

### 1.§ Általános rendelkezések

Az Életerő Csoportos Élet- és Egészségbiztosítási szerződés (továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint az OTP-Garancia Biztosító Rt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei alapján jön létre az OTP-Garancia Biztosító Rt. (székhelye: 1051. Budapest, Október 6. u. 20., továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.

Amennyiben jelen Különös Feltételek rendelkezése eltér az Általános Feltételekben foglaltaktól, a Különös Feltételek rendelkezései az irányadók.

### 2.§ Szerződő

A biztosítani kívánt csoportok egészségének megóvásában érdekelt személy, aki a szerződés kötésére ajánlatot tesz és a biztosítás tartama alatt a díjfizetést teljesíti.

### 3.§ Biztosítottak

(1) Jelen feltételek szempontjából:

a. **Biztosított:** az a szerződő által meghatározott csoportba tartozó természetes személy, aki jogosult a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatásokra.

b. **Csoport:** a biztosított csoport a jelen feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésben foglaltak szerinti azonos foglalkozású vagy tevékenységű, vagy más módon meghatározott személyekből áll.

(2) A csoportos szerződésekbe új biztosítottat a szerződés tartama alatt bármikor be lehet jelenteni. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változását a szerződő a szerződésben meghatározott módon köteles a biztosítónak bejelenteni.

(3) A biztosító jogosult a biztosított csoport valamennyi tagja vonatkozásában a szerződés megkötésekor, ill. új biztosított személynek a csoportba történő bevonásakor a biztosítási védelem kiterjesztése előtt egészségi nyilatkozat kitöltését és/vagy orvosi vizsgálatot előírni.

(4) A biztosító jogosult az egészségi nyilatkozat, illetve orvosi vizsgálat eredményétől függően a biztosítási védelem kiterjesztését a csoport egyes tagjaira teljes egészében vagy csak bizonyos szolgáltatásokra vonatkozóan visszautasítani.

### 4.§ Biztosítási esemény

(1) A biztosított halála.

(2) A biztosított baleseti vagy betegségi okból bekövetkező, orvosilag szükséges és indokolt kórházban történő ápolása. A biztosítóval szerződésben álló kórházak nevét és címét az 1. sz. melléklet tartalmazza.

### 5.§ Szerződés létrejötte

A jelen feltételek szerinti szerződés megkötésének előfeltétele, hogy a biztosított az OTP Országos Egészségpénztár tagja legyen és vállalja a rendszeres tagdíjfizetést, valamint az OTP Országos Egészségpénztár által meghatározott szűrővizsgálatokon való részvételt. Ennek igazolását a biztosító jogosult az OTP Országos Egészségpénztártól megkérni.

A szerződés megkötéséhez a biztosított írásban tett, a biztosítási szerződés megkötéséhez adott hozzájáruló nyilatkozata szükséges.

### 6.§ Tartam

A biztosítási időszak a szerződés létrejöttétől számított egy év.

Jelen biztosítási feltételek alapján létrejött egy éves tartamú biztosítási szerződés további egy évvel automatikusan meghosszabbodik, ha a következő egy éves időszakra a biztosító által meghatározott díjat a

szerződő elfogadja és annak esedékességekor befizeti. Ezt a szabályt a hosszabbítás leteltekor is megfelelően alkalmazni kell.

### 7.§ Díjfizetés

(1) A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítás díja éves díj, melyet a szerződő választása szerint jogosult havi, negyedéves, féléves részletekben megfizetni.

(2) A biztosítás díját a 9.§-ban előírt szolgáltatások közül a szerződésben meghatározott választásnak megfelelően, az OTP-Garancia Biztosító Rt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei rendelkezései szerint állapítja meg a biztosító. A szerződő a választott szolgáltatást a biztosítási időszak alatt nem módosíthatja.

(3) A szerződő a díjat, illetve az éves díjfizetéstől eltérő díjfizetési mód esetén a díj első részletét a szerződés aláírásakor köteles megfizetni.

(4) A biztosítottak létszámának tartam közbeni változása miatt szükséges díjkorrekció a szerződésben meghatározott módon történik. A jelen feltételek alapján létrejött egy éves tartamú biztosítási szerződések esetén a csoportba a tartam közben bevont biztosítottakra a szerződésben meghatározott időarányos díjrész, de legalább 1 havi díjrész fizetendő.

### 8.§ A díj módosítása

(1) A kórházi ápolásokra szóló biztosítás díját a biztosító – a biztosított aktuális életkorának, az egészségügyi szolgáltatások árszínvonal emelkedésének vizsgálata, valamint a kártapasztalatok alapján – a biztosítási évforduló előtt újra megállapítja.

(2) Az (1) pont alapján meghatározott biztosítási díjról a szerződőt a biztosító legkésőbb az évfordulót megelőzően 30 nappal értesíti.

(3) Amennyiben a szerződő a következő díjfizetés alkalmával az emelt díjat fizeti meg, akkor attól kezdődően a biztosítási jogviszony megemelt biztosítási díjjal folytatódik.

