

# TopMed

szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási  
szerződés általános feltételei

Hatályos: 2007. április 2-től



**GENERALI**



## Tartalomjegyzék

1. § Értelmező rendelkezések.....	2
2. § Általános rendelkezések.....	3
2.1. A biztosítási szerződés alanyai (a biztosító, a szerződő és a biztosított).....	3
2.2. A szerződés létrejötte.....	4
2.3. A szerződés megszűnése.....	4
2.4. A szerződés területi hatálya.....	5
2.5. A biztosítási szerződés tartama, biztosítási időszak.....	5
2.6. A szerződő és a biztosított közlési és változás-bejelentési kötelezettsége.....	5
2.7. Biztosítási díj.....	5
2.8. A biztosítási díj megállapítása.....	6
2.9. Tarifaváltás és díjigazítás.....	6
3. § Biztosítási védelem.....	7
3.1. Biztosítási esemény.....	7
3.2. A biztosító szolgáltatása.....	8
4. § A biztosító teljesítésének feltételei.....	8
4.1. A biztosítási esemény bejelentése és határideje.....	8
4.2. A biztosító teljesítésének esedékessége.....	9
4.3. Eljárás véleménykülönbség esetén.....	9
4.4. Közvetítői eljárás.....	9
4.5. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események.....	9
4.6. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól.....	10
5. § Egyéb rendelkezések.....	11
5.1. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alaki követelményei és hatályosságának feltételei.....	11
5.2. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése.....	11
5.3. A panaszok bejelentése - panaszforum.....	11
5.4. Személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók.....	11

Jelen általános feltételek (továbbiakban: feltételek) – ellenkező megállapodás hiányában – a Generali-Providencia Zrt. (továbbiakban: biztosító) szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződéseire vagy szerződéseinek szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződést (továbbiakban: szerződés, vagy egészségbiztosítási szerződés) a jelen feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. Jelen feltételek alapján létrejövő egészségbiztosítási szerződés részét képezi a szerződő, a biztosított és a biztosító között megkötött „Megbízás szűrővizsgálat elvégzésére” című szerződés (továbbiakban Megbízás) és annak mellékletei: a „Szűrési protokoll” (1. melléklet, továbbiakban Szűrési protokoll melléklete), a „Szolgáltatások listája” (2. melléklet, továbbiakban Szolgáltatások melléklete), a „Választható egészségügyi szolgáltatók listája” (3. melléklet, továbbiakban Szolgáltatói lista).

## 1. § Értelmező rendelkezések

Jelen feltételek alkalmazásában:

- 1.1. Betegség az orvostudomány általánosan elismert állása szerinti rendellenes testi vagy szellemi állapot.
- 1.2. 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.
- 1.3. Egészségügyi ellátás az egészségügyi hatóság (magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet) által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely a biztosított egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul; így a jelen feltételek rendelkezéseinek, különösen

a jelen bekezdés szabályainak megfelelő:

a Szűrési protokoll mellékletében meghatározott orvosi vizsgálat, a Szolgáltatások mellékletében szereplő rendelkezésre állás, járóbeteg-ellátás, fekvőbeteg-ellátás, sürgős szükség esetében végzett egészségügyi szolgáltatás. Egészségügyi ellátásnak minősülnek a szerződés, különösen a jelen feltételek rendelkezéseinek megfelelő: a gyógyszerekkel, kötszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel (így a látásjavító eszközökkel is), a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos hatályos jogszabályok szerinti tevékenységek, a mentés, a fogászati ellátás, a szemészeti ellátás, a hazaszállítás, a betegszállítás, a halottak szállítását szabályozó hatályos jogszabályok szerinti halottszállítás, továbbá a Szolgáltatások mellékletében tételesen megadott egyéb egészségügyi ellátások is.

- 1.4. Egészségügyi szolgáltató a jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet, aki, amely az egészségügyi hatóság (magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet) által elismert, és akinek, amelynek a működése engedélyezett Magyarországon.
- 1.5. Jelen feltételek szempontjából nem minősülnek egészségügyi szolgáltatóknak - még abban az esetben sem, ha azokban egészségügyi ellátást végeznek - a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmeorvos állapotú és egyéb pszichiátriai betegek gyógy- és gondozóintézetei, geriatriai, krónikus intézetek, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények (a továbbiakban együtt: egyéb egészségügyi intézmények), illetve orvosi ellátást végző intézménynek a jelen pontban meghatározott egyéb egészségügyi intézmények jellegének megfelelő szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.
- 1.6. A kijelölt egészségügyi szolgáltató az az egészségügyi szolgáltató, melyet a szerződő a biztosított hozzájárulásával írásban megjelöl a Szolgáltatói listán felsorolt, a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatók közül.
- 1.7. A Szolgáltatói lista változhat. A módosuló listát a biztosító elektronikus formában honlapján ([www.general.hu](http://www.general.hu)) legkésőbb a módosult

