



## Family Fix Balesetbiztosítási Feltételek

**Hatályos: 2022. szeptember 15-től**

Társaságunk az IVASS (a pénzügyi szervezetek olaszországi felügyeleti hatósága, amely társaságunk felett tulajdonosunkon keresztül gyakorol felügyeletet) által vezetett Biztosítói Csoportok Nyilvántartásában 26-os sorszámon bejegyzett Generali Csoporthoz tartozik.

1. A biztosítási szerződés tartalma	3
2. Általános rendelkezések	3
3. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	7
4. A biztosítási díj	8
5. A biztosítási események és a biztosító szolgáltatása	11
6. A biztosító teljesítésének feltételei	20
7. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	27
8. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események	27
9. Egyéb rendelkezések	30
10. Fogalomtár	30
11. A polgári törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályok	33
12. Záradékok	34
13. Szolgáltatási táblázatok	35
14. „A” melléklet: Maradandó egészségkárosodás	39
15. „B” melléklet: A műtétek kivonatos listáját tartalmazó tájékoztató dokumentum	40

### FAMILY FIX BALESETBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK (FFBF)

Jelen Genertel Általános Balesetbiztosítási Feltételek (továbbiakban: feltételek) a Genertel Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **balesetbiztosítási szerződéseire (továbbiakban: szerződés) érvényesek** feltéve, hogy a szerződést a jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

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

**A biztosítási szerződés részét képező „Ügyfélértájköztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” című dokumentumban és a feltételekben foglaltak eltérése esetén a feltételek rendelkezései irányadóak.**

#### 1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS TARTALMA

A biztosítási szerződés alapján a biztosító a jelen feltételekben meghatározott biztosítási kockázat viselésére, továbbá a biztosítási esemény bekövetkeztétől függően biztosítási szolgáltatás megfizetésére, a szerződő fél pedig biztosítási díj fizetésére kötelezi magát.

#### 2. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

##### 2.1. A szerződés alanyai (a biztosító, a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett)

2.1.1. **A Biztosító** a Genertel Biztosító Zrt. (székhely: 1132 Budapest, Váci út 36-38., cégjegyzékszám: 01-10-045704, MNB törzsszáma: 14011838) (továbbiakban: Biztosító), amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

2.1.2. **Szerződő** az, aki a biztosítási szerződést a biztosítóval megkötö, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. **A szerződő 18 és 75 év közötti fogyasztó, illetve fogyasztónak nem minősülő személy vagy szervezet lehet.** Fogyasztónak minősül a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy. **Amennyiben a szerződő természetes személy, abban az esetben a szerződő egyben biztosítottja is a szerződésnek.**

2.1.3. A szerződéssel összefüggésben a szerződő jogosult a biztosító irányába jognyilatkozatot tenni és a biztosító hozzá köteles intézni a jognyilatkozatait.

2.1.4. Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, akkor a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

2.1.5. A szerződő személyének megváltozásához (szerződcserre) a biztosító hozzájárulása szükséges, kivéve, ha a szerződő személye jogutódlás vagy a biztosított szerződő helyére való lépése folytán változik.

---

2.1.6. A **biztosított** az a 75. életévét még be nem töltött természetes személy, akit a biztosítási szerződésben biztosítottként neveztek meg, és akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön.

2.1.7. **A biztosított kizárólag egy, jelen feltétel szerint létrejött balesetbiztosítási szerződéssel rendelkezik.**

2.1.8. A szerződő nyilatkozatával további biztosított(ak)ra is kiterjeszheti a szerződést.

2.1.9. A biztosított a biztosítási szerződés létrejöttéhez, illetve a szerződés tartama alatt történő biztosítotti jogviszony létesítése esetén az ehhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. Ennek következtében a biztosított jogviszonya az aktuális biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe szerződőként belép.

2.1.10. A **kedvezményezett** az a személy, aki a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatásokra jogosult. A kedvezményezett a szerződő és a biztosított által írásban ekként megnevezett személy. Kedvezményezett-jelölés hiányában, valamint amennyiben a kedvezményezett-jelölés hatályát veszíti:

- a) a **biztosított életében esedékes** szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított,
- b) a **biztosított halála esetén** esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított örököse(i).

2.1.11. **A szerződő a biztosított írásbeli hozzájárulásával** a biztosítási szerződés hatálya alatt bármikor a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal a kedvezményezett jelölést **módosíthatja** feltéve, hogy a kedvezményezett jelölés vagy annak módosítása a biztosítási esemény bekövetkezése előtt a biztosító tudomására jut.

2.1.12. **A kedvezményezett jelölés hatályát veszti**, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik.

2.1.13. **A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett jelölést tartalmazó része semmis**, ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat, vagy a biztosított örökösét (örököseit) kell tekinteni.

## **2.2. A szerződés létrejötte**

2.2.1. A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító megállapodása alapján jön létre.

2.2.2. A biztosítási szerződés létrejöhet a szerződő biztosítási ajánlatának a biztosító általi – 15 napon belül történő – elfogadásával, mely írásbeli megállapodásnak minősül, valamint ráutaló magatartással.

2.2.3. **A biztosító a szerződő fél ajánlatának elfogadása előtt egészségi kockázat-elbírálást nem végez.**

2.2.4. A szerződő nyilatkozatai az ajánlati dokumentáció részét képezik.

2.2.5. A biztosítási ajánlat elfogadása a biztosítónak az ajánlattal megegyező, vagy az ajánlattól eltérő tartalmú biztosítási fedezetet igazoló dokumentum (továbbiakban: kötvény) kiállításával vagy ráutaló magatartással (hallgatólagosan) történik.

2.2.6. **A biztosítási ajánlattal megegyező tartalmú kötvény kiállítása esetén, a szerződés a kötvény kiállításának időpontjában jön létre.**

---

2.2.7. **Ha a szerződő az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben szereplő eltérést a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül, de legfeljebb 15 napon belül írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint, a kötvény kiállításakor jön létre.**

Ha a szerződő az eltérést a fentiek értelmében rendelkezésére álló határidőn belül elutasítja (kifogásolja), a szerződés nem jön létre. **A lényeges eltérésre a biztosító a kötvény átadásakor a szerződő figyelmét írásban felhívja.** Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

2.2.8. **A szerződés – ráutaló magatartással (hallgatólagosan) – akkor is létrejön az ajánlat szerinti tartalommal, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik** feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a Díjszabásnak megfelelően tették. **Ebben az esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító részére történt átadásának időpontjára visszamenő hatályal jön létre.** E rendelkezés abban az esetben is alkalmazandó, amennyiben a szerződő fél nem minősül fogyasztónak.

2.2.9. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a jelen feltételektől, akkor a biztosító a biztosítási szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a feltételeknek megfelelően módosítsák. **Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban megszüntetheti.** (Ráutaló magatartással (hallgatólagosan) létrejött szerződés utólagos megszüntetése).

2.2.10. **A szerződő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig van kötve.**

### 2.3. A kockázatviselés kezdete

2.3.1. A biztosító kockázatviselése (a biztosítási védelem) az adott biztosított vonatkozásában a biztosítási ajánlaton, a szerződés tartama alatt történő biztosított jogviszony létesítése esetén a beléptetésre vonatkozó kérelmen megjelölt napon veszi kezdetét. A biztosítási ajánlaton, illetve a beléptetésre vonatkozó kérelmen feltüntetett kockázatviselési kezdő időpont nem lehet korábbi, mint az ajánlattételt vagy beléptetést követő nap 0. órája.

2.3.2. **A biztosító a biztosítási szerződésben a költségtérítés nélküli egészségügyi assistance szolgáltatások (jelen feltételek 5.12.2.1.2. pontja) és a költségtérítéses egészségügyi assistance szolgáltatások (jelen feltételek 5.12.2.2. pontja) kockázatai vonatkozásában várakozási időt köt ki, amelynek időtartama a szerződés létrejöttétől számított 3 hónap.**

**A várakozási idő a szerződésnek további biztosított(ak)ra való kiterjesztése esetén a belépő biztosított vonatkozásában a szerződés módosítás hatálybalépésétől kezdődik.**

2.3.3. **Várakozási idő kikötése esetén a biztosító kockázatviselése a várakozási idő elteltével kezdődik.**

### 2.4. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

2.4.1. **A biztosítási szerződés az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén az adott biztosított vonatkozásában megszűnik (részleges megszűnés):**

a) ha a biztosított a 80. életévét betölti, az adott biztosítási időszak végén;

- 
- b) ha Gyerek módozat vonatkozásában a biztosított a 25. életévét betölti, az adott biztosítási időszak végén;
- c) a biztosított halála
- ha a haláleset balesetből fakadóan következett be, akkor a szerződés az adott biztosított vonatkozásában a jelen feltételekben foglaltaknak megfelelő haláleseti szolgáltatás teljesítésével, figyelemmel a VII., VIII. mentesülés, kizárás fejezetekben foglaltakra;
  - ha a haláleset nem baleseti okból fakadóan következett be, akkor a szerződés az adott biztosított vonatkozásában kifizetés nélkül megszűnik a halál időpontjában.
- d) az adott biztosított vonatkozásában gyakorolt rendes felmondással (2.4.3. pont);
- e) a biztosítottnak – amennyiben nem ő a szerződő fél – a biztosítási szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulásának írásbeli visszavonásával az aktuális biztosítási időszak végén;
- f) az adott biztosított vonatkozásában a biztosítási szerződést érintő lényeges körülmények megváltozása miatt, a biztosítónak erről való tudomásszerzése esetén a 30 napos felmondási idő elteltével (III.2. pont).

**Amennyiben a szerződésben kizárólag egy fő biztosított van, akkor a jelen pontban szabályozott megszűnési okok bármelyikének bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés teljes egészében megszűnik.**

**2.4.2. A biztosítási szerződés az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén megszűnik (a szerződés teljes megszűnése):**

- a) a díjfizetés elmulasztása esetén, jelen feltételek 4.3. pontjában meghatározottak szerint;
- b) a szerződés egésze vonatkozásában gyakorolt rendes felmondással (2.4.3. pont);
- c) a ráutaló magatartással (hallgatólagosan) létrejött biztosítási szerződés utólagos megszüntetése esetén (2.2.8. pont);
- d) Több biztosítottra kötött szerződés esetén az összes biztosítottnak a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának írásbeli visszavonásával az aktuális biztosítási időszak végén feltéve, hogy a biztosítási szerződésbe szerződőként egyik biztosított sem lép be.

**2.4.3. A szerződés megszüntetése rendes felmondással**

A szerződést – több biztosítottra kötött szerződés esetén az adott biztosítottra vonatkozó részét is – a **felek a biztosítási évfordulóra írásban felmondhatják**. A felmondást az évforduló előtt legalább 30 nappal a másik féllel közölni kell.

**2.4.4. Az egészségügyi asszisztencia szolgáltatás teljesítésének lehetetlenülése**

**Az egészségügyi assistance szolgáltatások (feltételek 5.12. pont) a szolgáltatás teljesítésének lehetetlenné válása miatt megszűnnek abban az esetben, ha a biztosító és az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partner közötti szerződés bármely okból megszűnik. Az egészségügyi asszisztencia szolgáltatások jelen pont szerinti megszüntetéséről a biztosító a szerződőt a megszüntetés hatályba lépését megelőző 60 nappal tájékoztatja.**

**2.4.5. Díjfizetési kötelezettség a szerződés megszűnése esetén**

Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a szerződés megszűnik, az egész biztosítási időszakra járó díj jár a biztosítónak. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben az addig a napig járó díj illeti meg a biztosítót, amikor a kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet 30 napon belül visszatéríti.

