olyan egész-

ségügyi (orvosi) ellátás, amely egészségügyi, illetve orvosszakmai szempontból indokolt és nem minősül akut vagy azonnali ellátási esetnek, így elvégzésének időpontja tervezhetően előre egyeztethető, programozható.

Transzplantáció: lásd szerv- és szövetátültetés.

Ügyeleti ellátás: a napi munkarenden kívül bekövetkező azonnali ellátási esetekben történő, jogszabály szerinti egészségügyi ellátás, amely bizonyos egészségügyi ellátások folyamatos igénybevételének lehetőségét biztosítja, és amelynek célja az egészségügyi szolgáltatók napi munkarend szerinti munkaidő befejezésének időpontjától a következő napi munkarend szerinti munkaidő kezdeteig az ellátást igénylő személy vizsgálata, egészségi állapotának észlelése, alkalomszerű és azonnali ellátást igénylő beavatkozások, elvégzése, illetőleg fekvőbeteg-(gyógy)intézetbe történő azonnali ellátási eset miatti beutalása, valamint a külön jogszabályokban meghatározott eljárásokban való részvétel.

Védőoltás: hatályos jogszabályok szerint engedélyezett vakcina (illetve annak beadása), mely olyan hatóanyagokat tartalmaz, amelyek fertőző betegség(ek)kel szembeni aktív, illetve passzív védetség kialakítására alkalmasak, s így védőoltás beadásával a fertőző betegségek terjedése megelőzhető, vagy megbetegedés esetén a gyógyulás elősegíthető, illetve megelőzhető a krónikus szövődmények kialakulása.

Vizsgálat (orvosi): olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja a biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, bal-eseti következmények, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.

1. számú melléklet

Generali Munkáltatói Egészségprogram szolgáltatási csomagok és szolgáltatástípusok

A táblázatban található szolgáltatástípusok a szolgáltatási csomag szerinti tartalommal, korlátlan számban vehetők igénybe, az általános feltételekben és a jelen mellékletben részletezett szabályozások szerint.

Szolgáltatástípusok			Szolgáltatási csomagok		
			Alap	Ideál	Extra
Generali Extrák	Generali Egészségvonal 24 órás telefonos egészségügyi tanácsadással, ellátásszervezés időpontfoglalással, orvosi rendelkezésre állással		😊	😊	😊
	Generali preventív szűrőprogramok	Generali preventív szűrőprogram (életkor szerinti, személyre szabott)	😊	😊	😊
		Szájüregi/fogászati szűrés és dentálhigiénias kezelés (fogkő levétel) (évente)	😊	😊	😊
		Bőrrákszűrés (kétévente)	😊	😊	😊
	E-pszichológiai tanácsadás: párkapcsolati problémák, életmóddal kapcsolatos témák, életvezetési problémák, munkahelyi és más stresszhelyzetek, egzisztenciális problémák, gyermeknevelési tanácsok, speciális élethelyzetekkel kapcsolatos problémák (idős szülők, pályaválasztás), karrier tanácsadás		😊	😊	😊
Terhesség megállapítása			😊	😊	😊
Alap ellátás	Járóbeteg-ellátás: belgyógyászat, fül-, orr-, gégészet, szemészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat		😊	😊	😊
	Laborvizsgálatok: alapvető vérvizsgálatok, vizeletvizsgálat, székletvizsgálat, alapvető fertőzésvizsgálatok, férfiaknak: prosztatarák kiszűrése (PSA)		😊	😊	😊
	Diagnosztikai vizsgálatok: nőgyógyászati citológiai vizsgálat, EKG, ultrahang (UH), Röntgen, mammográfia, Doppler, illetve arteriográfós érvizsgálat, hallásvizsgálat, anyajegy-vizsgálat, allergiateszt, csontsűrűség-vizsgálat sarokcsontból, szem- és látásvizsgálat		😊	😊	😊
Extra ellátás	Járóbeteg-ellátás: allergológia, kardiológia, reumatológia, ortopédia, tüdőgyógyászat, neurológia, gasztroenterológia, onkológia, dietetika			😊	😊
	Laborvizsgálatok: immunológiai vizsgálatok, hormonvizsgálatok, daganatos betegségek kiszűrése, HIV-teszt és más szexuális úton terjedő betegségek kiszűrése, genetikai vizsgálatok, mérgezések vizsgálata			😊	😊
	Diagnosztikai vizsgálatok: sejt- és szövétvizsgálatok, allergének kimutatása vérből, endoszkópos-tükrözéssel vizsgálatok, MRI, CT, PET, centrális csontsűrűség-vizsgálat, az agy és izmok, illetve idegek elektromos aktivitásának vizsgálata (EEG, EMG, ENG), érrendszeri vizsgálatok és angiográfia, enterográfia, radioizotópos vizsgálatok, ízületi tűszűrő vizsgálatok, légzésfunkció vizsgálata			😊	😊
Terhességkövetés (Egészségközpontokban, Bp.-en)				😊	😊
Házivizit: Orvossal egyeztetett indokolt akut esetben otthoni felnőtt orvosi ellátás Bp.-en és 60 km-es körzetében				😊	😊
Betegszállítás (mentővel max.150 000 Ft/biztosított/biztosítási év)				😊	😊
Ambuláns műtétek				😊	😊
Egynapos sebészet					😊
Kórházi fekvőbeteg-ellátás VIP-szinten (max. 60 nap, max. 3 500 000 Ft/biztosított/biztosítási év)					😊