- Szolgáltatói listának a hatályba lépését megelőző 60 nappal teszi hozzáférhetővé.
- 1.8. Ha a kijelölt egészségügyi szolgáltató nem szerepel a módosult Szolgáltatói listán, akkor erről a biztosító legkésőbb a lista hatálybalépését megelőző 30 nappal írásban értesíti a szerződőt. Ebben az esetben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban, a biztosítónak tett nyilatkozatával vagy újabb kijelölt egészségügyi szolgáltatót jelöl meg a biztosított aláírásával igazoltan a módosult Szolgáltatói lista alapján, vagy felmondja a szerződést (díj visszatérítésének igénye nélkül) a módosult Szolgáltatói lista hatálybalépésének a napjára. Ennek illetve ezeknek az elmaradása esetén a biztosító jelöl meg újabb kijelölt egészségügyi szolgáltatót a módosult Szolgáltatói lista alapján. A szerződés - ebben a pontban szereplő - változtatásai miatt a biztosítás díja nem változik.
  - 1.9. A szerződő minden biztosítási évben egyszer kérheti kijelölt egészségügyi szolgáltatójának a biztosítási évfordulótól történő megváltoztatását a hatályos Szolgáltatói lista alapján. Ezt a kérelmet a szerződő a biztosított írásbeli hozzájárulásával, a biztosítóhoz írásban intézett nyilatkozatával - legkésőbb 30 és legkorábban 60 nappal a biztosítási évfordulót megelőzően - teheti meg. A szerződés - ebben a pontban szereplő - változtatása miatt a biztosítás díja nem módosul.
  - 1.10. Járóbeteg-ellátásban részesül az a személy, aki betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált olyan szakorvosi beavatkozást igénylő egészségügyi ellátást kap, amely nem minősül fekvőbeteg-ellátásnak.
  - 1.11. Fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált egészségügyi ellátás igénybevétele céljából az ellátást végző egészségügyi szolgáltató intézményébe több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy az intézménybe való felvétele, illetve elbocsátása napja között minden éjszakát az intézményben tölt egészségügyi ellátásával összefüggésben. Az egészségügyi szolgáltató intézményébe való felvétel több napra szól, ha az intézményből való elbocsátás későbbi napon történik, mint az intézménybe való felvétel.
  - 1.12. Sürgős szükség az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a biztosított közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.
  - 1.13. Elfinanszírozott egészségügyi ellátás a biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltató által nyújtott - a jelen feltételekben, illetve a Szolgáltatások mellékletében foglaltaknak megfelelő - olyan egészségügyi ellátás, amelynek költségét közvetlenül megtérítette a biztosítótól eltérő személy.
- 1.14. A biztosított nyilatkozat az az írásbeli dokumentum, amely tartalmazza a biztosított személy egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatait, így különösen a szerződés megkötéséhez való hozzájáruló nyilatkozatát, a biztosított jogaira és kötelezettségeire vonatkozó tájékoztatást, a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést, illetve a biztosítottnak a szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos engedményező nyilatkozatát. A biztosított nyilatkozat az egészségbiztosítási szerződés részét képezi.
- ## 2. § Általános rendelkezések
- 2.1. A biztosítási szerződés alanyai (a biztosító, a szerződő és a biztosított)
    - 2.1.1. Biztosító, a Generali-Providencia Zrt. (továbbiakban: biztosító), amely a biztosítási díj ellenében a szerződésben meghatározott tartam alatt viseli a biztosítási kockázatot, és a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.
    - 2.1.2. Szerződő az a fél, akivel a biztosító a biztosítási szerződést megkötö, és aki a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.
    - 2.1.3. Biztosított az a természetes személy, akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön.
    - 2.1.4. Jelen biztosítási feltételek alkalmazásában, kivéve, ha a szerződésben/kötvényen másként nem rendelkeznek, biztosított csak olyan természetes személy lehet, aki a szerződés hatálybalépésekor első életévét betöltötte, de 65. életévét még nem érte el.
    - 2.1.5. Jelen biztosítási feltételek alkalmazásában, kivéve, ha a szerződésben/kötvényen másként nem rendelkeznek, biztosított csak olyan természetes személy lehet, aki a jelen feltételek részét képező SPOF04-es kódszámú záradék szabályozásainak megfelel.
    - 2.1.6. Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, a szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
    - 2.1.7. A biztosított a szerződő írásbeli beleegyezésével a szerződésbe szerződként bármikor beléphet. Amennyiben a szerződés a szerződő felmondása vagy a díjfizetés elmulasztása miatt megszűnne, a biztosított a biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozatával a szerződő helyébe léphet. A belépés időpontja az a nap, amelyen a szerződés megszűnt volna. Ilyen esetekben a folyó díjfizetési időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződővel egyetemlegesen felelős.