---

#### 2.4.6. A biztosító szerződésmódosítási és szerződés felmondási lehetősége a szerződést érintő lényeges körülmények felmerülése, változása esetén (a biztosítási kockázat jelentős növekedése)

Ha a biztosító a biztosítási szerződés létrejötte után szerez tudomást a biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha lényeges körülmények változását közlik vele, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a biztosítási szerződés módosítására, illetőleg a biztosítási szerződést, több biztosított esetén annak csak az adott biztosítottra vonatkozó részét, 30 napos felmondási idővel, írásban megszüntetheti. Jelentős kockázatnövekedésnek minősül, ha a biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a szerződésre vonatkozóan pótdíjat, kizárást vagy elutasítást alkalmazna. Ha a biztosító e jogával nem él, a szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.

Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételtől számított 15 napon belül nem válaszol, a biztosítási szerződés, vagy annak a módosító javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha erre a következményre a biztosító a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.

#### 2.5. A biztosítási szerződés tartama, területi és időbeli hatálya

2.5.1. A szerződés határozatlan időtartamra jön létre.

2.5.2. A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed, kivéve az egészségügyi assistance szolgáltatásokat. Az egészségügyi szolgáltatások vonatkozásában a biztosító kockázatviselésének területi hatálya Magyarország, a szolgáltatások magyarországi egészségügyi szolgáltatónál vehetők igénybe.

### 3. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

#### 3.1. A szerződő és a biztosító jogai és kötelezettsége

3.1.1. A biztosítási szerződés alapján a szerződő díjfizetésre köteles és a feltételek eltérő rendelkezésének hiányában jogosult a biztosítási szerződés szerinti jognyilatkozatok megtételére.

3.1.2. A biztosító köteles a biztosítási szerződés alapján a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatások nyújtására.

#### 3.2. A szerződő és a biztosított közlési- és változásbejelentési kötelezettsége

##### 3.2.1. A szerződő és a biztosított közlési kötelezettsége

A közlési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított szerződéskötéskor, továbbá a biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentése esetén kötelesek a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítási kockázat elvállalása, valamint a szolgáltatási igény elbírálása 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.

---

**3.2.2. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.**

### **3.2.3. A szerződő és a biztosított változásbejelentési kötelezettsége**

**A szerződő és a biztosított/biztosítottak kötelesek a biztosítás fennállása alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni az ajánlaton közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását.**

**Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a biztosító kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a szerződő vagy a biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, így különösen a szerződő és a biztosított neve, címe, levelezési címe, elektronikus kommunikáció választása esetén szerződő email címe.**

**A biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a biztosítónak bejelenteni.**

### **3.3. A biztosító szerződésmódosítási és szerződés felmondási lehetősége a szerződést érintő lényeges körülmények felmerülése, változása esetén (a biztosítási kockázat jelentős növekedése)**

**3.3.1. Ha a biztosító a biztosítási szerződés létrejötte után szerez tudomást a biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha lényeges körülmények változását közlik vele, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a biztosítási szerződés módosítására, illetőleg a biztosítási szerződést, több biztosított esetén annak csak az adott biztosítottra vonatkozó részét, 30 napos felmondási idővel, írásban felmondhatja.**

**Ha a biztosító e jogával nem él, a szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.**

**3.3.2. Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a biztosítási szerződés, vagy annak a módosító javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha erre a következményre a biztosító a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.**

**3.3.3. Ha a szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a III.3. bekezdésben meghatározott jogait a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.**

## **4. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ**

### **4.1. A biztosítási díj megállapítása**

A biztosítási díj a biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke. A biztosítási díj fizetésének kötelezettsége a szerződő felet terheli.

### **4.2. A biztosítási díj fizetése**

**4.2.1. A biztosítási szerződés rendszeres éves díjfizetésű.** A biztosítási évre vonatkozó rendszeres éves díj féléves vagy negyedéves részletekben is fizethető, amelyben a díjrészek eléri a 3000 Ft-ot.



---

4.2.2. **A díjfizetés gyakoriságát a szerződő ajánlattételkor határozza meg,** és a szerződés tartama alatt igényelheti a díjfizetési ütem változtatását a biztosítási évforduló előtt legfeljebb 30 nappal (e-mail-ben).

4.2.3. **A biztosítási évforduló** minden évben a kockázatviselés kezdő hónapjának utolsó napjával megegyező naptári nap kivéve, ha a kockázatviselés kezdete a hó elsejére esik, ez esetben a megelőző hónap utolsó napja.

4.2.4. **A biztosítási időszak egy év,** amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számítva egy évig tart (továbbiakban: biztosítási év).

4.2.5. A biztosítási szerződés első díja a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában a kockázatviselés kezdetekor esedékes, minden további rendszeres díj pedig annak a díjfizetési időszaknak (év, félév, negyedév) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amely napon a biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.

4.2.6. Abban az esetben, ha a kedvezményre jogosító körülmények megváltoznak, vagy utóbb már nem állnak fenn (pl. vállalt szerződésfenntartásra adott tartamengedmény esetén a meghatározott év előtti felmondás, fizetési ütem vagy mód megváltozása miatt), úgy a szerződő a kedvezményre való jogosultságát elveszti és köteles a kedvezmény figyelembe vétele nélkül számított biztosítási díj megfizetésére.

Ilyen esetben a kedvezmény nélkül számított díj akkor esedékes, amikor a biztosító erre vonatkozóan felhívást (díjbekérő, csekk) küld vagy a díj beszedési megbízással (inkasszó) történő beszedését először megkísérli.

4.2.7. A felek a biztosítási díj megfizetésének módjára vonatkozóan az alábbi fizetési módokon történő fizetésben állapodhatnak meg:

- a) készpénz-átutalási megbízással (csekk) – a biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelően postai úton juttatja el a szerződőnek az esedékes díjat tartalmazó csekket, melyet a szerződő köteles befizetni,
- b) csoportos beszedési megbízással (inkasszóval) – a szerződő megbízást ad a folyószámláját vezető banknak a rendszeres díjak lehívásának engedélyezésére,
- c) átutalási megbízással – a biztosító a díj esedékessége előtt (a választott díjfizetési ütemnek megfelelően) díjbekérőt küld a szerződőnek, mely alapján a szerződő megbízást ad a bankjának a díjbekérőn megjelölt díj átutalására
- d) A szerződőnek bármikor lehetősége van a biztosító honlapján erre kialakított felületen esedékes díjának bankkártyával történő befizetésére (<https://www.genertel.hu/ugyfel-szolgalat/online-dijfizetes/folyamatos-dijfizetes>).

4.2.8. **Amennyiben nem áll rendelkezésre az esedékes díj megfizetésére szolgáló, a biztosító által kiállított készpénz-átutalási megbízással (csekk), díjbekérő vagy más dokumentum, a szerződő köteles az esedékes díjat belföldi postautalványon (postai „piros” csekk), banki átutalással vagy bankkártyás fizetéssel a kötvényszám feltüntetésével melletten megfizetni.**

**Amennyiben a szerződő a díjbekérőt az esedékes díjrészlet esedékességét megelőző 10. napig nem kapja kézhez, ezt az ettől számított 5 napon belül az ügyfélszolgálati elérhetőségek bármelyikén köteles jelezni.**

4.2.9. A szerződő a biztosítás megkötésekor a következő állandó kedvezményeket veheti igénybe, amennyiben az erre jogosító körülmények fennállnak. A szerződőnek a biztosítás megkötésekor a kedvezmények igénybe vételét külön jelölnie, a kedvezményekről külön nyilatkoznia nem kell, a kedvezményt a biztosító a szerződő igényeinek felmérése során megadott adatok alapján automatikusan alkalmazza. A kedvezmények aktuális

---

mértékét a biztosító a genertel.hu honlapon teszi közzé. A szerződő által igénybe vett kedvezményeket a biztosítási ajánlat tételesen rögzíti.

**Díjfizetési kedvezmény:** A biztosító a szerződő által választott fizetési ütem és fizetési mód figyelembe vételével az éves díjból kedvezményt nyújt.

**Tartamkedvezmény:** A tartamkedvezmény igénybevételének szabályait a HB25/D. záradék tartalmazza.

**Mennyiségi kedvezmény:** A biztosító az éves díjból kedvezményt nyújt, amennyiben a szerződés legalább kettő, nem gyereknek minősülő biztosítottra terjed ki.

### **4.3. A díjfizetés elmulasztásának következményei**

4.3.1. Amennyiben a szerződő a rendszeres biztosítási díjat az esedékesség időpontjától számított 30. napig nem egyenlíti ki – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a biztosító a szerződő felet **legalább 30 napos póthatáridő** tűzésével a teljesítésre írásban felhívja.

Ha a szerződő a kítűzött póthatáridőig fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a biztosítási szerződés az esedékesség időpontjára visszamenő hatállyal (a díjrendeztettség napjával) megszűnik kivéve, ha a biztosító a díjkövetelését késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

**4.3.2. Ha az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg, és a biztosító – a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok megfelelő alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.**

4.3.3. A szerződőnek lehetősége van az elmaradt biztosítási díjak rendezése mellett – az első elmaradt díj esedékességétől számított 6 hónapon belül – a díjfizetés elmulasztása miatt kifizetés nélkül megszűnt szerződés szerinti biztosítási fedezet helyreállítását kérni (reaktiválás). Ebben az esetben a biztosító jogosult kockázatelbírálást végezni, és kérést teljesíteni vagy indoklás nélkül elutasítani.

4.3.4. Ha a biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az esedékessé vált, de a biztosítási esemény bekövetkezéséig meg nem fizetett díj mértékével a biztosító által a szolgáltatásra jogosult részére teljesítendő szolgáltatás(ok) összege csökken.

### **4.4. Értékkövetés**

4.4.1. Az értékkövetés a biztosítási összeg és ennek alapján a biztosítási díj évente egy alkalommal, azonos arányban történő emelése, azzal, hogy a baleseti eredetű marandó egészségkárosodás esetén a kerekesszék térítése szolgáltatás vonatkozásában értékkövetés nincs, szolgáltatás felső határa (500.000 Ft) a szerződés tartama során nem változik. Az értékkövetés a biztosítási évforduló napjától hatályos.

4.4.2. Az értékkövetés mértékének meghatározása a Központi Statisztikai Hivatal Fogyasztói Árindex kiadványában közzétett indexszámok alapján történik.

4.4.3. Az értékkövetés alapja a biztosítási évforduló előtti negyedik hónapot megelőző 12 hónap havi fogyasztói árindexének szorzata által mutatott százalékos érték (továbbiakban indexszám). Ha az így módon számított érték 5%-nál kisebb, akkor az indexszám 5%.

4.4.4. Az értékkövetési folyamat keretében a biztosító a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal értesítést küld a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási

---

összeg(ek)ről és az évfordulótól fizetendő új éves biztosítási díjról. Ha a módosítást a szerződő nem kívánja, az értesítő kézhezvételét követően 15 napon belül írásban kérheti a biztosításának eredeti összegekre való visszaállítását vagy – választása szerint – jogosult a biztosítási szerződést (az évfordulót megelőzően) évfordulóra felmondani, felmondási idő nélkül.

**4.4.5. Ha a szerződő az értékkövetést a 15 napos határidőn belül nem utasítja el vagy a szerződést nem mondja fel, úgy a szerződés a megnövelt biztosítási összeggel és díjjal marad hatályban.**

## **5. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA**

### **5.1. Baleseti halál**

**5.1.1. Biztosítási esemény:** az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (10.1. pont), melynek következtében a biztosított a balesetet követő egy éven belül meghal. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja**.