Amennyiben az emelt díjat a szerződő nem fizeti meg, a biztosítás a biztosítási évfordulón megszűnik.

### 9.§ Szolgáltatások

(1) A biztosított csoport azon tagjaira, akik a szerződéskötéskor kórházi, orvosi kezelés alatt állnak vagy keresőképtelenek, az egészségbiztosítási védelem a kórházi, orvosi kezelés befejezte, illetve a keresőképeség helyreállása utáni napon kezdődik.

(2) A biztosító teljesítési kötelezettsége csak a szerződésben meghatározott biztosítottak körére, a szerződésben megnevezett szolgáltatások vonatkozásában, a szerződésben meghatározott biztosítási összeg erejéig, a szerződésben meghatározott körülmények között áll fenn.

(3) A felek a biztosítás szolgáltatásait jelen paragrafus (4) pontjában meghatározott szolgáltatásokból állítják össze és a szerződésben rögzítik.

(4) A biztosító szolgáltatásai a haláleseti szolgáltatás, valamint a biztosított betegségi és baleseti okból bekövetkező orvosilag szükséges és indokolt, az 1. számú mellékletben felsorolt kórházak bármelyikében történő, emelt vagy megkülönböztetett szintű kórházi ápolásának a finanszírozása vagy kórházi napi térítés kifizetése. **A biztosító csak a 3. számú mellékletben felsorolt egészségügyi többlétszolgáltatások költségeit téríti meg, és nem téríti meg az egészségügyi alapszolgáltatások költségét. Az Országos Egészségpénztár által bármely okból nem térített vagy csak részben térített – 3. számú mellékletben nem részletezett – egészségügyi szolgáltatások költségeit a biztosított viseli.**

E feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződésben a szerződő e szolgáltatás keretében két természetbeni szolgáltatás finanszírozása közül választhat a szerződés megkötésekor:

- a. emelt szintű természetbeni szolgáltatás kórházi ápolásra,
- b. megkülönböztetett szintű természetbeni szolgáltatás kórházi ápolásra.

**E szolgáltatások közül a szerződőnek az egyiket választania kell.**

Az 1. számú mellékletben felsorolt kórházak megfelelő szintű teljesítéséért, a természetbeni szolgáltatások minőségéért a biztosító felelősséget vállal (esetleges hibás teljesítés esetén a választott szolgáltatásnak megfelelően napi térítést nyújt).

A biztosított, a biztosítás keretében – az OEP által nem finanszírozott – kórházi többlétszolgáltatást vehet igénybe. A szolgáltatás csak a biztosítóval szerződésben álló kórházakban vehető igénybe.

Amennyiben a biztosított kórházi ápolása nem a biztosítóval szerződött kórházban történt vagy a szerződött kórházban történt az ápolás, de a biztosított nem vette – vagy nem vehette (például sürgősségi ellátás esetén, egyéb orvosszakmai szempontokból) – igénybe a természetbeni szolgáltatást, akkor a biztosított a 2. számú mellékletben meghatározott kórházi napi térítési összegre jogosult.

A természetbeni szolgáltatás, illetve a kórházi napi térítés egy évben biztosítottanként max. 60 napra vehető igénybe.

A biztosított halála esetén a kedvezményezett, kedvezményezett hiányában a biztosított örököse, a szerződő által választott napi térítés ötszörösére jogosult. A kedvezményezett attól függetlenül jogosult a haláleseti szolgáltatásra, hogy a biztosított igénybe vette-e a kórházi napitérítés szolgáltatást.

### 10.§ Várakozási idő

(1) A biztosító a nem balesetből vagy heveny fertőző betegségből eredő haláleseti és a betegségből eredő kórházi ápolás szolgáltatásra a kockázatviselés kezdetének tekintetében várakozási időt köt ki. A várakozási idő a szerződéskötést követő 6 hónap.

(2) Szerződés hosszabbítás esetén a biztosító a várakozási időtől eltekint.

A balesetből eredő kórházi ápolás esetén a biztosító kockázatvállalása a díjfizetést követő nap 0. órája.

### 11.§ Kizárások, mentesülések

**A biztosítási védelem az OTP-Garancia Biztosító Rt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeiben meghatározott eseteken túl nem terjed ki:**

(1) fogászati ellátásra;

(2) mentális- és viselkedészavarokból eredő kórházi szolgáltatásra, kivéve az üzemi balesetre, foglalkozási betegségre közvetlenül visszavezethető mentális- és viselkedészavarokat;

(3) azon kórházi szolgáltatásra, amikor a kórházi ápolásra szülést megelőzően a terhességgel összefüggésben került sor;

(4) azokra a műtétekre, amelyek a nem megváltoztatására irányulnak és az ezekből eredő kórházi ápolásokra.

(5) A biztosító valamely csoportos káresemény bekövetkezése esetén külön megállapodásban szolgáltatási limitet határozhat meg.