2.1.8. A nem előfinanszírozott, valamint a kijelölt egészségügyi szolgáltató által előfinanszírozott egészségügyi ellátásokra vonatkozóan a biztosított a biztosítási szolgáltatásra való jogát írásban engedményezi az egészségügyi ellátásról számlát kiállító egészségügyi szolgáltatóra, így különösen a kijelölt egészségügyi szolgáltatóra az olyan egészségügyi ellátások tekintetében, melyekről a számlát a kijelölt egészségügyi szolgáltató állította ki.

2.1.9. A nem a biztosított vagy a kijelölt egészségügyi szolgáltató által előfinanszírozott egészségügyi ellátás tekintetében a biztosított írásban, a biztosítóhoz intézett nyilatkozatával engedményezheti a biztosítási szolgáltatásra való jogát arra a személyre, aki az egészségügyi ellátást előfinanszírozta.

## 2.2. A szerződés létrejötte

2.2.1. A szerződés a szerződő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre, feltéve, hogy a biztosítás első díját megfizették.

2.2.2. A szerződés megkötésének, és így a biztosító ajánlattételének feltétele a biztosított szűrővizsgálatának előzetes elvégzése, a biztosított és szerződő nyilatkozatainak megtétele, és a kockázatbírálás elvégzése.

2.2.3. A szűrővizsgálatot a biztosító szervezi meg a biztosított részére a kijelölt egészségügyi szolgáltatónál. A szűrővizsgálat időpontja (utolsó napja, ha több napot igényel) nem lehet későbbi, mint a Megbízás aláírásának napját követő 30. nap.

2.2.4. Ha a szerződés létrejön, akkor a biztosító, biztosítási szolgáltatóként, a szűrővizsgálat költségét megtéríti.

2.2.5. A biztosított a szűrővizsgálat alkalmával egészségi állapotáról is köteles nyilatkozatot tenni (egészségi nyilatkozat), hogy egészségi státuszát a biztosító fel tudja mérni, és a biztosítottra vonatkozó kockázatát el tudja bírálni. A szűrővizsgálat a Szűrési protokoll mellékletében szereplő, a biztosított korának és nemének megfelelő részekből áll, ezen belül az Orvosi vizsgálati jelentés című nyomtatvány kitöltéséből, melynek részét képezi a biztosított orvos előtt tett egészségi nyilatkozata, a biztosított fizikális vizsgálata, valamint a kiegészítő vizsgálatok, a kijelölt szolgáltató (további orvosi vizsgálatok eredményét és a biztosított által rendelkezésére bocsátott orvosi, egészségügyi dokumentumok tartalmát is felhasználó) összefoglaló orvosi vizsgálati jelentése. A szűrést követően a biztosító a biztosított

szűrővizsgálatának eredményét, az Orvosi vizsgálati jelentés nyomtatvány tartalmát figyelembe véve kockázatbírálást végez, ehhez a biztosított további kiegészítő orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait is kérheti, melyek költségét a biztosító viseli. A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.

2.2.6. A biztosított egészségi állapotának felmérését szolgáló nyilatkozatában, illetve más írásos nyilatkozatában a biztosított köteles minden olyan körülményt a valóságnak megfelelően közölni a biztosítóval, amelyre vonatkozóan a biztosító kérdéseket tett fel, illetve amelyre vonatkozóan a biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta.

2.2.7. A kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító kötvény kiállításával egészségbiztosítási ajánlatot tesz a szerződő részére, vagy a szerződőt írásban értesíti, hogy nem tudja vállalni a kockázatot, azaz nem tesz ajánlatot. Ebben az esetben az egészségbiztosítási szerződés nem jön létre.

2.2.8. A biztosító ajánlatához 15 napig kötve van. A kockázatviselés kezdete, ellenkező megállapodás hiányában, nem korábbi, mint a szűrővizsgálat elvégzésének napját követő 30. napot követő hónap elseje.

2.2.9. A szerződés létrejön, és a kockázatviselés a kötvényen meghatározott időpontban megkezdődik, ha a szerződő az ajánlatot az ajánlati kötöttség időtartama alatt az első díj befizetésével elfogadja. A szerződés létrejöttének napja az első díj megfizetésének napja.

2.2.10. A biztosító a jelen feltételekben szabályozott kizárások mellett a kockázatbírálás eredményeként egyéb kizárásokat is alkalmazhat az ajánlatában, amelyeket a biztosító a kötvényen tételesen felsorolva tüntet fel.

## 2.3. A szerződés megszűnése

2.3.1. A szerződés megszűnik az alábbi időpontokban és esetekben:

- a.) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betöltötte – ezt a biztosító a kötvényen rögzíti, vagy
- b.) a díjfizetés elmulasztása esetén, az első elmaradt díj esedékességétől számított 30. nap elteltével, vagy
- c.) közlési kötelezettség megsértése esetén (lásd: 2.6.7.), vagy
- d.) a biztosított halála esetén, a halál időpontjában, vagy
- e.) felmondással.  
A szerződést bármelyik fél felmondhatja írásban a biztosítási időszak (2.5.1.)

végére. A felmondási idő 30 nap. A szerződés felmondása esetén a felmondási idő utolsó napján 24 órakor a biztosító kockázatviselése véget ér.