**5.1.2. Biztosító szolgáltatása:** A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén, – a jogalap fennállásakor – a halál időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget fizeti ki a haláleseti szolgáltatásra jogosult (kedvezményezett) részére, és ezzel a szerződés – amennyiben a szerződés több biztosítottra is vonatkozik, akkor a szerződésnek az adott biztosítottra vonatkozó része – megszűnik.**

**5.1.3. Amennyiben a biztosított kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset miatti halála a biztosítási szerződés megszűnését, illetve ha a szerződés több biztosítottra is kiterjed, akkor az adott biztosított vonatkozásában történő részleges megszűnését követően,** de a biztosítási eseményben meghatározott baleset időpontjától számított egy éven belül következnek be, akkor a térítés mértékének megállapításánál a baleset időpontjában hatályos **kötvényben, vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.

### **5.2. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás**

**5.2.1. Biztosítási esemény** az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (10.1. pont), mely következtében a biztosított maradandó egészségkárosodást szenved. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja**.

**Egészségkárosodásnak** tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.

**Maradandó az egészségkárosodás** akkor, ha az orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. Ha az egészségkárosodás mértéke még folyamatosan változik, de a baleset napjától számított 2 év eltelt, akkor a baleset napjától számított 2 év letelte után a biztosító orvos szakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét, melyet a biztosító a szolgáltatási kötelezettsége és a szolgáltatás mértéke szempontjából a baleset következményeként kialakult maradandó egészségkárosodásnak tekint. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

---

## 5.2.2. Biztosító szolgáltatása

A biztosító a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke alapján szolgáltatási sávokat (10-35%; 36-66%; 67-100%) határoz meg, mely sávokhoz biztosítási módokat is különböző biztosítási összegeket rendel.

A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén, – a jogalap fennállásakor – a baleset időpontjában hatályos **kötvényben vagy index-levélnél, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási módozaton belül a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke szerinti sávhoz tartozó biztosítási összegnek a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékével meg egyező százalékát nyújtja szolgáltatásként a kedvezményezett részére.**

A szolgáltatás alapjául szolgáló maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az általános feltételek elválaszthatatlan részét képező „A” mellékletében található táblázat alapján állapítja meg.

Ha az egészségkárosodás mértéke az „A” mellékletben található táblázat alapján nem állapítható meg, úgy a szolgáltatást a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból csökkent mértéke alapján a biztosító orvosa állapítja meg.

**A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.**

Az Orvosszakértői Intézet (a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv) szakvéleményében, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában megállapított egészségkárosodás mértéke, a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás mértékénél, és a biztosító által nyújtandó szolgáltatási összeg meghatározásánál **nem irányadó.**

**A biztosítót az egészségkárosodás maradandó jellegének, illetve az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvosszakértői testületek határozata, szakvéleménye nem köti.**

Egy biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó **egészségkárosodás mértéke nem lehet nagyobb 100%-nál.**

**Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan mértéke után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.**

Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó **szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.**

**Ha a biztosító a szolgáltatási kötelezettségét már megállapította, de a szolgáltatásként fizetendő összeg nagysága még nem állapítható meg, a biztosított követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki minimálisan járó összeg kifizetését.**

**Amennyiben a biztosító szolgáltatását követően a biztosított egészségi állapota tovább romlik ugyanannak a biztosítási eseménynek a következményeként, amely alapján a biztosító már teljesített szolgáltatást, a biztosított a megfelelő orvosi kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával, biztosítási eseményenként a bejelentett baleset napjától számított legfeljebb 4 évig, évenként egy alkalommal, ismételt szolgáltatási igénybejelentéssel kérheti egészségi állapota felülvizsgálatát és a maradandó egészségkárosodás mértékének ismételt megállapítá-**

---

sát. A felülvizsgálat eredményétől függően, a biztosító a jelen feltételek szerinti szolgáltatást teljesíti azzal, hogy a fentebb említett biztosítási eseménnyel összefüggésben történt **korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesítendő szolgáltatás összegéből levonja.**

Ugyanazon biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás mértéke ilyen esetben **sem lehet nagyobb 100%-nál.**

### **5.3. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetén kerekesszék térítése**

5.3.1. **Biztosítási esemény** az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (10.1. pont), mely következtében a biztosított legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenved, és melynek következtében véglegesen kerekesszék használatára szorul. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

**Egészségkárosodásnak** tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.

**Maradandó az egészségkárosodás** akkor, ha az orvosilag kialakulnak, stabilnak tekinthető. Ha az egészségkárosodás mértéke még folyamatosan változik, de a baleset napjától számított 2 év eltelt, akkor a baleset napjától számított 2 év letelte után a biztosító orvos szakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét, melyet a biztosító a szolgáltatási kötelezettsége és a szolgáltatás mértéke szempontjából a baleset következményeként kialakult maradandó egészségkárosodásnak tekint. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

5.3.2. **Biztosító szolgáltatása:** A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén, – a jogalap fennállásakor – **megtéríti egy darab kerekesszék számlával igazolt költségét 500.000 Ft limitösszeg figyelembe vételével a biztosított részére.**

Az 5.2. pontban rögzített, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítására vonatkozó szabályok a jelen pont vonatkozásában is megfelelően alkalmazandók.

### **5.4. Baleseti kórházi napi térítés**

5.4.1. **Biztosítási esemény** az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (10.1. pont), **melynek következtében a biztosított folyamatos kórházi (10.3. pont) fekvőbeteg-ellátásban részesül,** amennyiben az orvosilag szükséges. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

Jelen biztosítás szempontjából **kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az** a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy **a kórházi felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben.** A kórházi felvétel több napra szól, ha a kórházból való elbocsátás későbbi napon történt, mint a kórházi felvétel. A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása (5.4.2. pont) szempontjából a kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ellátás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

---

**5.4.2. Biztosító szolgáltatása:** A biztosító a baleset napjától számított két éven belül, a baleseti következmények elhárítása miatt **szükségessé vált kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra nyújt szolgáltatást.**

**A szolgáltatás összege** a kórházi fekvőbeteg-ellátás tartama alatt, az ellátási napokon hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összegnek és a kórházi ellátási napok számának a szorzata.**

Amennyiben a biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **balesete miatt a jelen biztosítási szerződés megszűnését, illetve ha a szerződés több biztosítottra is kiterjed, akkor az adott biztosított vonatkozásában történő részleges megszűnését követően részesül** kórházi fekvőbeteg-ellátásba, akkor a térítés mértékének megállapításánál az **utolsó hatályos kötvényben vagy indexlevélben az adott biztosítottra vonatkozóan rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.

Ha a biztosítási évforduló napja belesik abba az időtartamba, amely alatt a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesült és a biztosítási **szerződés értékkeövető**, akkor a biztosító a biztosítási évforduló napjától kezdve az értékkeövetésnek megfelelő, **megnövelt összegű biztosítási összeget** veszi figyelembe a szolgáltatásnál.

## **5.5. Baleseti műtéti térítés**

**5.5.1. Biztosítási esemény:** az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (10.1. pont), **melynek következtében a biztosított műtetre** (10.4. pont) **szorul**, amennyiben az orvosilag szükséges. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

**5.5.2. Biztosító szolgáltatása:** A biztosító a biztosított balesete esetén a **baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.**

A biztosító szolgáltatása a műtét napján hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összegnek az elvégzett műtét csoportba sorolásától függő százalékos mértéke.** Amennyiben a műtét a jelen biztosítási **szerződés megszűnését, illetve ha a szerződés több biztosítottra is kiterjed, akkor az adott biztosított vonatkozásában történő részleges megszűnését követően, de a biztosítási eseményben meghatározott baleset időpontjától számított két éven belül** következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az **utolsó hatályos kötvényben vagy indexlevélben az adott biztosítottra vonatkozóan rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.

A **műtétek** csoportba sorolását a Műtéti lista tartalmazza, mely az általános feltételek „B” mellékletében található. A Műtéti lista a műtéti csoportok térítési kategóriák szerinti besorolása.

A **Műtéti lista tartalmazza a térítés százalékos mértékét is.**

**Amennyiben egy napon vagy egy eljárásban több műtétet végeznek, akkor a biztosító a szolgáltatásának mértékét a legmagasabb százalékos besorolású műtét alapul vételével állapítja meg.**

## **5.6. Baleseti plasztikai műtéti térítés**

**5.6.1. Biztosítási esemény:** az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (10.1. pont), **melynek következtében a biztosított plasztikai műtétet hajtanak végre.** A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

---

Jelen feltétel vonatkozásában a plasztikai beavatkozás abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha a plasztikai beavatkozás célja a **külsődleges formák** (eredeti vagy azt nagyban megközelítő) műtét általi visszaállítása. A kizárólag gyógyító-helyreállító célzattal elvégzett műtétek nem tekinthetők biztosítási eseménynek.

**5.6.2. Biztosító szolgáltatása:** A biztosító a biztosított balesete esetén a **baleset napjától számított két éven belül bekövetkező plasztikai műtétekre nyújt szolgáltatást az alábbiak szerint:**

- a) amennyiben a biztosított a **teljes testfelületének legalább 20%-án III. fokú égési sérülés található, vagy – az arckoponyán (beleértve a fület is) és a nyak áll alatti régióján összesen legalább a teljes testfelülethez viszonyított 2%-án legalább III. fokú égési sérülése** keletkezett, és a plasztikai beavatkozás ennek következtében kerül elvégzésre, akkor a biztosító a biztosítási esemény időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeg 100%-át nyújtja** szolgáltatásként.
- b) amennyiben a biztosított testén **nagy kiterjedésű roncsolással, hám- és/vagy hám alatti szövethiánnyal járó, a teljes bőrvastagságban bekövetkező, összesen legalább a teljes testfelülethez viszonyított 5%-án, vagy – az arckoponyán (beleértve a fület is) és a nyak áll alatti régióján összesen legalább a teljes testfelülethez viszonyított 2%-án bekövetkező sérülése** keletkezett, és a plasztikai beavatkozás ennek következtében kerül elvégzésre, akkor a biztosító a biztosítási esemény időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeg 100%-át nyújtja** szolgáltatásként.
- c) amennyiben a biztosított balesete következtében az arckoponyáján végeznek el csontszövet pótlással járó plasztikai beavatkozást, akkor a biztosító a biztosítási esemény időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeg 100%-át nyújtja** szolgáltatásként.

Amennyiben a műtét a jelen biztosítási **szerződés megszűnését, illetve ha a szerződés több biztosítottra is kiterjed, akkor az adott biztosított vonatkozásában történő részleges megszűnését** követően, de a biztosítási eseményben meghatározott **baleset időpontjától számított két éven belül** következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az **utolsó hatályos kötvényben vagy indexlevélben az adott biztosítottra vonatkozóan rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.

**A biztosító ugyanazon balesetből következően legfeljebb egy alkalommal nyújt szolgáltatást.**

## **5.7. Csonttörés**

**5.7.1. Biztosítási esemény** az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (10.1. pont), **melynek következtében a biztosított csonttörést vagy csontrepedést szenved.** Jelen feltételek szempontjából a **fogtörés nem minősül csonttörésnek.** A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

**5.7.2. Biztosító szolgáltatása:** A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén **balesetenként – a törések számától függetlenül – a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget téríti meg a kedvezményezett részére.**

## **5.8. Égési sérülés**

**5.8.1. Biztosítási esemény:** az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (10.1. pont), **melynek következtében a biztosított égési sérülést szenved.** A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

5.8.2. **Biztosító szolgáltatása:** a szerződésben meghatározott biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő mértéke.