I. A Generali Munkáltatói Egészségprogram Szolgáltatási táblázatában foglalt szolgáltatások részletezése

A jelen mellékletben részletezett egészségügyi ellátásokra a biztosító szolgáltatást a Generali Munkáltatói Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételének megfelelően nyújt, különös tekintettel az abban meghatározott kizárásokra.

Generali preventív szűrőprogram extrákkal:

„A szűrővizsgálat igénybevétele nem kötelező, de ajánlott. A vizsgálatokat korszpecifikusan végzik és a szűrővizsgálat tartalma személyre szabottan, és az eredmények, a feltárt kockázatok illetve az orvosi javaslatok alapján egészül ki vagy módosul.

Nők és Férfiak

Belgyógyászati vizsgálat (nyugalmi EKG is), szemészeti vizsgálat, mellkas Röntgen, nőgyógyászati vizsgálat (citológia, hüvelyi Ultrahang, emlővizsgálat)/urológia, laborvizsgálat (teljes vérkép, süllyedés, kreatinin, vércukor, koleszterin (LDL, HDL), triglicerid, GOT, GPT, teljes vizeletvizsgálat + üledék; legalább 40 éves korban: férfiaknak PSA, legalább 50 éves korban mindkét nem esetén továbbá: széklet immun-vérteszt).”

Generali Extra szűrővizsgálatok

- fogászati szűrés és dentálhigiénias kezelés + fogkőeltávolítás évente egy-egy alka-lommal + 20% kedvezmény a fogászati kezelésekre árából közvetlen a Medicover Dentálnál igénybe vett fogászati szolgáltatásokra vonatkozóan.
- anyajegy (melanoma) szűrés dermatoszkóppal két-évente egy alkalommal.

Az első biztosítási évben a Generali Extra szűrővizsgálatok 3 (három) hónap várakozási idő után vehetők igénybe.

E-pszichológiai tanácsadás

A biztosító internetes felületén (www.generaliegeszsegprogram.hu), azonosítást követően, e-mailben igényelhető a szolgáltatás. A pszichológus a biztosított által megadott e-mail címre elektronikus úton, két munkanapon belül küldi meg válaszát. A szakember véleményét a következő témákban lehet kérni: párkapcsolati problémák, életmóddal kapcsolatos témák, életvezetési problémák, munkahelyi és más stresszhelyzetek, egzisztenciális problémák, gyermeknevelési tanácsok, speciális élethelyzetekkel kapcsolatos problémák (idős szülők, pályaválasztás, karrier tanácsadás).

Orvosi rendelkezésre állás

Betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, Generali Egészségvonalon keresztül vagy személyesen igényelhető belgyógyászati alapellátás és háziorvosi jellegű ellátás.

Alap ellátás szolgáltatásai

Alap járóbeteg-ellátás: benne alapellátás, valamint azon túli ellátások, vizsgálatok, kezelések az alábbi szakterületeken: belgyógyászat, fül-, orr-, gégegyógyászat, szemészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat, radiológia (az ide tartozó Alap diagnosztika körébe tartozó eszközhasználat a Alap szakterületeken).

Alap labor: vizeletvizsgálat, székletvizsgálat: széklet bakteriológiai vizsgálata, standard laborvizsgálatok, véralvadás-vizsgálat, vörösvérsejt-süllyedés (We) vizsgálata, különféle fertőzésekhez kapcsolódó szűrővizsgálatokat (kivéve a szexuális úton terjedő betegségek/STD-teszt), terhesség megállapítása, nőgyógyászati citológiai vizsgálat.