#### 2.4. A szerződés területi hatálya

2.4.1. A biztosító kockázatviselése a Magyar Köztársaság területére terjed ki.

#### 2.5. A biztosítási szerződés tartama, biztosítási időszak

2.5.1. Az egészségbiztosítási szerződést a felek határozatlan tartamra kötik, és ezt a biztosítási kötvényen rögzítik. A díjfizetés technikai kezdete, amely a kockázatviselés kezdete is, a biztosítási kötvényen megjelölt időpont. A biztosítási évforduló napja a technikai kezdet naptári napja minden biztosítási id. szakban. A biztosítási időszak egy év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számítva egy évig tart (biztosítási év).

#### 2.6. A szerződő és a biztosított közlési és változás-bejelentési kötelezettsége

2.6.1. A szerződő és a biztosított köteles közlési és változás-bejelentési kötelezettségének eleget tenni.

2.6.2. A közlési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított kötelesek a szerződés létrejötte előtt a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a biztosító által rendszeresített formanyomtatványon szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

2.6.3. A biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a biztosított egészségi állapotára, munka- és sporttevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő.

2.6.4. Az orvosi vizsgálat elvégzése a szerződőt, illetve a biztosítottat közlési kötelezettsége alól nem mentesíti.

2.6.5. A változás-bejelentési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított kötelesek a biztosítás tartama alatt 8 munkanapon belül írásban bejelenteni a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását. Lényeges körülmény az, amire a biztosító írásban kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a szerződő, illetve a biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta. A felek változás-bejelentési kötelezettsége különösen a szerződő, illetve a biztosított

névének, címének, levelezési címének, illetve a biztosított munka- és sporttevékenységének megváltozására vonatkozik. A biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a biztosítónak bejelenteni.

2.6.6. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetében a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződés megkötésekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

Azt, hogy az említett esetek valamelyike fennáll, annak kell bizonyítani, aki azokra hivatkozik.

2.6.7. Ha a szerződést érintő lényeges körülményekről a biztosító a szerződés létrejötte után szerez tudomást, akkor a tudomására jutásától számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg - ha a kockázatot a szerződés értelmében nem vállalhatja - a szerződést 30 napos felmondási idővel írásban felmondhatja.

2.6.8. Ha a szerződő és a biztosított a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra a kézbesítéstől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, feltéve, hogy a biztosító erre a jogkövetkezményre a szerződő és a biztosított figyelmét a módosító javaslat közlésekor írásban felhívta. Ha a biztosító e jogaival nem él, a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.

#### 2.7. Biztosítási díj

2.7.1. A biztosítási díj a biztosító által vállalt kötelezettségek (így különösen a kockázatviselés) ellenértéke. A szerződés rendszeres éves díjú. A biztosítási időszakra vonatkozó díj évestől eltérő részletekben is fizethető. A díjfizetés gyakoriságát a szerződésben határozzák meg, a választható fizetési gyakoriságokat a hatályos díjszabás tartalmazza. A havitól eltérő gyakoriságú fizetési ütem esetén a biztosító a szerződés díjából engedményt ad, a fizetési ütemtől függő kedvezmény mértékét a szerződés technikai kezdetén hatályos díjszabása tartalmazza. A szerződő kérheti a biztosítótól a díjfizetése gyakoriságának biztosítási évfordulótól hatályos megváltoztatását - a biztosítási évforduló előtt legalább 60 nappal írásban benyújtott - erre vonatkozó kérelmével.

2.7.2. A biztosítás első díja, az ajánlati kötvény átvételét követő 15 napon (ajánlati kötöttség időtartama) belül esedékes. Minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

2.7.3. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díj (díjrészlet) a biztosító számlájára beérkezik.

2.7.4. A biztosítási díj esedékességétől számított 30. nap elteltével a szerződés megszűnik, tehát a biztosító kockázatviselése ebben az időpontban véget ér, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, és a szerződő halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító a díjkövetelést hatósági úton nem érvényesítette.

## 2.8. A biztosítási díj megállapítása

2.8.1. A biztosító a szerződés megkötésekor a biztosított életkorát (belépési kor) úgy állapítja meg, hogy a díjfizetés technikai kezdetének (2.5.1.) évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

2.8.2. A biztosítási díj kiszámítása az első biztosítási időszakra vonatkozóan a biztosítónak, a biztosítási időszak első napján hatályos díjszabása alapján, különösen a biztosított belépési korának, nemének, munka- és sporttevékenységének, a biztosított kockázatelbírálása során feltárt egészségi állapotának (lásd: 2.8.5), a Szolgáltatások mellékletében leírt szolgáltatási körnek, szolgáltatás típusoknak, a szolgáltatási korlát(ok)nak, az önrész(ek)nek és a szolgáltatási csomagoknak a figyelembevételével történik.