A szolgáltatás mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összeg alábbi táblázat szerinti százaléka:

Mélység	Testfelület			
	10–19%	20–49%	50–79%	80% és afelett
I. fokú	–	–	–	–
II. fokú	–	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100%	160%
IV. fokú	40%	80%	200%	200%

Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva, valamint a legmagasabb fokú sérülés figyelembevételével állapítja meg.

Amennyiben a biztosítottnak igazoltan, közvetlenül az égési sérülés következményeként a teljes testfelületének legalább 20%-án III. fokú égési sérülés található, vagy a fejen (arckoponyán illetve agykoponyán, beleértve a fület és a nyak áll alatti régióját is) összesen legalább a teljes testfelülethez viszonyított 2%-án legalább III. fokú égési sérülése keletkezett, akkor a biztosító ezen égési sérülés kockázatra a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a kedvezményezett részére.

Ha a biztosított igazoltan, közvetlenül az égési sérülések következtében hal meg, a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére az égési sérülés súlyosságától függetlenül 200%-os térítést fizet.

A biztosító szolgáltatása ugyanazon biztosítási eseményből kifolyólag maximum 200%.

## 5.9. Baleseti keresőképtelenség a 28. naptól (egyszeri)

5.9.1. **Biztosítási esemény** az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (10.1.), melynek következtében a biztosított a baleset napjától számított egy éven belül legalább 28 egymást követő naptári napon a hatályos jogszabályoknak megfelelően, a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos által igazoltan, ugyanazon okból (diagnózis) kifolyólag, saját joga keresőképtelen állományban van, és Magyarországon táppénzt vesz igénybe. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

5.9.2. **Biztosító szolgáltatása:** a biztosító a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget téríti meg a kedvezményezett részére.

Egy balesetből eredően a biztosítási összeg egyszer fizethető ki.

## 5.10. Kullancscsípés okozta bénulás

5.10.1. **Biztosítási esemény:** a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a jelen pontban meghatározott balesete, melynek következtében a kezelés befejezését követően legalább egy hónappal marandó idegrendszeri károsodás (érző- vagy mozgatóideg károsodás) maradt vissza.



---

Jelen feltétel vonatkozásában a kezelés befejezésének az a nap minősül, amikor a kezelést végző szakorvos/intézmény dokumentációja alapján a betegség aktív kezelése miatt kontrollvizsgálatra már nem szükséges visszatérni.

**Az 5.10. pont vonatkozásában balesetnek kizárólag a kullancscsípés által okozott agyburok és/vagy agyvelőgyulladás és a Lyme-kór minősül.**

**Kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladásnak minősül**, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. Jelen bekezdés vonatkozásában a **biztosítási esemény időpontja** az a nap, amikor az agyburok- és/vagy agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség jelentkezése miatt először fordultak orvoshoz.

**Kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kórnak minősül**, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és a betegsége jellemző bőrelváltozás legkorábban 2 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A jellegzetes bőrtünet nélkül kialakult esetekben a lappangási idő legkésőbbi dátumára vonatkozó korlátozás nincs, de a szerológiai vizsgálat elrendelésének dátuma nem lehet későbbi, mint a kockázatviselési időszak utolsó napja. Jelen bekezdés vonatkozásában a **biztosítási esemény időpontja** az a nap, amikor az utólag Lyme-kórként diagnosztizált betegség jelentkezése miatt a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelésre került.

5.10.2. **Biztosító szolgáltatása:** A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget** fizeti ki a kedvezményezett részére.

## 5.11. Rehabilitációs támogatás

5.11.1. Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (10.1. pont), melynek következtében a **biztosított 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenved és melynek következtében a biztosítottnak az 5.11.2. pontban meghatározott rehabilitációs költségei merülnek fel.** A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

**Egészségkárosodásnak** tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.

**Maradandó az egészségkárosodás** akkor, ha az orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. Ha az egészségkárosodás mértéke még folyamatosan változik, de a baleset napjától számított 2 év eltelt, akkor a baleset napjától számított 2 év letelte után a biztosító orvos szakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét, melyet a biztosító a szolgáltatási kötelezettsége és a szolgáltatás mértéke szempontjából a baleset következményeként kialakult maradandó egészségkárosodásnak tekint. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

5.11.2. **Rehabilitációs költségnek minősül** a balesettel kapcsolatos sérülések miatt szükségessé váló, Magyarországon kiállított eredeti számlával igazolt:

- a) **lakás-átalakítás költsége** – életvitelszerű használathoz orvos szakmailag indokolt és szükséges módosítások (pl.: küszöb, zuhany, WC, bejárati lépcső, kertbe való kijutás)
- b) **gépkocsi-átalakítás költsége** – életvitelszerű használathoz orvos szakmailag indokolt és szükséges módosítások (pl.: automata sebességváltó kialakítása, vagy auto-

- 
- mata váltós gépkocsi vásárlásához hozzájárulás (biztosított nevére vásárolt gépkocsi esetén), vagy kézi pedálok kialakítása, vagy beszálláshoz rámpa kialakítása).
- c) **gyógyászati segédeszköz költsége:** gyógyászati segédeszközök beszerzésének, vagy más, a kezeléshez szükséges eszközök (például kötszer, gyógyszer, támbot) szükséges mennyiségben való beszerzésének a költsége. Nem minősül gyógyászati segédeszköz költségnek azon költség, mely nem áll közvetlen okozati összefüggésben a balesettel (pl. ha a már meglévő gyógyászati segédeszköz lopás, meghibásodás, vagy minőségi csere miatt kerül újbóli beszerzésre). A gyógyászati segédeszköz szükségességet szakorvosi javaslattal alá kell támasztani, a szükségességet a biztosító orvosa felülbíráhatja. A jelen feltételek alkalmazásában gyógyászati segédeszköz a hatályos jogszabályok szerint ilyenként megjelölt eszköz. **Nem minősül rehabilitációs költségnek a fürdőkúrákkal és üdülésekkel kapcsolatos utazási és tartózkodási költség.**
- d) **szakmai átképzés költsége** abban az esetben, ha a biztosított a **baleset előtti munkatevékenységét** a rehabilitációt követően, már véglegesen kialakult állapotban **sem tudja folytatni**. Az átképzési költség megtérítése azon szakma vonatkozásában történik, amely betöltésére a biztosított munkaköri alkalmassági vizsgálat alapján alkalmas.

### 5.11.3. Biztosító szolgáltatása

A biztosító a baleset időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeg erejéig megtéríti a jelen feltételek 5.11.2. pontjában meghatározott balesetből fakadó, számlával igazolt rehabilitációs költségeket**, amennyiben azok a baleset napjától számított 1 éven (kivéve 5.11.2. d) pont, amely esetében 4 éven) belül keletkeznek és más módon nem térülnek meg.

Az 5.2. pontban rögzített, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítására vonatkozó szabályok a jelen pont vonatkozásában is megfelelően alkalmazandók.

## 5.12. Egészségügyi assistance szolgáltatások

Az assistance szolgáltatásokkal kapcsolatban a biztosító – ügymenet kiszervezés keretében – közreműködőt vesz igénybe, mely meghatározott assistance szolgáltatást végez (a továbbiakban: Szolgáltatás szervező). Ha a biztosító együttműködése a közreműködő Szolgáltatás szervezővel megszűnik, a biztosító a tőle elvárható módon törekszik a Magyarországon elérhető, hasonló szakmai színvonalú szolgáltatást nyújtó közreműködővel együttműködni, figyelemmel az 5.12.3. pontban foglaltakra is.

### 5.12.1. Biztosítási esemény

5.12.1.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, egészségi állapotával összefüggésben a jelen feltétel szerinti biztosítói szolgáltatás igénybevétele.

5.12.1.2. A biztosítási esemény időpontja a biztosító által finanszírozott (költségtérítéses) assistance szolgáltatások vonatkozásában a megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele napja. A biztosító költségtérítése nélküli assistance szolgáltatások vonatkozásában a biztosítási esemény időpontja az ellátás megszervezésének (az időpont közlésének) a napja.

### 5.12.2. Biztosító szolgáltatása

**A biztosító a költségtérítés nélküli assistance szolgáltatások esetében kizárólag ellátásszervezést nyújt a Szolgáltatás szervezőn keresztül. A költségtérítéses assistance szolgáltatások vonatkozásában a biztosító szolgáltatási kötelezettsége a jelen pontban részletezett diagnosztikai vizsgálatok megszervezésére és költségeinek megtérítésére terjed ki a jelen feltételekben foglalt szabályok szerint. A biz-**

---

**tosítottak az assistance szolgáltatásokat kizárólag a Genertel Family Fix asszisztencia telefonvonalon keresztül vehetik igénybe.**

**A biztosító assistance szolgáltatása az azonnali ellátási esetekre nem terjed ki.**

**Ellátásszervezés kizárólag Magyarországon működő, a Szolgáltatás szervező partner hálózatába tartozó egészségügyi intézménybe történik.**

#### **5.12.2.1. Genertel Family Fix asszisztencia vonal szolgáltatásai**

##### **5.12.2.1.1. TeleDoktor szolgáltatás:**

A kockázatviselés tartama alatt a TeleDoktor szolgáltatást a biztosított évente korlátlan számban veheti igénybe a Genertel Family Fix asszisztencia telefonvonalon.

A TeleDoktor szolgáltatás nem tekinthető orvosi diagnosztikai tevékenységnek, és nem helyettesíti a közvetlen orvos-beteg találkozást, a sürgősségi, háziorvosi vagy szakorvosi vizsgálatokat.

A telefonhívás során anamnézis felvételére nem kerül sor, és szintén nem nyújtható a telefonhívás során konkrét panaszra, tünetre vonatkozó, közvetlen orvosi vizsgálatot feltelező ellátási javaslat.

A TeleDoktor szolgáltatás nem tartalmazza az alábbi szolgáltatások megrendelésével kapcsolatos ügyintézkést és a szolgáltatások költségének viselését. A TeleDoktor szolgáltatás keretében a Szolgáltatás szervező az alábbiakról nyújt tájékoztatást:

##### **• Információs vonal**

24 órás tájékoztatás:

- orvosi és gyermekorvosi rendelőről és ügyeletekről,
- szakorvosi rendelőről és ügyeletekről,
- gyógyszerárakról és gyógyszerári ügyeletekről.

##### **• Egészségügyi tájékoztatás**

Munkanapokon 8-16 óráig (hívásfogadási idő). Amennyiben a biztosított általi telefonhívás időpontjában nincs elérhető, a szükséges információ nyújtására alkalmas egészségügyi végzettséggel rendelkező személy, a Szolgáltatás szervező 2 órán belüli visszahívási időpontot egyeztet a biztosítottal, ezen hívásfogadási időn kívüli hívás esetén visszahívás a legközelebbi munkanapon.

Általános orvosi véleményezés, útmutatás az alábbiak szerint:

- általános orvosi útmutatás,
- általános tájékoztatás diagnosztikai eredményekről, diagnózisról, gyógyszerekről,
- szakorvosi központ ajánlása.

A Szolgáltatás szervező kizárólag az általa nyújtott információkért vállal felelősséget, azok felhasználása az információt kapó, illetve információt felhasználó fél felelőssége, így sem a biztosító, sem a Szolgáltatás szervező ezzel kapcsolatban nem vállal felelősséget.

Az elhangzott beszélgetéseket a hatályos magyar jogszabályok betartásával a Szolgáltatás szervező rögzíti és tárolja.