Nem fedezett laborvizsgálatok: hormonvizsgálat (de fedezett: TSH, FT3, FT4), immunológiai vizsgálat-szerológia, tumor- és rákmar-

kerek (de: fedezett: prosztatarák kiszűrése (PSA)), HIV-teszt, PCR, hematológiai, illetve toxikológiai vizsgálatok, genetikai vizsgálatok.

Alap diagnosztika: EKG (nyugalmi, terheléses, ABPM, 24-órás Holter), ultrahang hasi, szív és emlő stb. (UH), Röntgen (enterográfia is), mammográfia, szűrő audiometria (hallásvizsgálat), arteriográfia (érfejtéses vizsgálat), dermatoszkópia (anyajegyvizsgálat, bőrelváltozások nagyító eszközös vizsgálata), Doppler (erek ultrahangos vizsgálata), csontsűrűségvizsgálat sarokcsont UH-gal, kontrasztanyagot röntgenvizsgálat (nyelésvizsgálat röntgennel), látótérvizsgálat, allergiateszt (Epicutan-teszt, életkortól függően: bőrpróbával (Prick-teszt) vagy vérvétellel allergiateszt).

Extra ellátás szolgáltatásai

Extra járóbeteg-ellátás: belgyógyászat illetve gasztroenterológia továbbá egyéb szakágak (különösen: endokrinológia, proktológia, diabetológia, infektológia, angiológia és a diétetika is), bőrgyógyászat, fül-, orr-, gégegyógyászat, kardiológia, neurológia, nőgyógyászat, ortopédia, urológia, allergológia, pulmonológia (tüdőgyógyászat), reumatológia, szemészet, radiológia (az ide tartozó alap illetve extra diagnosztika azon eszközeit használva, melyek a csomag által fedezettek a diagnosztikai tartalom alapján), onkológia.

Extra labor: alap labor a következő laborvizsgálatokkal kiegészítve: hematológia, szerológia – immunológiai vizsgálat, PCR, hormonvizsgálat, daganatos betegségek kiszűrése (tumor és rákmarkerek), HIV-teszt, STD-teszt nemi úton terjedő betegségek kiszűrésére, mérgezések vizsgálata (toxikológia) és genetikai vizsgálatok.

Extra diagnosztika: aspirációs citológia, biopszia, allergének kimutatása vérvizsgálattal, Endoszkópos-tükrözéses vizsgálatok (benne: anoszkópia-rectoszkópia, gasztroszkópia, colonoszkópia), cystoszkópia, MRI, CT, Cardio-CT, PET, centrális csontsűrűségvizsgálat, az agy és izmok, illetve idegek elektromos aktivitásának vizsgálata (EEG, ENG, EMG), angiográfia, enterográfia (kontrasztanyagot bélvizsgálat), scintigráfia (izotópos képalkotó vizsgálat), ízületi punkció, spirometria (légzésfunkció vizsgálat).

Terhesgondozás

A terhesgondozás, mely szolgáltatás a budapesti Medicover Egészségközpontokban vehető igénybe, abban az esetben minősül biztosítási eseménynek női biztosított vonatkozásában, ha a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag azt tartalmazza, és ha a fogamzás a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét követő 365 nap elteltét követően történt. **Kizárólag** akkor vehető igénybe, ha a terhesgondozás alatt és az azt megelőző biztosítási évben a terhesgondozásra jogosult biztosított túlmenően legalább egy közeli hozzátartozó biztosított is rendelkezik IDEÁL vagy EXTRA szolgáltatási csomaggal.

Házivizit

Orvosszakmailag indokolt akut esetben otthoni, felnőtt alap orvosi ellátás Budapesten és 60 km-es körzetében. A biztosító a Generali Egészségvonalon keresztül ad információt arról, hogy a biztosítás terhére aktuálisan mely településeken vehető igénybe a házivizit.

Betegszállítás

Ha a biztosított jogosult betegszállítás igénybevitelére, és mozgásképtelenné válik, illetve nem megoldott az egészségügyi ellátó intézménybe való jutása (pl. thrombosis miatt fekvés szükséges, rendkívül elesett fizikai állapotban van), a Generali Egészségvonal megszervezi a betegszállítást. A betegszállítás nem jelent azonnali rendelkezésre állást, a Generali Egészségvonal munkatársa a szolgáltatást az igénybevétel szükségessé válásáról való tudomásszerzéstől számított 24 órási határidővel megszervezi, figyelemmel pl. a szükséges vizsgálat időpontjára. **A biztosító a biztosítási időszakban legfeljebb 150 000 Ft-ot finanszíroz a biztosítás terhére, biztosítottanként jelen szolgáltatás vonatkozásában.** A biztosító a betegszállítás költségét abban az esetben téríti meg, ha az a szolgáltatásszervező által szervezett és az általános feltételek szerint biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybeviteléhez szükséges.