A szolgáltatási kör a biztosítással fedezett egészségügyi ellátások összessége. Szolgáltatás típus az orvosszakmai, egészségügyi szempontból egy csoportba sorolható – biztosítással fedezett – egészségügyi ellátások együttese. A szolgáltatás típusokat a Szolgáltatások melléklete tartalmazza. A szolgáltatási csomagok szolgáltatás típusokból álló, és ezekhez vagy ezek bizonyos csoportjaihoz rendelt szolgáltatási korlátokkal és önrészekkel jellemezhető, a biztosítás keretében választható TopMed egészségbiztosítás fajtái. A szolgáltatási csomagokat szintén a Szolgáltatások melléklete tartalmazza (táblázatos formában).

2.8.3. A kockázatelbírálás eredményeként a biztosító a díjszabásban szereplő díjat pótdíjjal is növelheti. Ha a kockázatelbírálás eredményeként a biztosító pótdíjat alkalmaz, akkor erről ajánlattételkor írásban tájékoztatja a szerződőt. A pótdíjat a biztosító a biztosított egészségi állapotában tartam közben

bekövetkezett változása miatt nem módosítja.

2.8.4. A biztosító a szerződés tartama alatt – a második biztosítási évtől kezdődően minden biztosítási időszakra vonatkozóan - a biztosított életkorát (aktuális kor) úgy állapítja meg, hogy a biztosítási időszak kezdetének, azaz a biztosítási évforduló dátumának évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

2.8.5. A biztosítási díj minden biztosítási időszakra vonatkozóan – díjigazításra is tekintettel (2.9.5.), ha díjigazítást is végrehajt a biztosító, a szerződésben alkalmazott pótdíj(ak), pótlék(ok) és kedvezmény(ek) figyelembevételével - a biztosított aktuális korának megfelelően változik (aktuális kortól függően növekszik vagy csökken) a biztosítónak a biztosítási időszak első napján hatályos díjszabása alapján (díjmódosítás). A biztosított tartam közben megváltozott egészségi állapota miatt a díjat a biztosító nem módosítja.

2.8.6. Ha díjmódosítás történik, akkor a biztosító a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal értesítést küld a szerződőnek a díjmódosításról. Ha a szerződő a módosítást, az erről szóló értesítés kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban nem utasítja el, a biztosítási szerződés az évfordulókor a díjmódosításnak megfelelő tartalommal marad hatályban.

2.8.7. Ha a szerződő a díjmódosítást a határidőn belül írásban, a biztosítóhoz intézett nyilatkozatával elutasítja, akkor a biztosítási szerződés megszűnik a biztosítási évfordulón.

## 2.9. Tarifaváltás és díjigazítás

2.9.1. A biztosítások költségfedező képességének megőrzése és a kockázatarányos díj elvének alkalmazása érdekében a biztosító naptári évenként egyszer, a TopMed egészségbiztosítás szolgáltatási körét, szolgáltatás típusait, szolgáltatási korlátait, önrészeit (lásd: Szolgáltatások melléklete), a díjszabásában szereplő díjait módosíthatja. Ha ezek közül legalább egy megváltozik vagy új szolgáltatási csomagot ad meg a biztosító, akkor a biztosító tarifaváltást hajt végre (továbbiakban: tarifaváltás). A tarifaváltásról szóló tájékoztatást és a tarifaváltás szabályait a biztosító legkésőbb a tarifaváltás hatályba lépését megelőző 30. napon teszi közzé elektronikus formában a biztosító honlapján ([www.general.hu](http://www.general.hu)).

2.9.2. Tarifaváltásra akkor kerülhet sor, ha az alábbi, a TopMed egészségbiztosításokat befolyásoló tényezők közül legalább egy megváltozik: a szolgáltatások köre, a szolgáltatás típusok fajtái, szolgáltatási

csomagok, a biztosítással fedezett szolgáltatások költségei, a szolgáltatások igénybevételenek statisztikai gyakorisága.