##### **5.12.2.1.2. Költségtérítés nélküli ellátásszervezés:**

- a) Belgyógyászati; fül-, orr-, gégészeti; szemészeti; urológiai; nőgyógyászati; bőrgyógyászati; gasztroenterológiai szakorvosi vizsgálatok megszervezése a biztosító költségtérítése nélkül;
- b) Röntgen, EKG, ultrahang, MRI, CT, PET-CT és laborvizsgálatok megszervezése a biztosító költségtérítése nélkül.

---

A biztosító költségtérítése nélküli esetekben a biztosító assistance szolgáltatása kizárólag az ellátásszervezés teljesítése az Szolgáltatás szervezőn keresztül. A megszervezett ellátások költségei a biztosítottat terhelik.

#### 5.12.2.1.3. **Költségtérítési szolgáltatások ellátásszervezése:**

Az 5.12.2.2. pontbeli költségtérítési egészségügyi szolgáltatások megszervezése.

#### 5.12.2.2. **Költségtérítési assistance szolgáltatások esetében nyújtott szolgáltatások biztosítottanként, egy biztosítási éven belül, egy alkalommal**

**Diagnosztikai vizsgálatok (natív MRI, kontrasztanyag MRI, natív CT, kontrasztanyag CT, PET-CT) megszervezése és költségeinek biztosító általi megtérítése legfeljebb 250.000 Ft összeghatárig, a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt szükségessé váló, orvosszakmai szempontból indokolt és megalapozott esetben.**

Orvosszakmai szempontból indokolt és megalapozott a diagnosztikai vizsgálat, amennyiben az a biztosított egészségének helyreállításához, betegségből való meggyógyulásához szükséges és annak igénybevételét 30 napnál nem régebben kelt, a hatályos magyar jogszabályok és orvosi protokollok szerinti, az azokban meghatározott módon és indikáció alapján kiállított ambuláns lap/zárójelentés írja elő a biztosított részére.

Az igényelt diagnosztikai vizsgálatok költségéről és a limitet esetlegesen meghaladó összeg nagyságáról a Szolgáltatás szervező a vizsgálatot megelőzően tájékoztatja a biztosítottat. **A limitet meghaladó összeg egészségügyi szolgáltató részére történő megfizetése a biztosítottat terheli.**

#### 5.12.3. **Az assistance szolgáltatások megszüntetése**

Az egészségügyi assistance szolgáltatások a szolgáltatás teljesítésének lehetlenné válása miatt megszűnnek abban az esetben, ha a biztosító és az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partner közötti szerződés bármely okból megszűnik. A szolgáltatás megszüntetéséről a biztosító a szerződőt a megszüntetés hatályba lépését megelőző 60 nappal tájékoztatja.

## 6. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

### 6.1. **A biztosítási esemény bejelentésének módja és határideje**

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell bejelenteni a biztosítónál.

Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, a biztosító által a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából szükségesnek ítélt felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé és emiatt **a biztosító kötelezettsége szempontjából** lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**

### 6.2. **A biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok**

**6.2.1. A biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerúségének megállapításához szükséges.**

a) a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,

- 
- b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől/közlekedési balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum másolata, beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát is,
  - c) baleseti/közlekedési baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
  - d) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
  - e) továbbá közlekedési baleset esetén
    - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben készült,
    - amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye,
    - a közlekedési vállalat helyszínén felvett hivatalos jegyzőkönyve, amennyiben ilyen készült.

**6.2.2. A biztosítási esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok** (a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, rendőrség, munkahely, oktatási intézmény, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv, határozat, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények).

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

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

**6.2.5. 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).

**6.2.6. A biztosítottak a biztosító kockázatviselését befolyásoló sporttevékenységével kapcsolatos tagsági igazolványa,** jogviszonyt igazoló dokumentuma, mérkőzés jegyzőkönyve.

**6.2.7. A biztosított születésének időpontját igazoló hivatalos bizonyítvány.**

**6.2.8. A biztosított, vagy a kedvezményezett jogosult a szolgáltatási igényét egyéb okmányokkal, dokumentumokkal is igazolni a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. Így például jogosult arra is, hogy a büntetőeljárásban és a szabálysértési eljárásban hozott jogerős határozatot is benyújtsa a biztosítóknak.**

**6.2.9. A biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételéül orvosi vizsgálatot írhat elő – ennek előírása esetén a biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.**

**6.2.10. A biztosító kérheti az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített magyar nyelvű hiteles fordításának benyújtását.**

---

6.2.11. A biztosító kérheti a **fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását** és bármely az ügyfél által megválasztott adathordozón történő benyújtását.

6.2.12. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához egyéb iratokat is beszerezhet.

6.2.13. A 6.2.1 – 6.2.12. pontokban meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összegszerűségének megállapításához szükséges:

**6.2.3.1. Baleseti halál esetén**

- a) halottvizsgálati bizonyítvány/halotti epikrízis,
- b) boncolási jegyzőkönyv,
- c) biztosított halotti anyakönyvi kivonata;
- d) **a kedvezményezetti jogosultságot igazoló okirat** (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,
- e) külföldön bekövetkezett halál esetén: a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása

**6.2.3.2. Kerekesszék költségének megtérítése esetén**

- a) a szolgáltatási igény benyújtásakor fennálló állapot részletes leírását tartalmazó kontrollvizsgálat eredménye,
- b) a kerekesszék felírására jogosult szakorvos által kiállított kerekesszék, mint gyógyászati segédeszköz felírásának vénye és az erre vonatkozó javaslat orvosi dokumentuma,
- c) kerekesszék biztosított nevére kiállított eredeti számlája.

6.2.3.3. **Baleseti kórházi napi térítés esetén** a kórházi zárójelentés.

**6.2.3.4. Baleseti műtéti térítés/ baleseti plasztikai műtéti térítés esetén**

- a) kórházi zárójelentés,
- b) műtéti leírás, amennyiben ilyen készült.

**6.2.3.5. Baleseti plasztikai műtéti térítés esetén**

- a) plasztikai beavatkozás szükségességét leíró orvosi dokumentum,
- b) közvetlenül plasztikai beavatkozás elvégzését megelőzően készült, a fennmaradó állapot részletes leírását tartalmazó orvosi dokumentumok (pl: károsodás mértéke, mérete),
- c) plasztikai beavatkozás zárójelentése, orvosi dokumentációja,
- d) műtéti leírás, amennyiben ilyen készült.

6.2.3.6. **Csonttörés esetén** a csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás.

**6.2.3.7. Égési sérülés esetén**

- a) kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap, amennyiben az égési sérülés következményeként a biztosított kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben, illetve járóbeteg-ellátásban részesült
- b) égési sérülés miatt bekövetkező halál esetén a szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani továbbá a 6.2.2.1. pontban felsorolt iratok másolatát.

**6.2.3.8. Baleseti keresőképtelenség a 28. naptól (egyszeri) esetén**

- a) a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány (Orvosi igazolás keresőképtelen (terhességi) állományba vételről, valamint Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről),
- b) ha kórházi ápolás is történt: a kórházi zárójelentés.

### 6.2.3.9. Kullancscsípés okozta bénulás esetén

- a) A kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás esetén a szerológiai vizsgálat eredményének másolata, valamint az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata,
- b) kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór esetén a szerológiai vizsgálat eredménye, valamint a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum,
- c) a kezelés befejezését igazoló orvosi dokumentumok,
- d) a kezelés befejezését követő állapot részletes leírását tartalmazó orvosi dokumentumok.

### 6.2.3.10. Rehabilitációs támogatás esetén

- a) A kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák, továbbá:
- b) szakmai átképzés esetén
  - i) az arra jogosult orvosszakértői intézet szakvéleménye, az átképzés szükségességének megjelölésével és annak a munkatevékenységi körnek a meghatározásával, melyre a biztosított megváltozott munkaképessége alapján alkalmas,
  - ii) a biztosított maradandó egészségkárosodása miatt szükségessé váló átképzéshez szükséges szakirányú képzés felvételi tájékoztatóját, valamint a felvételi jelentkezéshez szükséges dokumentumok listáját,
  - iii) a biztosító bekérheti az átképzéshez szükséges megfelelő alapképzést igazoló dokumentumok másolatát,

**6.2.3.11. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, csonttörés, baleseti kórházi napi térítés, baleseti műtéti térítés, baleseti plasztikai műtéti térítés, baleseti keresőképtelenség a 28. naptól (egyszeri), égési sérülés és kullancscsípés okozta bénulás, rehabilitációs támogatás biztosítás esetén a biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.**

### 6.2.3.12. Egészségügyi assistance szolgáltatások esetén

#### **Költségtérítéssel assistance szolgáltatások esetén:**

- a) a vizsgálatot szükségessé tevő betegség, tünet, panasz teljes körlefolysását tartalmazó orvosi dokumentumok (ambuláns lapok, zárójelentések stb.), beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát is,
- b) az elvégzendő vizsgálatra vonatkozó orvosi javaslatot tartalmazó ambuláns lap/zárójelentés.

**Nem költségtérítéssel assistance szolgáltatások esetén** az ellátásszervező egyes esetekben kérheti az igényelt ellátáshoz kapcsolódó orvosi dokumentumokat, annak érdekében, hogy egyértelmű legyen számára pontosan milyen vizsgálatot kell szerveznie.

## **6.3. A biztosító teljesítésének esedékessége**

6.3.1 A biztosítóhoz bejelentett szolgáltatási igény, az annak elbírálásához nélkülözhetetlen utolsó okirat kézhezvételét követő 15. napon esedékes; nélkülözhetetlenek azok az okiratok, amelyek a biztosítási szolgáltatási kötelezettség fennállását és annak összegét alátámasztják. A biztosító iratbeszerzés esetén a szolgáltatási igényről legkésőbb az igény beérkezését követő 120 napig köteles dönteni és a döntéséről az ügyfelet tájékoztatni.

6.3.2. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás és közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás vonatkozásában **a biztosító** elismert jogalap esetén **az alábbi határidőkön belül** teljesíti a szolgáltatását:

- 
- a) az orvosi szempontból **egyértelműen tisztázott maradandó egészségkárosodás alapján** megállapított szolgáltatást a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges **utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül**,
- b) egyéb esetekben a maradandó egészségkárosodás **véglegessé válását követően** a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül, illetőleg legkésőbb a balesetet/közlekedési balesetet követő 4 év letele után a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül.

6.3.3. Ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésére álló dokumentumok alapján bírálja el.

6.3.4. Ha a rendelkezésre álló iratok alapján a szolgáltatási igény nem bírálható el, a biztosító elrendelheti a biztosított személyes orvosi vizsgálatát is. Ha a biztosított az orvosi vizsgálaton nem jelenik meg, a biztosító a rendelkezésre álló adatok alapján hoz döntést.

6.3.5. A személyes orvosi vizsgálat költségeit a biztosító viseli. A biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a biztosított viseli.

#### **6.4. A biztosítói szolgáltatás kifizetésének választható módja**

**A biztosító a szolgáltatási összeget átutalással teljesíti.** Amennyiben a biztosító szolgáltatására jogosult személy (kedvezményezett) a szolgáltatást ettől eltérő módon kéri teljesíteni, az ezzel kapcsolatban **felmerülő költségeket a szolgáltatásra jogosult személyre áthárítja, és a költségek összegének mértékével a szolgáltatási összeg csökken.**

#### **6.5. Egészségügyi assistance szolgáltatások igénybevételének feltételei**

Az egészségügyi assistance szolgáltatások igénybevétele során a feltételek 6.1. – 6.4. pontjaiban szabályozott rendelkezéseket a jelen pontban foglalt eltérésekkel kell alkalmazni.