Ambuláns műtét és Egynapos sebészet

A Generali Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészség-biztosítás általános szerződési feltételének VII. fejezet 5. pontjában található Értelmező rendelkezések szerint.

Kórházi fekvőbeteg-ellátás V.I.P. szinten

Benne (baleseti) azonnali ellátási esetek, akut és tervezhető kórházi ellátások (vizsgálatok, beavatkozások, műtétek és kezelések), melyeket nem esztétikai, nem megelőző, nem rehabilitációs céllal, kórházként elismert intézményben és osztályon végeznek, és nem tartoznak a krónikus ellátás körébe. **A biztosító a biztosítási időszakban legfeljebb 60 kórházban töltött napot és legfeljebb 3 500 000 Ft összegű fekvőbeteg ellátást (vizsgálatok, beavatkozások, műtétek, kezelések, emelt szintű ellátás) finanszíroz a biztosítás terhére a biztosított vonatkozásában.**

Emelt szintű (V.I.P.) kórházi- és hotelszolgáltatás leírása

- külön e célra kialakított, mátrix jellegű, igényesen berendezett, légkondicionált, egyágyas vagy kétágyas szoba fürdőszobával,
- 48 órán belüli kórházi elhelyezés a tervezhető esetekben,
- diszkrét, igényes gyógyítás és ápolás, kifogástalan higiénia
- a nővér, illetve orvos általi betegkíséret a felvételtől az

elhelyezésig, illetve az időpontra egyeztetett kórházon belüli vizsgálatokra (labor, röntgen).

- korszerű nővérhívó rendszer,
- a'la carte étkezés, igény esetén diétás is,
- hűtőszekrény, tv (kábel-tv hálózattal), telefon az ágy mellett (a beszélgetések díját az ügyfél fizeti).

II. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos tudnivalók

Jelen 1. számú melléklet a Generali Munkáltatói Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételének elválaszthatatlan részét képezi és az abban foglaltakkal együtt érvényes.

1. Egészségügyi szolgáltatás igénybevétele

1.1. Egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából a biztosított az alábbi lépések szerint köteles eljárni:

- a) Bejelentkezés a szolgáltatásszervező Medicover Zrt.-hez (továbbiakban: Medicover) személyesen vagy a 24 órás egészségügyi tanácsadást nyújtó Generali Egészségvonalon keresztül. A bejelentkezést azonnali ellátási esetben is az 1.2.) pontban foglaltakra figyelemmel haladéktalanul meg kell tenni.
- b) A Generali Egészségkártya és személyazonosító előkészítése a bejelentkezéshez. A kártyán szereplő azonosító és a személyes adatok alapján a szolgáltatásra való jogosultság igazolása. A Medicover munkatársa az igazolást követően fedezetellenőrzést végez.
- c) A panaszok, igények alapján egyeztetés a nyújtandó egészségügyi szolgáltatásról, annak időpontjáról és helyszínéről.
- d) Az egyeztetett időpontban, vagy ha a Medicover azt javasolja, akkor haladéktalanul, akut esetben 48 órán belül, megjelenés a Medicover által szervezett szolgáltatási ponton.
Ha nem lehetséges az előre egyeztetett időben és helyen való megjelenés, akkor a lemondást legkésőbb 24 órával az egyeztetett időpont előtt, ha és amennyiben a körülmények ezt lehetővé teszik telefonon, a Generali Egészségvonalon keresztül kell jelezni a Medicovernek.
- e) Személyazonosításra alkalmas fényképes dokumentum bemutatása a Medicover Egészségközpontjában, illetve szolgáltatási pontján a biztosított beazonosítása céljából a szolgáltatás igénybevétele előtt.
A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy ha a biztosított személye nem azonosítható, akkor az egészségügyi szolgáltató megtagadhatja az egészségügyi szolgáltatást, kivéve, ha a biztosított élete veszélyben forog, illetve a sürgős szükség esetét.