- 2.9.3. Tarifaváltáskor a biztosító a díjszabásában levő módosított díjakat, ha azok változnak, aktuális korokra, nemekre, a biztosításból nem kizárt munka-, és sporttevékenységekre, a szolgáltatási korlát(ok)ra, az önrész(ek)re, a szolgáltatások körére, a szolgáltatás típusokra, a szolgáltatási csomagokra, a biztosítással fedezett szolgáltatások költségeinek a módosulására, a szolgáltatások igénybevétele statisztikai gyakoriságának módosulására tekintettel, biztosítási matematikai elvek és módszerek szerint számolja ki.
- 2.9.4. Tarifaváltáskor a díjszabásban szereplő díjak - a biztosításból nem kizárt munka-, és sporttevékenységek figyelembevételével - aktuális kor, nem, szolgáltatási csomag szerinti bontásban szerepelnek.
- 2.9.5. A biztosító jogosult – a biztosítási évfordulón hatályba lépően - az egészségbiztosítási szerződésre vonatkozóan (szolgáltatási csomagváltás nélkül is) a tarifaváltást végrehajtani (továbbiakban: díjigazítás). Ennek következtében csak a szolgáltatási csomag szolgáltatási köre, szolgáltatási korlátai(i), önrészei, szolgáltatástípusai és a TopMed egészségbiztosítás díjszabásában feltüntetett díjai változhatnak.
- 2.9.6. A tarifaváltás következtében szükségessé vált díjigazítás illetve a szolgáltatási korlátok változtatásának elsődleges alapja a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) által megadott egészségügyi árindex alapján számított, az adott naptári év március első napját megelőző 12 hónap havi egészségügyi árindexeinek a szorzata (továbbiakban: indexszám). Az így kiszámított indexszám érvényességi ideje 12 hónap.  
Ha a biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató(k)nál a biztosítás terhére igénybe vehető egészségügyi ellátások díjainak az előző évhez viszonyított átlagos változása magasabb az indexszám mértékénél, akkor a változás százalékos értéke az alapja a díjigazításnak illetve a szolgáltatási korlát(ok) megváltoztatásának. A biztosítással fedezett egészségügyi ellátások igénybevétele gyakoriságának megállapításánál a KSH ide vonatkozó statisztikai mellett a biztosító TopMed egészségbiztosításra vonatkozó statisztikai is irányadók.
- 2.9.7. Ha díjigazítás történik, akkor a biztosító a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal értesítést küld a szerződőnek a szerződés díjigazítás miatti összes lényeges módosításáról. Ha a szerződő a módosítást,

az erről szóló értesítés kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban nem utasítja el, a biztosítási szerződés az évfordulókor a díjigazításnak megfelelő tartalommal, a 2.8.5. pont szabályozását is figyelembe véve módosul.

- 2.9.8. Ha a szerződő a díjigazítást a határidőn belül írásban, a biztosítóhoz intézett nyilatkozatával elutasítja, akkor a biztosítási szerződés megszűnik a biztosítási évfordulón.

### 3. § Biztosítási védelem

#### 3.1. Biztosítási esemény

- 3.1.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt betegség vagy baleset miatti, a szerződésben meghatározott egészségügyi ellátása a szerződés területi hatálya alá eső egészségügyi szolgáltatónál. Biztosítási eseménynek csak az olyan egészségügyi ellátás minősül, amelyet a szerződésben megnevezett kijelölt egészségügyi szolgáltatónál, vagy rajta keresztül, a szolgáltató irányításával és rendelkezéseinek megfelelően vett igénybe a biztosított, vagy amelyet sürgős szükség esetében végeztek a területi hatály alá eső, és a jelen feltételek szabályozásainak megfelelő egészségügyi szolgáltatónál.
- 3.1.2. A biztosítási esemény időpontja az egészségügyi ellátás igénybevételenek első napja. Orvosszakmai szempontból egy biztosítási eseménynek az azonos egészségkárosodási, megbetegedési okra, okokra ill. egészségi problémára visszavezethető, a jelen feltételek 1.3. pontjában foglalt szabályozásoknak megfelelő egészségügyi ellátások minősülnek, ha egy napon vagy egy gyógykezelés keretében történtek, és ugyanabba a szolgáltatás típusba tartoznak.
- 3.1.3. Ha a biztosított nem a szerződésében megjelölt kijelölt egészségügyi szolgáltatójánál részesül az egészségügyi ellátásban, akkor az ellátás költségét a biztosított köteles megtéríteni, illetve előfinanszírozni, kivéve, ha az egészségügyi szolgáltató ettől eltekint az egészségbiztosítási szerződéssel fedezett szolgáltatások vonatkozásában, mert a biztosított az adott esetre engedélyezte a biztosítási szolgáltatásra vonatkozó jogát az egészségügyi szolgáltatóra.
- 3.1.4. A biztosítottnak a kockázatviselés kezdetét megelőzően diagnosztizált betegsége, kialakult egészségi problémája vagy bekövetkezett balesete következményeként a kockázatviselés alatt szükségessé vált egészségügyi ellátása kizárólag abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha a



biztosító azt a szerződésben nem zárta ki a kockázatviselése köréből, és

- a.) ha az említett betegségről, egészségi problémáról, balesetből fakadó egészségkárosodásról a biztosító a szerződés létrejöttét megelőzően a szűrővizsgálat eredménye alapján, vagy más – bizonyítható módon - tudomást szerzett,
- b.) vagy erről a körülményről a biztosított a kockázatbíráláshoz szükséges nyilatkozataiban a közlési kötelezettségének megfelelően tájékoztatta a biztosítót.

### 3.2. A biztosító szolgáltatása

3.2.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Szolgáltatások mellékletében meghatározott, és a szerződésnek valamint a jelen feltételek 1.3. bekezdésében foglaltaknak megfelelő egészségügyi ellátások költségtérítésére terjed ki a Szolgáltatások mellékletében leírt önrészek levonásával és szolgáltatási korlát(ok) (továbbiakban: limit(ek)) keretén belül a biztosított részére.