##### **6.5.1. Általános szabályok**

A jelen feltételek szerinti egészségügyi assistance szolgáltatásokat a Szolgáltatás szervezőn keresztül, a Genertel Family Fix asszisztencia telefonvonalon kell igényelni.

**Kizárólag a Szolgáltatás szervező és a biztosító rendelkezik mérlegelési joggal a szolgáltatások szervezésével és azok költségének megtérítésével kapcsolatban.**

Kifejezetten nem tartozik a biztosító Szolgáltatás szervezője által biztosított szolgáltatások körébe a sürgős, életet veszélyeztető állapot során történő ellátás, mely általában hirtelen keletkezik, és a beteg/biztosított állapota beavatkozás hiányában folyamatosan és életet veszélyeztetően romlik.

A **biztosító által finanszírozott (költségtérítéses)** assistance szolgáltatások vonatkozásában a biztosító a következő feltételek együttes fennállása esetén teljesít szolgáltatást, illetve szervez ellátást:

- a) a biztosított által igénybe veendő diagnosztikai vizsgálat (natív MRI, kontrasztanyagos MRI, natív CT, kontrasztanyagos CT, PET-CT) igénybevételét 30 napnál nem régebben kelt ambuláns lap/zárójelentés írja elő a biztosított részére,
- b) az egészségügyi szolgáltatást a biztosított a Szolgáltatás szervező szervezésében vegye igénybe,
- c) a feltételek alapján a szolgáltatási igényre a biztosítási fedezet terjedjen ki.



---

### 6.5.2. TeleDoktor szolgáltatás igénybevétele

A szolgáltatásra való jogosultságot (biztosítási fedezetet) a Szolgáltatás szervező ellenőrzi.

A **TeleDoktor** szolgáltatás igénybevétele esetében az alábbi adatokat kell megadni a Szolgáltatás szervezőnek:

- a biztosított neve,
- a biztosított születési dátuma és helye,
- a biztosított anyja neve,
- a biztosított kötvényszáma.

A TeleDoktor szolgáltatás elérhetősége:

- Információs vonal a nap 24 órájában,
- Egészségügyi tájékoztatás szolgáltatás munkanapokon 8-16 óráig (hívásfogadási idő), vehető igénybe.

Az Egészségügyi tájékoztatás szolgáltatás keretében

- amennyiben a biztosított általi telefonhívás időpontjában nincs elérhető, a szükséges információ nyújtására alkalmas egészségügyi végzettséggel rendelkező személy, a Szolgáltatás szervező 2 órán belüli visszahívási időpontot egyeztet a biztosítottal,
- a hívásfogadási időn kívüli hívás esetén a legközelebbi munkanapon kerül sor a biztosított visszahívására.

### 6.5.3. A szolgáltatás szervezési szolgáltatások igénybevétele

a) A biztosított a Szolgáltatás szervezőhöz munkanapokon 8 – 20 óra között a General Family Fix asszisztencia vonalon keresztül, telefonon jelentkezhet be a +36 1 465 3725 telefonszámon.

b) A szolgáltatásra való jogosultságot (biztosítási fedezetet) a Szolgáltatás szervező ellenőrzi.

c) Az igényelt ellátás típusától függően az alábbi adatokat, dokumentumokat kell megadni a Szolgáltatás szervező részére:

c)1) **Nem költségtérítéssel assistance szolgáltatások esetén** (feltételek 5.12.2.1.2. pont):

- a biztosított neve,
- a biztosított születési dátuma és helye,
- a biztosított anyja neve,
- a biztosított kötvényszáma,
- telefonos elérhetőség,
- a kért vizsgálat megnevezése,
- a vizsgálat megszervezéséhez szükséges személyes adatok (lakcím, TAJ szám, e-mailcím).

Nem költségtérítéssel ellátási igény esetén a Szolgáltatás szervező a biztosított kifejezett hozzájárulása alapján egyes esetekben kérheti az igényelt ellátáshoz kapcsolódó orvosi dokumentumokat, annak érdekében, hogy egyértelmű legyen számára pontosan milyen vizsgálatot kell szerveznie.

c)2) **Költségtérítéssel assistance szolgáltatások esetén** (feltételek 5.12.2.2. pont)

- a biztosított neve,
  - a biztosított születési dátuma és helye,
  - a biztosított anyja neve,
  - a biztosított kötvényszáma,
  - telefonos elérhetőség,
  - 30 napnál nem régebbi szakorvosi beutalóban vagy szakvéleményben előírt diagnosztikai vizsgálat megnevezése,
  - az elvégzendő vizsgálatra vonatkozó orvosi javaslatot tartalmazó ambuláns lap/zárójelentés.
-

---

Költségtérítési ellátási igény esetén a Szolgáltatás szervező a biztosított kifejezett hozzájárulása alapján bekéri az adott diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó orvosi javaslatot és orvosi dokumentációt (feltételek 6.2.3.12. pont).

A bekért összes irat elektronikus úton történő beérkezését követően kezdődik meg az igény elbírálása és az ellátásszervezés.

- d) A biztosított megalapozott igénye alapján a Szolgáltatás szervező javaslatot tesz a diagnosztikai vagy szakorvosi vizsgálat időpontjára és helyszínére. **A Szolgáltatás szervező a betelefonálástól, illetve költségtérítési szolgáltatási igény esetén a szükséges orvosi dokumentumok beérkezésétől számított átlagosan 5, de legfeljebb 10 munkanapon belüli időpontra szervezi meg a szükséges ellátást.**
- e) Az egyeztetett időpontban megjelenés a Szolgáltatás szervező által szervezett egészségügyi szolgáltatónál. Személyazonosításra alkalmas fényképes dokumentum bemutatása az egészségügyi ellátást nyújtó intézményben a biztosított beazonosítása céljából a szolgáltatás igénybevétele előtt.
- 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.
- f) Amennyiben a biztosított nem tud megjelenni az előre egyeztetett időpontban a megjelölt egészségügyi szolgáltatónál, akkor a lemondást legkésőbb 48 órával az egyeztetett időpont előtt a Genertel Family Fix asszisztencia vonalon keresztül jeleznie kell a Szolgáltatás szervezőnek.

**Ennek elmulasztása esetén a megszervezett, de le nem mondott vizsgálat(ok) költségének megtérítésére a biztosított kötelezhető, tekintettel arra, hogy a lefoglalt ellátás költségének megtérítésére az egészségügyi szolgáltató igényt tarthat.**

Időben történt lemondás esetén a Szolgáltatás szervező kérésre újabb időpontot egyeztet

**Magyarországon az azonnali ellátást igénylő esetekben a 104-es vagy 112-es telefonszámon mentőt kell hívni vagy azonnal el kell menni a sürgősségi ügyeletre,** 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.

Ha a Szolgáltatás szervező a telefonon közölt tünetek, panaszok alapján azt javasolja, akkor haladéktalanul mentőt kell hívni vagy azonnal el kell menni a sürgősségi ügyeletre.

#### **6.5.4. A Szolgáltatások korlátozásának esetei**

**A Szolgáltatás szervező elutasítja a szolgáltatás megszervezését, amennyiben a szolgáltatási igényre a biztosítási fedezet nem terjed ki.**

Abban az esetben, ha az assistance szolgáltatás jogalapja a biztosítási szerződés alapján nem vagy csak részben áll fenn, és emiatt a biztosító részben vagy egészben nem kötelezett az assistance szolgáltatás teljesítésére, akkor a biztosított az általa igénybevett egészségügyi ellátás költségének biztosítással nem fedezett ellenértékét köteles megtéríteni az egészségügyi szolgáltatást nyújtó, illetve arról számlát kiállító félnek.

**A biztosító nem felelős a biztosított által igénybevett egészségügyi szolgáltatások szakmai minőségéért és a biztosítottak az egészségügyi szolgáltatás teljesítése során okozott károkért és a sérelemdíjért, azokért az egészségügyi szolgáltató tartozik felelősséggel.**

---

## 7. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

### 7.1. A biztosító mentesülése a biztosítási szolgáltatások teljesítése alól

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

- a) a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötés-kor ismerte, vagy
- b) a szerződő és/vagy a biztosított változásbejelentési kötelezettségüket megsértették, de az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás fennállása alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a jelen általános feltételek 3.3. pontjában szabályozott szerződés módosítási illetve szerződés megszüntetési lehetőségével, vagy
- c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

Ha a szerződés több biztosítottra vonatkozik, és a közlési- vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi biztosított esetén nem hivatkozhat.

7.1.2. A felsorolt körülmények fennállását annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

7.2. A 7.1.1. pontban felsoroltakon túl a balesetbiztosítási kockázatok esetében a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha

- a) a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét,
- b) ha bizonyítja, hogy a biztosítási esemény alapjául szolgáló eseményt jogellenesen és szándékosan vagy jogellenesen és súlyosan gondatlan magatartással a szerződő fél vagy a biztosított; illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk okozta.

7.3. A biztosított a 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 (kárenyhítési kötelezettség). Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá. A biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. Ha a biztosított a kármegelőzési illetve kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

## 8. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

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

---

**8.2. 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.**

**8.3. A biztosító kockázatviselése a 8.1. d) bekezdésben foglaltakkal ellentétben kiterjed a biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a biztosítottnak 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.**

**8.4. 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, orvosi ellenőrzést igényelt,
- b) a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított marandó egészségkárosodása.

**8.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:**

- a) az olyan kórházi ápolás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,
- b) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógy-pedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra, infúziós keringésvajító vagy infúziós fájdalomcsillapító kezelések), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,
- c) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

**8.6. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése a lelki működés zavaraira, pszichiátriai megbetegedésekre, valamint a biztosított által magának szándékosan okozott testi sérülésekre, akkor sem, ha azt a biztosított zavart tudatállapotában követte el.**

**8.7. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosító kockázatviselésének fennállása alatt bekövetkezett eseményre, ha**

- a) az esemény a biztosított rendszeres alkohol-fogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
- b) a biztosított az esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt. Ha történt véralkohol vizsgálat, a jelen pont szempontjából alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció,
- c) a biztosított érvényes vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett,

---

d) a biztosított a biztosítási esemény időpontjában alkohol fogyasztása ellenére vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.

8.8. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek egészben vagy részben okozati összefüggésben állnak azzal, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében szenvedett balesetet.

8.9. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a biztosítottal az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:

- a) búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf,
- b) hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, Bungee Jumping (mélybeugrás),
- c) autó- motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, gokart sport, moto-cross sport, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival, versenyzés gépkocsival, quad),
- d) privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés),
- e) bázisugrás.

8.10. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakkal összefüggő egészségügyi szolgáltatásokra, amelyek oka részben vagy egészben:

- a) járvánnyal (endémia, epidémia, pandémia) összefüggő, 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 is,
- b) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,
- c) protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése,
- d) a fogászati, szájsebészeti ellátások és kezeléseik,
- e) emberen végzett orvostudományi kutatások,
- f) Magyarországon elfogadott és a magyarországi egészségügyi szolgáltatónál általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátások, egyszer használatos eszközök és a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek és biológiai terápiás gyógyszerek költségei, valamint a NEAK (OEP) által be nem fogadott illetve nem finanszírozott eljárások, eszközök és gyógyszerek költségei,
- g) jogszabályban meghatározott nem-konvencionális eljárások,
- h) az alábbi fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények: TBC, tetanusz, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis miatti események (STD),
- i) pre- és posztoperatív vizsgálat,
- j) jogszabályban meghatározott megelőzés, és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, állapotfelmérések.