### 12.§ Teljesítés

Valamennyi szolgáltatás esetén az esedékesség szerinti utolsó díjfizetést igazoló iratot, valamint a szolgáltatást igénylő személy biztosított csoporthoz tartozását igazoló dokumentumokat be kell mutatni a biztosító részére. Ezekon felül:

Kórházi napi térítés kifizetése esetén

(1) A betegségi kórházi napi térítés igénylése esetén a bejelentéskor az alábbi iratok bemutatását kéri a biztosító:

- a. a biztosító által kiadott (a kezelő orvos által kitöltött és aláírt) kárjelentőt,
- b. a szerződés azonosítóját,
- c. az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátja, továbbá az ellátás indokát (a beteg diagnózisát),
- d. az ápolás befejezése után a biztosítási eseményre vonatkozó kórházi zárójelentést,
- e. valamint a biztosító által igényelt, a kárrendezéshez szükséges egyéb iratokat.

(2) Ha a biztosító szolgáltatási kötelezettségét (tényét, mértékét) elismerte, úgy a teljesítés az utolsó szükséges dokumentum benyújtásától számított 15 munkanapon belül esedékes.

(3) A szerződés szerinti dokumentumok bemutatására a biztosító esetenkénti elbírálás alapján haladékat adhat.

(4) Huzamos kórházi tartózkodás esetén a biztosító 30 naponként, a szerződésben foglaltak szerint folyamatosan teljesíthet szolgáltatást. A biztosító teljesítéséhez, az (1), illetve (2) pontban foglalt iratok benyújtása szükséges. Amennyiben a szolgáltatásra folyamatos kórházi tartózkodás miatt kerül sor, a biztosított a kórházi zárójelentést csak a kórházi tartózkodás befejezésétől számított 8 napon belül köteles benyújtani.

Természetbeni szolgáltatás igénybevétele esetén

**(5) A biztosítóval előre nem egyeztetett időpontban történő kórházi ápolás esetén a biztosított csak akkor jogosult a természetbeni szolgáltatás igénybevételére, ha a szerződött kórházakban szabad férőhely található.**

(6) A szolgáltatás igénybevétele előtt a biztosított – sürgősségi ellátás esetén a kórház közreműködésével – köteles az alábbi adatokat a biztosítóval egyeztetni:

- a. a biztosított nevét,
- b. a szerződés azonosítóját,
- c. a szolgáltatást végző kórházat,
- d. a szolgáltatás időpontját,
- e. a beutaló orvos nevét, elérhetőségét,
- f. beutalón szereplő diagnózist.

(7) Amennyiben ezen adatok bármelyikében változás következik be, a biztosított erről köteles 8 napon belül értesíteni a biztosítót.

### 13.§ A biztosítás megszűnése

Az OTP-Garancia Biztosító Rt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeiben meghatározott megszűnési eseteken túlmenően a biztosítás megszűnik

(1) ha a biztosítás tartama lejárt és a biztosítás nem került meghosszabbításra;

(2) a biztosítási díj esedékességétől számított 30 nap elteltével, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg és a szerződő arra halasztást nem kapott, illetve a biztosító követelését bírósági úton nem érvényesítette;

(3) ha a biztosított csoport megszűnik.

---

#### **14.§ Maradékjogok**

A biztosítás maradékjogokkal (visszavásárlás, díjmentes leszállítás, kölcsön) nem rendelkezik.

#### **15.§ Egyéb rendelkezések**

Jelen Különös Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az OTP-Garancia Biztosító Rt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei, a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény és egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.

---

## 1. SZ. MELLÉKLET: SZERZŐDÖTT KÓRHÁZAK LISTÁJA

A szerződött kórházak listáját folyamatosan bővíti a biztosító. Az aktuális lista megtekinthető a biztosító ügyfélszolgálatain.

## 2. SZ. MELLÉKLET

Napi térítési összegek:

- a. Emelt szintű szolgáltatás esetén 8 000 Ft/nap
- b. Megkülönböztetett szintű szolgáltatás esetén 20 000 Ft/nap

## 3. SZ. MELLÉKLET

A biztosító természetbeni szolgáltatásként az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

Emelt szintű kórházi ápolás esetén:

- a. szolgáltatás kiválasztott, szakmailag kiemelkedő intézetekben;
- b. szerződött orvosok (kórházi esetmenedzser) és személyzet biztosítása;
- c. kórházon belüli vizsgálatok, beavatkozások várakozás nélkül, egyeztetett időpontban;
- d. fejlett országokban elfogadott arányú ápolószemélyzet biztosítása;
- e. beteg gyógyítási folyamatának megszervezése;
- f. legfeljebb 2-4 ágyas kórtermek fürdőszobával, WC-vel, hűtőszekrénnel, színes TV-vel;
- g. igény és egészségi állapotnak megfelelő kiemelkedő minőségű étrend;
- h. ápolási környezet tisztántartásának megszervezése és biztosítása.

Megkülönböztetett szintű ellátás során továbbá:

- a. legfeljebb 1-2 ágyas kórtermek fürdőszobával, WC-vel, hűtőszekrénnel, színes TV-vel;
  - b. az ápolásban, gyógyításban résztvevő személyzetnek tilos bármilyen formában hálapénzt elfogadnia.
-