3.2.2. A biztosított a második biztosítási évtől kezdődően, kijelölt egészségügyi szolgáltatójánál biztosítási időszakonként egyszer igénybe veheti a Szűrési protokoll mellékletében az életkora és neme szerinti orvosi vizsgálatot (egészségügyi ellátást), melynek költségét a biztosító, biztosítási szolgáltatásként, megtéríti. Az orvosi vizsgálatnak az igénybevétele a biztosított döntésétől függ.

3.2.3. A biztosító szolgáltatásait, szolgáltatási körét, a biztosítási időszakonkénti szolgáltatási korlátokat, biztosítási eseményenkénti önrészeket, esetleg további korlátozásokat, valamint egyéb fontosabb adatokat a kötvény és a Szolgáltatások melléklete együttesen tartalmazza.

3.2.4. A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékét korlátozhatja

- a.) biztosítási időszakra vonatkozó és a Szolgáltatások mellékletében foglalt szolgáltatás típusokhoz együttesen rendelt szolgáltatási korlát meghatározásával,
- b.) biztosítási eseményenként és szolgáltatástípushoz rendelt önrész megállapításával.

3.2.5. A szolgáltatási korlát azt jelenti, hogy a biztosító egy biztosítási időszakban a Szolgáltatások mellékletében megadott azon szolgáltatás típusok tekintetében, amelyekre együttesen vonatkozik limit, legfeljebb a szolgáltatási korlát összegét téríti a biztosítási időszakba eső biztosítási eseményekre.

3.2.6. Az önrész azt jelenti, hogy a biztosító a Szolgáltatások mellékletében szereplő azon szolgáltatás típus tekintetében, amelyre vonatkozik az önrész, biztosítási eseményenként az önrésszel megegyező mértékkel csökkentett összeget téríti az egészségügyi ellátás költségéből. Önrész alkalmazására tehát biztosítási eseményenként kerül sor.

3.2.7. Ha a biztosítási időszak alatt több biztosítási esemény történik, az önrész összegét minden biztosítási esemény alkalmával külön-külön kell figyelembe venni.

3.2.8. Az önrész(ek) és a szolgáltatási korlát(ok) adott biztosítási eseményre való alkalmazása a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos szerződés szerint történik.

3.2.9. A biztosító biztosítási szolgáltatását törvényes belföldi (magyarországi) fizetőeszközben teljesíti, átutalással, magyarországi pénzintézetnél vezetett bankszámlára.

### 4. § A biztosító teljesítésének feltételei

#### 4.1. A biztosítási esemény bejelentése és határideje

4.1.1. A biztosítási esemény bekövetkezését kizárólag az előfinanszírozott, vagy a nem kijelölt egészségügyi szolgáltatónál sürgős szükség okán igénybe vett olyan egészségügyi ellátásra vonatkozóan kell bejelenteni, amelynél az ellátást végző egészségügyi szolgáltató a biztosított írásban adott hozzájárulása és szerződése alapján az egészségügyi ellátás költségeinek megtérítését közvetlenül a biztosítóval rendezi. Ezekben az esetekben a biztosított köteles az egészségügyi ellátását követően haladéktalanul számlát kiállíttatni előfinanszírozott ellátások esetén az előfinanszírozó nevére (a számlán a biztosított nevének és a biztosított azonosítására alkalmas személyes adatainak megadásával), a nem előfinanszírozott ellátások esetén a biztosított nevére (a számlán a biztosított nevének és a biztosított azonosítására alkalmas további személyes adatainak megadásával), és az egészségügyi ellátással kapcsolatban keletkezett összes orvosi ill. egészségügyi dokumentumot a szolgáltatást teljesítőtől beszerezni.

4.1.2. Az előző bekezdésben meghatározott egészségügyi ellátásról a biztosított, vagy a szolgáltatási igény előterjesztője- a biztosított írásbeli hozzájárulásával - köteles az egészségügyi ellátásra vonatkozóan a szolgáltatási igényét írásban bejelenteni a biztosítónak az egészségügyi ellátásról kiállított számla keltét követő 15 napon belül.