1.2. Az egészségügyi szolgáltatás jellegétől függően az igénybevétele, eljárási folyamatok eltérőek lehetnek:

- A biztosító előírásainak betartása és a Medicover egészségügyi szolgáltató munkatársának instrukcióihoz, útmutatásaihoz ragaszkodva történő eljárás esetén vállal felelősséget a biztosító és a Medicover egészségügyi szolgáltató.
- a) **Magyarországon az azonnali ellátást igénylő esetekben a 104-es telefonszámon mentőt kell hívni vagy azonnal el kell menni a sürgősségi ügyeletra** ugyanis telefonon keresztül diagnózis nem állapítható meg, orvosi indikáció nem adható, kezelés nem végezhető, mint ahogy nem lehetséges megfelelő orvosi vizsgálat, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz orvosi elrendelése sem.
 - b) **Kórházban igénybe vett akut és tervezhető ellátást** előre engedélyeztetni kell, ha a biztosított a biztosítási fedezete terhére szeretné azt igénybe venni, ugyanis az ellátás jogalapjának megállapítása nélkül ez nem lehetséges. Az engedélyeztetés a biztosított által a Medicovernél (az 1.1. pont szerint) történhet, előre egyeztetett időpontban végzett szakvizsgálat keretében, és a szolgáltatást ebben az esetben is kizárólag a Medicover szervezésében lehet igénybe venni.
 - c) **Azonnali ellátást igénylő (azonnali ellátási esetek) esetet** a biztosított vagy nevében más személy által be kell jelenteni a Medicovernek a Generali Egészségvonalon keresztül még az egészségügyi ellátás biztosított általi igénybevétele előtt, amennyiben a biztosított egészségi állapota, illetve a körülmények ezt lehetővé teszik, de – kórházba való felvétel esetén – legkésőbb a felvételt követő 48 órán belül. A biztosítással fedezett ellátás költségét, ha abba a

szolgáltatást teljesítő is beleegyezik, a biztosító közvetlenül vagy a szolgáltatástszervező közreműködésével téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak, ami a biztosítottat így – a biztosítási fedezettől függően részben vagy egészben – megkíméli az előfinanszírozási kötelezettsége és a szolgáltatási igény bejelentésének terhe alól.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosított által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat a Medicover nyújtja, illetve – az általa nem teljesíthető szolgáltatások tekintetében – szervezi a szükséges és megfelelő egészségügyi szolgáltatásokat, azok biztosított általi igénybevétele, hozzáféréseinek lehetőségét biztosítja.
- 2.2. A biztosító egyéb esetekben való szolgáltatási kötelezettségének, illetve a Medicover szolgáltatásszervezésének feltételei az alábbiak:
 - a) a biztosított által igénybe veendő egészségügyi szolgáltatás orvosszakmai szempontból indokolt és megalapozott, a biztosított egészségének helyreállításához vagy megőrzéséhez, betegségből való meggyógyulásához, egészségkárosodás bekövetkezésének elkerüléséhez legyen szükséges,
 - b) a hatályos magyar jogszabályok és orvosi protokollok szerinti esetekben, módon és indikációra jogosult fél által elrendelt és aláírt beutalóval rendelkezzen a biztosított az egészségügyi szolgáltatáshoz, ha szükséges,
 - c) az egészségügyi szolgáltatást a biztosított a Medicover – mint szolgáltatásszervező – tudtával és szervezésében vagy – az általános feltételeknek való megfelelés alapján – a Medicover jóváhagyásával vegye igénybe.
- 2.3. A Medicover a Generali Egészségvonalon keresztül 24 órás egészségügyi tanácsadással áll a biztosítottak rendelkezésére. Az elhangzott beszélgetéseket a hatályos magyar jogszabályok betartásával a szolgáltatásszervező rögzíti és tárolja. A telefonos szolgáltatást a biztosított a biztosítás tartama alatt időbeli korlátozás nélkül, napi 24 órában veheti igénybe.
- 2.4. **Generali Egészségvonalon keresztül, telefonos egészségügyi tanácsadás keretében a Medicover a következő témákban ad tájékoztatást és az alábbiakat szolgáltatja:**
 - a) ellátásszervezés a szerződésben meghatározott esetekben, betegszállító szervezése és elérhetőségei,
 - b) sürgősségi, orvosi, fogorvosi, gyógyszerelési ügyeletek elérhetőségei és ügyeleti ideje,
 - c) prevenció, egészségmegőrzés és egészséges életmód,
 - d) a szolgáltatásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók elérhetőségei szolgáltatásszervezés esetén.
- 2.5. A telefonos egészségügyi tanácsadás semmilyen módon nem helyettesíti az orvossal személyesen folytatott konzultációt, az orvosi vizsgálatot, illetve más egészségügyi szolgáltatást sem.
- 2.6. A Medicover kizárólag a telefonos egészségügyi tanácsadás során általa adott információkért vállal felelősséget, azok felhasználása az információt kapó, illetve információt felhasználó fél felelőssége, így sem a biztosító, sem a Medicover ezzel kapcsolatban nem vállal felelősséget.
- 2.7. A biztosító és a szolgáltatásszervező nem köteles az olyan egészségügyi szolgáltatás megszervezésére, amely a biztosítás által nem fedezett – függetlenül attól, hogy orvosszakmai szempontból mennyire indokolt és szükséges, így ilyen esetben a megfelelő egészségügyi szolgáltatás igénybevétele teljes mértékben a biztosított felelőssége.
- 2.8. **A Medicover a tudomására jutott személyes adatokat, információkat a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően kezeli.**