8.11. Sportártalmak kizárása költségtérítéssel assistance szolgáltatások (feltételek 5.12.2.2. pont) esetében

Ha a biztosított a biztosított jogviszony létrejöttkor, illetve azt megelőzően legalább 3 éven keresztül a jelen feltételek 9.4. pontja szerint kiemelt vagy versenyzői szinten sporttevékenységek bármelyikét űzte, és a sportolást 5 éven belül hagyta abba, vagy a szerződés hatálya alatt bármikor kiemelt vagy versenyzői szinten sporttevékenységek bármelyikét űzi vagy űzte, akkor mindkét térde, bokája, válla és gerince a biztosítási védelemből kizárva, kivéve, ha a szolgáltatási igény alapja csonttörés, csontrepedés.

---

## 9. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

### 9.1. Elévülési idő

#### A biztosítási szerződésből eredő igények 2 év elteltével elévülnek.

Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik:

- a) a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- b) a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó iratnak a biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. napot követő napon,
- c) a biztosítási esemény bejelentése esetén, amennyiben a biztosító által igényelt irat-csatolás vagy információszolgáltatás elmarad, a biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő napon, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. napot követő napon,
- d) egyéb esetben a követelés esedékessé válásának napján.

### 9.2. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése

Ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, úgy a biztosító a szerződő kérésére a hatályos adatokkal egyező tartalmú új kötvényt állít ki.

### 9.3. Eljárás véleménykülönbség esetén

Ha az ügyfél vitatja a biztosító – szolgáltatási igénnyel kapcsolatos – álláspontját, írásban kérheti a döntés felülbírálását. A biztosító illetékes szervezeti egysége a kérelem elbírálásához szükséges valamennyi irat/adat kézhezvételétől számított 30 napon belül döntést hoz és döntéséről a kérelmezőt írásban értesíti.

### 9.4. A biztosított sporttevékenységének minősítése

9.4.1. Jelen 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.

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

9.4.3. Jelen feltételek szempontjából **hobby-sportoló** az a biztosított, aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolóként és nem versenyző sportolóként végez.

## 10. FOGALOMTÁR

### 10.1. A baleset fogalma

10.1.1. Jelen feltételek szempontjából **baleset** az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, és amellyel összefüggésben a biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a biztosított halálát okozza.

10.1.2. Jelen feltételek szempontjából **balesetnek minősül továbbá**:

- a) vesztettség, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelent-

- 
- kezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
- b) a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzéseként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

10.1.3. Jelen feltételek szerint – a 10.1.2. pontban foglaltaktól eltekintve – **nem minősül balesetnek**:

- a) az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadószervezetbe jutása/juttatása (a továbbiakban együtt: átvitele) még abban az esetben sem, ha az átvitelt balesetszerű fizikális ok váltja ki;
- b) a foglalkozási betegség (ártalom),
- c) a biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be,
- d) a csontok patológiás törései, a sokszor ismétlődő (habituális) ficam,
- e) a porckorongsérv kialakulása kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- f) a hasi sérv kialakulása kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- g) az ízületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép ízületet kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

## 10.2. Betegség fogalma

Jelen feltételek szempontjából **betegség** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.

## 10.3. A kórház fogalma

10.3.1. Jelen feltételek szempontjából **kórháznak minősül** a szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

10.3.2. Jelen feltételek szempontjából **nem minősülnek kórháznak** – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – 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, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei feltéve, hogy a biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

## 10.4. A műtét, a műtéti lista fogalma

10.4.1. Jelen feltételek alkalmazásában **műtétnek tekintendők** azok a biztosító által csoportba sorolt orvosi beavatkozások, melyek során az orvosszakmai szabályok megtartásával, az egészség megőrzésére, a betegségek gyógyítására, illetve következményeiknek mérséklésére irányuló szándékkal a kültakaró és/vagy a nyálkahártyák folytonosságát megsértik.

10.4.2. A biztosító a műtéteket műtéti csoportokba sorolja be (továbbiakban: műtéti csoportba sorolás). Műtéti csoportok műtéti térítési kategóriák szerinti kategorizálása (továbbiakban: Műtéti lista) jelen Feltételek „B” mellékletében találhatóak. A biztosító valamenny-

---

nyí, WHO által kódokkal ellátott műtétet a műtéti térítés szempontjából értékelte azzal, hogy a Műtéti listában szereplő csoportok egyikébe sem tartozó műtéti beavatkozások az 5-ös, „nem térített” műtéti térítési kategóriába tartoznak (pl. diagnosztikus célú vizsgálatok, beavatkozások, beleértve a szövettani mintavételeket, citológiákat is, injekciós-infúziós kezelések, fizioterápiák, kemoterápiák).

### **10.5. A gyerek fogalma**

Jelen feltételek szempontjából **gyereknek** minősül azon biztosított, aki nem töltötte be a 25. életévét.

**Jelen biztosítás Gyerek módozata nem köthető meg 18. életévét betöltött (nagykorú) biztosítottra.**

### **10.6. Azonnali ellátási esetek fogalma**

Jelen feltételek szempontjából a mentés, életmentő beavatkozás és a sürgős szükség körébe tartozó ellátások (beleértve a balesetek miatti azonnali ellátási eseteket is) gyűjtőneve.

### **10.7. Egészségügyi ellátás fogalma**

Jelen feltételek szempontjából a biztosított egészségi állapotához kapcsolódó, az egészségügyi, orvosszakma szabályainak és a hatályos egészségügyi törvények rendelkezéseinek megfelelően végzett és dokumentált egészségügyi tevékenységek összessége.

### **10.8. Egészségügyi szolgáltató (intézmény) fogalma**

Jelen feltételek alkalmazásában 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.

### **10.9. Ellátásszervezés fogalma**

Lásd szolgáltatás szervezés.

### **10.10. Ellátásszervező fogalma**

Lásd szolgáltatás szervező.

### **10.11. Genertel Family Fix asszisztencia telefonvonal fogalma**

Jelen feltételek alkalmazásában a Szolgáltatás szervező élőhangos telefonos tájékoztatási és szolgáltatásszervezési szolgáltatása, amely a **+36 1 465-3725** telefonszámon érhető el.

### **10.12. Orvosszakma fogalma**

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

### **10.13. Sürgős szükség fogalma**

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



---

#### **10.14. Sürgősségi ügyelet fogalma**

Jelen feltételek alkalmazásában azonnali ellátási esetek ellátására az állami egészségügyi rendszeren belül kialakított és működtetett egészségügyi szolgáltató, mely a napi munkarenden kívül bekövetkező és szükséges esetekben folyamatosan igénybe vehető egészségügyi ellátást nyújt.

#### **10.15. Költségtérítés fogalma**

Jelen feltételek alkalmazásában egészségügyi szolgáltatás költségének - biztosítási szolgáltatásként részben vagy egészben való - megtérítése biztosítási szerződés keretében és az abban foglalt és meghatározott feltételek szerint.

#### **10.16. Szolgáltatás szervezés fogalma**

Jelen feltételek alkalmazásában orvosszakmai szempontból szükséges (jelen feltételben vállalt) egészségügyi szolgáltatások (járóbeteg-szakorvosi ill. diagnosztikai) megszervezése a biztosított részére. Szolgáltatás szervezés 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 szolgáltatás szervező szervezésében vagy tudtával illetve jóváhagyásával igénybevett egészségügyi ellátások nyilvántartása.

#### **10.17. Szolgáltatás szervező fogalma**

Jelen feltételek vonatkozásában az Europ Assistance Magyarország Kft. (székhely: 1132, Budapest, Váci út 36-38.), assistance szolgáltatást nyújtó társaság, a Genertel Biztosító Zrt. megbízottja.

#### **10.18. Ügyeleti ellátás fogalma**

Jelen feltételek vonatkozásában 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 kezdetéig 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.

### **11. A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ÉS A SZOKÁSOS SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL LÉNYEGESEN ELTÉRŐ SZABÁLYOK**

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a Genertel balesetbiztosítási szerződési feltételeknek (FFBF) azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013.évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérnek.

**11.1. Jelen feltételek 2.3.2. és 2.3.3. pontja alapján a biztosító a biztosítási szerződésben a költségtérítés nélküli egészségügyi assistance szolgáltatások (jelen feltételek 5.12.2.1.2. pontja) és a költségtérítéses egészségügyi assistance szolgáltatások (jelen feltételek 5.12.2.2. pontja) kockázatai vonatkozásában várakozási időt**

---

köt ki. Várározási idő kikötése esetén a biztosító kockázatviselése a várározási idő elteltével kezdődik.

11.2. A szerződés létrejötte Jelen feltételek 2.2.7. pontja alapján – a Ptk. 6:443. § (2) bekezdésétől eltérően – az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben szereplő eltérésre a szerződőnek késedelem nélkül, de legfeljebb 15 napon belül van lehetősége kifogását előterjeszteni.

11.3. Változásbejelentés Jelen feltételek 3.2.3. pontja alapján, a Ptk. 6:452.§ (2) bekezdésétől eltérően 5 munkanapon belül kell bejelenteni az ajánlaton közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását.

11.4. Fizesési póthatáridő tűzése, reaktiválás

Jelen feltételek 4.3.1. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:449.§ (1) bekezdésétől – a biztosító a szerződő felet legalább 30 napos póthatáridő tűzésével hívja fel írásban a teljesítésre, amennyiben a szerződő az esedékes biztosítási díjat az esedékesség időpontjától számított 30. napig nem egyenlíti ki.

Jelen feltételek 4.3.3. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:449. § (2) bekezdésétől – a szerződő 6 hónapon belül kérheti a díjfizetés elmulasztása miatt kifizetés nélkül megszűnt szerződés szerinti biztosítási fedezet helyreállítását.

11.5. Jelen feltételek 9.1. pontjában foglalt elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. Jelen szerződésből eredő igények 2 év elteltével évülnek el.

## 12. ZÁRADÉKOK

A szerződésre érvényes záradékok azonosítóját és teljes szövegét a biztosítási ajánlat és a kötvény tartalmazza. A szerződésre alkalmazott Záradékban foglaltak a szerződés részét képezik. Amennyiben a szerződésre alkalmazott Záradékban foglaltak az általános feltételek egyéb rendelkezéseitől eltérnek, úgy a Záradékban foglaltak az irányadóak.