2. számú melléklet

Veszélyes foglalkozások

Jelen 2. számú melléklet a Generali Munkáltatói Egészségprogram szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételének elválaszthatatlan részét képezi és az abban foglaltakkal együtt érvényes.

Veszélyes foglalkozások

1. **Nem polgári légi közlekedés dolgozói:** műhelypilóta, reklámrepülő, légi kártevő irtó, légi fényképező, helikopteres mentés, helikopteres rendőrség, helikopteres építés, helikopteres szállítás, helikopteres kártevők elleni harc.
2. **Hadsereg repülő személyzete:** dugattyú hajtóműves repülőgép személyzete, katonai szállítógép személyzete, helikopter személyzete, repülésoktató, repülő növendék, berepülő pilóta, ejtőernyős ugró, tesztpilóta, sugárhajtású gép személyzete.
3. **Bányászati dolgozók:** bányászati gépkezelő, bányászati technikus, mélyfúró, vájár, segédvájár, csillész, kőfejtő, kőtörő, olajbányász, szilárdásvány-kitermelő foglalkozások.
4. **Kohászati dolgozók:** kohászati gépkezelő, kohászati technikus, öntődei dolgozó, kazángépkezelő, vas- és színesfém kohászati olvasztár, hengerész.
5. **Robbanó vagy könnyen gyulladó anyaggal dolgozók:** robbantómester, pirotechnikus, ipari alpinista, ipari bűvár.
6. **Erősáramú villamosipari dolgozók:** erősáramú villamosipari technikus-, szak- és segédmunkás.
7. **Ipari alpinista**
8. **Ipari bűvár**
9. **Fegyverviseléssel járó foglalkozások:** testőr, kommandós, idegenlégiós, hírszerző, fegyveres őr, fegyveres őr büntetés-végrehajtási intézetben, büntetés-végrehajtási felügyelő, fegyőr, biztonsági őr, biztonsági őr – önvédelmi fegyverrel, pénzszállító, hadseregben dolgozó hivatásos és hadkötelezett (vesélyt növelő tevékenységgel: tűzszerész, bűvár)
10. **Békefenntartó**
11. **Sugármentesítő gépkezelő**
12. **Kaszkadőr**

3. számú melléklet

A sportártalmak kizárása pontban (VI. 9. pont) hivatkozott sporttevékenységek listája

Sporttevékenységek

Labdajátékok: így különösen asztalitenisz, tenisz, tollaslabda, baseball, fallabda, rögbi, röplabda, korfball, amerikai futball, kosárlabda, kézilabda, labdarúgás, footbag, floorball, lábtoll-labda, futsal, lánbtenisz.

Küzdő sportok: birkózás, ökölvívás, harcművészetek, így különösen: judo, karate, aikido, kungfu, iaido, taekwon-do, kempo, kendo, kick-box, pankráció, szumo, capoeira, tai-chi, thai box, hapkido.

Téli sportok: így különösen sélés, sílesiklás, műlesiklás, óriás műlesiklás, biatlon, snowboard, síakrobatika, síugrás, szánkó, bob, gyorsasági kocsolyázás, jégtánc, műkorcsolya, jégkorong.

Egyéb: kötélugrás, versenytánc, akrobatikus rock & roll, aerobik, fitness, ritmikus sportgimnasztika, torna, atlétikai számok, öttusa, tízpróba, gyaloglás, futás, tájfutás, triatlon, vívás, görkorcsolyázás, gördeszka, skate, barlangászat, barlang expedíció, hegymászás, magashegyi expedíció, sziklamászás V. foktól, mountainboard, canyoning, mélybe ugrás (bungee jumping).