- BALKER Kerekesszék költségtérítés
- BROK11 Sávós baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás térítés Standard módozat esetén
- BROK12 Sávós baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás térítés Medium módozat esetén
- BROK13 Sávós baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás térítés Top módozat esetén
- BROK14 Sávós baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás térítés Gyerek módozat esetén
- HB25/D Három évre kötött szerződés

## 13. SZOLGÁLTATÁSI TÁBLÁZATOK

## Standard

Biztosítási esemény	Egészségkárosodás mértéke %		Biztosítási összeg	Területi hatály
Baleseti halál		x	12 000 000 Ft	világ
Baleseti maradandó egészségkárosodás (sávos térítéssel)	10-35%	x	6 000 000 Ft	világ
	36-66%	x	10 000 000 Ft	világ
	67-100%	x	20 000 000 Ft	világ
Baleseti maradandó egészségkárosodás esetén kerekesszék térítése (min. 30%)		x	500 000 Ft	világ
Baleseti kórházi napidíj (már az 1. naptól)		x	8 000 Ft	világ
Baleseti műtéti térítés		x	500 000 Ft	világ
Csonttörés		x	50 000 Ft	világ
Égési sérülés		x	500 000 Ft	világ
Baleseti plasztikai műtéti térítés		x	750 000 Ft	világ
Egészségügyi assistance szolgáltatások Teledoktor (0-24 Információs vonal) Szakorvosi vizsgálatok szervezése költségtérítés nélkül Diagnosztikai vizsgálatok szervezése költségtérítés mellett (MRI, CT, PET-CT)		x	250 000 Ft	Magyarország
Baleseti keresőképtelenség a 28. naptól (egyszeri)		x	100 000 Ft	világ
Kullancs okozta bénulás		x	1 000 000 Ft	világ
Rehabilitációs támogatás		x	2 500 000 Ft	világ

## Medium

Biztosítási esemény	Egészségkárosodás mértéke %		Biztosítási összeg	Területi hatály
Baleseti halál		x	15 000 000 Ft	világ
Baleseti maradandó egészségkárosodás (sávos térítéssel)	10-35%	x	10 000 000 Ft	világ
	36-66%	x	15 000 000 Ft	világ
	67-100%	x	30 000 000 Ft	világ
Baleseti maradandó egészségkárosodás esetén kerekesszék térítése (min. 30%)		x	500 000 Ft	világ
Baleseti kórházi napidíj (már az 1. naptól)		x	14 000 Ft	világ
Baleseti műtéti térítés		x	750 000 Ft	világ
Csonttörés		x	75 000 Ft	világ
Égési sérülés		x	750 000 Ft	világ
Baleseti plasztikai műtéti térítés		x	1 500 000 Ft	világ
Egészségügyi assistance szolgáltatások Teledoktor (0-24 Információs vonal) Szakorvosi vizsgálatok szervezése költségtérítés nélkül Diagnosztikai vizsgálatok szervezése költségtérítés mellett (MRI, CT, PET-CT)		x	250 000 Ft	Magyarország
Baleseti keresőképtelenség a 28. naptól (egyszeri)		x	150 000 Ft	világ
Kullancs okozta bénulás		x	2 000 000 Ft	világ
Rehabilitációs támogatás		x	3 500 000 Ft	világ

## Top

Biztosítási esemény	Egészségkárosodás mértéke %		Biztosítási összeg	Területi hatály
Baleseti halál		x	20 000 000 Ft	világ
Baleseti maradandó egészségkárosodás (sávos térítéssel)	10-35%	x	15 000 000 Ft	világ
	36-66%	x	22 000 000 Ft	világ
	67-100%	x	40 000 000 Ft	világ
Baleseti maradandó egészségkárosodás esetén kerekesszék térítése (min. 30%)		x	500 000 Ft	világ
Baleseti kórházi napidíj (már az 1. naptól)		x	20 000 Ft	világ
Baleseti műtéti térítés		x	1 000 000 Ft	világ
Csonttörés		x	100 000 Ft	világ
Égési sérülés		x	1 000 000 Ft	világ
Baleseti plasztikai műtéti térítés		x	2 500 000 Ft	világ
Egészségügyi assistance szolgáltatások Teledoktor (0-24 Információs vonal) Szakorvosi vizsgálatok szervezése költségtérítés nélkül Diagnosztikai vizsgálatok szervezése költségtérítés mellett (MRI, CT, PET-CT)		x	250 000 Ft	Magyarország
Baleseti keresőképtelenség a 28. naptól (egyszeri)		x	200 000 Ft	világ
Kullancs okozta bénulás		x	2 500 000 Ft	világ
Rehabilitációs támogatás		x	5 000 000 Ft	világ

## Gyerek

Biztosítási esemény	Egészségkárosodás mértéke %		Biztosítási összeg	Területi hatály
Baleseti halál		x	1 000 000 Ft	világ
Baleseti maradandó egészségkárosodás (sávos térítéssel)	10-35%	x	8 000 000 Ft	világ
	36-66%	x	18 000 000 Ft	világ
	67-100%	x	40 000 000 Ft	világ
Baleseti maradandó egészségkárosodás esetén kerekesszék térítése (min. 30%)		x	500 000 Ft	világ
Baleseti kórházi napidíj (már az 1. naptól)		x	25 000 Ft	világ
Baleseti műtéti térítés		x	1 000 000 Ft	világ
Csonttörés		x	125 000 Ft	világ
Égési sérülés		x	1 250 000 Ft	világ
Baleseti plasztikai műtéti térítés		x	2 500 000 Ft	világ
Egészségügyi assistance szolgáltatások Teledoktor (0-24 Információs vonal) Szakorvosi vizsgálatok szervezése költségtérítés nélkül Diagnosztikai vizsgálatok szervezése költségtérítés mellett (MRI, CT, PET-CT)		x	250 000 Ft	Magyarország
Baleseti keresőképtelenség a 28. naptól (egyszeri)			-	
Kullancs okozta bénulás		x	5 000 000 Ft	világ
Rehabilitációs támogatás		x	5 000 000 Ft	világ

**14. „A” MELLÉKLET  
MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS**

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra és a közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás jelen feltételekben hivatkozott táblázata a biztosító szolgáltatásának meghatározásához.

Jelen táblázat célja, hogy szemléltesse a biztosítási szolgáltatás megállapításának elvét. A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek érzékszervek	Egészségkárosodás mértéke %
egy kar vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egy kar könyökizület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik kar könyökizület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
bármely más kézüjj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
egyik comb csípőizületben történő elvesztése vagy a csípőizület teljes működésképtelensége	70%
egyik comb részleges csonkolása vagy a térdizület teljes működésképtelensége	60%
egyik lábszár részleges csonkolása	50%
egyik bokaizület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, ha a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	65%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	45%
a szaglőrzék teljes elvesztése	10%
az izlelőképesség teljes elvesztése	5%

**15. „B” MELLÉKLET**  
**A MŰTÉTEK KIVONATOS LISTÁJÁT TARTALMAZÓ TÁJÉKOZTATÓ DOKUMENTUM**

<b>A baleseti műtéti térítés esetében a biztosító térítése biztosítási esemény bekövetkezésekor:</b>	
1. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 100%-a	100%
2. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 50%-a	50%
3. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 25%-a	25%
4. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 15%-a	15%
5. csoportba tartozó műtétek nem térített műtétek.	
Abban az esetben, ha a biztosítottnal az 5. csoportba sorolt műtétet hajtják végre, a biztosító nem nyújt szolgáltatást.	

<b>Műtéti lista térítési kategóriánként, és a biztosítási összeg térítésének százalékos mértéke:</b>	
<b>az 1. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 100%-a</b>	
– agyállományt/gerincvelő állományt érintő nyitott műtétek – nyitott szívsebészeti műtétek – szervátültetés	100%
<b>a 2. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 50%-a</b>	
– fej-nyaki sebészet (nem beleértve bőr, nyálkahártya és ezek alatti elváltozásokat) kivéve pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, tracheostomia – nyitott mellkasi (pl. tüdő, mediastinum, nyelőcső, nyirokcsomó) műtétek, kivéve szívsebészet – szív koszorúér műtétek – mellkasi, hasi aorta és vena cava nyílt műtétei	50%
<b>az 3. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 25%-a</b>	
– pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy műtétek – arc- és agykoponya csontjainak, valamint belső fül műtétei – endoszkópos (pl. thoracoscopos, mediastinoscopos, VATS) mellkasi műtétek – transzvasalis szívsebészeti, mellkasi, hasi aorta és vena cava műtétek – aortából és vena cavából eredő nagyerek nyílt műtétei – hasi, kismedencei műtétek, kivéve diagnosztikus célból, valamint meddőség, terhesség, szülés miatti műtétek – gerincoszlop nyitott műtétei – nagyízületi (váll, könyök, csípő, térd) protézis műtétek – végtagok amputációi csukló, boka és azok magasságától proximálisan	25%



a 4. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 15%-a	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– agyállományt/gerincvelő állományt érintő endoscopos, punctios, drain műtétek, beavatkozások</li> <li>– perifériás idegműtétek</li> <li>– arc lágyrészeinek műtétei (pl. külső- és középfül, nyálmirigyek, orr, orrmelléküregek, nyálmirigyek, nyirokcsomók, nyelv, orr- és garatmandula)</li> <li>– szemészeti műtétek (kivéve látásjavító lézeres szemműtétek)</li> <li>– endoszkópos (pl. thoracoscopos, mediastinoscopos, VATS)</li> <li>– diagnosztikus mellkasi beavatkozások, mintavétellel vagy anélkül</li> <li>– szív pacemaker beültetés</li> <li>– pericardiocentesis – érkatéteres műtétek (pl. stentelések, tágítások)</li> <li>– perifériás artériák és vénák műtétei (beleértve a visszérműtéteket)</li> <li>– mellkasfal és emlő műtétek</li> <li>– diagnosztikus hasi, kismedencei műtétek mintavétellel vagy anélkül</li> <li>– hasfali műtétek</li> <li>– külső nemi szervek, húgycső és végbélnyílás műtétei</li> <li>– nőgyógyászati curettage és méhszáj (cervix) elváltozások műtétei</li> <li>– transuretralis (TUR) prostata és húgyhólyag műtétek</li> <li>– superficialis lymphadectomia</li> <li>– endoszkópos, terápiás beavatkozások (pl. otoscopia, rhinoscopia, bronchosocopia, gastroscopia, colonoscopia, cystoscopia, ureterosocopia, colposcopia, hysterosocopia, stb)</li> <li>– percutan viscerostoma (testüregi sztóma) műtétek</li> <li>– gerincoszlop mikro (minimál invazív) műtétei</li> <li>– arthrosocpos és nyitott ízületi műtétek (kivéve ízületi protézisek)</li> <li>– nem nagyízületi protézis műtétek</li> <li>– csont (beleértve a borda, szegycsont, medence, végtagok) betegségek, sérülések, törések műtétei (kivéve végtagok amputációit)</li> <li>– izom és in betegségek és sérülések miatti műtétek</li> <li>– végtagok amputációi csuklótól, bokától distálisan</li> <li>– szövetátültetés (pl. bőr, szaruhártya, csont, csontvelő, ín, izom hasnyálmirigy, őssejt), kivéve a vérkészítményeket</li> </ul>	15%
az 5-ös csoportba sorolt műtétek nem térített műtétek	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– lézeres látásjavító szaruhártya műtétek</li> <li>– érkatéterezés diagnosztikus célból</li> <li>– bőr és nyálkahártya és azok alatti szövetek sérülésének (pl. varrat, idegentest eltávolítás) ellátása</li> <li>– bőr, nyálkahártya és azok alatti kötőszövet elváltozásainak műtéti eltávolítása (pl. anyajegy, szemölcs, lipoma)</li> <li>– nyitott testüregekből (pl. tápcsatorna, orr, légcső, hörgő, húgyhólyag, hüvely) és szemből idegentest eltávolítás</li> <li>– endoszkópos beavatkozások (pl. otoscopia, rhinoscopia, bronchosocopia, gastroscopia, colonoscopia, cystoscopia, ureterosocopia, colposcopia, hysterosocopia, stb)</li> <li>– diagnosztikus célból, szövettani mintavétellel vagy anélkül</li> <li>– arthrosocopia diagnosztikus célból</li> <li>– fogászati beavatkozások</li> <li>– esztétikai beavatkozások, műtétek</li> <li>– meddőség, terhesség, szülés miatti beavatkozások, műtétek</li> <li>– percutan szövettani mintavétel, punctio, drain az agy kivételével bármely szervből</li> </ul>	

**Genertel Biztosító Zrt.**  
Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 999  
Telefonos ügyfélszolgálat: 06 (1) 288 0000  
[www.genertel.hu](http://www.genertel.hu)