<p>Az igénybejelentéshez az eredeti számlát és az egészségügyi ellátással összefüggésben keletkezett összes orvosi, egészségügyi dokumentumot illetve azok hiteles fénymásolatát is csatolni kell.</p> <p>4.1.3. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához egyéb egészségügyi dokumentumokat is bekérhet a biztosított személytől. Az egészségügyi ellátással kapcsolatban a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges felvilágosításokat a biztosító részére meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés, valamint a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.</p> <p>4.1.4. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a biztosított a jelen feltételek 4.1. bekezdésében foglalt kötelezettségeinek nem tesz eleget – különösen, ha a bejelentésre nyitva álló határidőt nem tartják be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.</p> <p>4.2. A biztosító teljesítésének esedékessége</p> <p>4.2.1. A biztosító a szerződés alapján a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben, különösen a jelen feltételekben és a Szolgáltatások mellékletében meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát.</p> <p>4.2.2. A biztosított egészségügyi ellátás igénybe vétele alkalmával az egészségügyi szolgáltató részére köteles megadni a szerződés alapján fennálló jogviszonya igazolásához szükséges adatokat, dokumentumokat (személyi azonosításra alkalmas okmányát, a biztosító által a szerződéssel kapcsolatban a biztosítottnak átadott személyre szóló biztosítási kártyát) és a biztosító elérhetőségét. Az egészségügyi szolgáltatóval folytatott előzetes egyeztetése alapján a biztosító az igény jogalapjának fennállása esetén szolgáltatást teljesít az egészségügyi ellátásról kiállított számla és a Szolgáltatások mellékletében foglalt szolgáltatások, térítési limitek és önrészek figyelembevételével.</p> <p>4.2.3. A biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt a jogalap fennállása esetén, az annak elbírálásához szükséges összes okmány beérkezését követő 15 napon belül teljesíti.</p> <p>4.2.4. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve a szolgáltatási igényt elutasíthatja.</p> <p>4.2.5. Amennyiben 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</p>	<p>rendelkezésre álló adatok alapján hoz döntést.</p> <p>4.3. Eljárás véleménykülönbség esetén</p> <p>4.3.1. Amennyiben a biztosított vagy a szerződő, ill. az egészségügyi szolgáltató vitatja a biztosító - szolgáltatási igénnyel kapcsolatos - álláspontját, írásban kérheti a döntés felülbírlását.</p> <p>4.4. Közvetítői eljárás</p> <p>4.4.1. Amennyiben a biztosított vagy a szerződő, ill. az egészségügyi szolgáltató a biztosító döntését a biztosítási szolgáltatás tárgyában nem fogadja el, közvetítői eljárást kezdeményezhet, amely eljárást a hatályos jogszabályok szerint kell lebonyolítani, és ennek eredményeként a felek peren kívüli megegyezésére van lehetőség.</p> <p>4.5. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események</p> <p>4.5.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:  ionizáló sugárzás,  nukleáris energia,  háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások,  kormány elleni puccs vagy puccskísérlés,  zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás,  terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás,  határviellongások, felkelés vagy tüntetés,  felvonulás, sztrájk  kivéve a hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított tüntetésen, felvonuláson, sztrájkon való jogszerű részvételt.  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.</p> <p>4.5.2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, kivéve, ha a szerződésben/kötvényen másként nem rendelkeznek, amelyek oka részben vagy egészben:  a.) a művi terhesség-megszakítás, (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség - megszakítások eseteit illetve</p>
--	---

- a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását),
- b.) a terhességgel összefüggő megbetegedés, kórházi ápolás, ellátás, terhesgondozás,
- c.) a szülés, gyermekágy,
- d.) a kizárólag a meddőség megszüntetésével kapcsolatos műtétek illetve a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos vizsgálatok és beavatkozások,
- e.) sterilizáló műtét és következményei,
- f.) HIV-fertőzéssel okozati összefüggésben álló események,
- g.) nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtét,
- h.) a szexuális úton átvihető betegségek miatti vizsgálatok és kezelések (STD),
- i.) az esztétikai céllal végzett fogászati eljárások, így különösen a 18. életévüket betöltötték fogszabályozása, a fogfehérítés, lézeres fogfehérítés, fogékszer stb.  
(nem minősül esztétikai céllal végzett fogászati eljárásnak a 18 év alattiak fogszabályozása illetve a 18 év felettiak balesetből eredő károsodásainak orvosilag indokolt kezelése, helyreállítása.),
- j.) nem balesetből adódó esztétikai céllal végzett kezelés és sebészeti beavatkozás (betegségből eredően szükséges plasztikai műtét csak a biztosító előzetes írásbeli hozzájárulását követően téríthető),
- k.) az olyan fekvőbeteg-ellátás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat (ez alól kivételt képeznek a biztosító által elrendelt egészségfelmérés részét képező szűrővizsgálatok), a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,
- l.) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása, különösen geriátriai, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, fürdőkúra, fogyókúra(krónikus betegségeknek minősülnek azok a betegségek, melyek az akut tünetek megszűnését követően 30 napon belül sem gyógyulnak meg helyes kezelés ellenére és a továbbiakban is rendszeres orvosi ellenőrzést és/vagy kezelést igényelnek),
- m.) állapotfenntartó infúziós kezelések, (pl.
- n.) akut tünetek nélküli keringésjavító kezelések, vitamin kúrák stb.),
- o.) reumatológiai kezelések, kivéve, ha az akut állapotrosszabbodás megszüntetésére irányulnak,
- p.) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés,
- q.) a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása,
- r.) munkakörökhöz kapcsolódó, a magyarországi jogszabályokban és orvosi javaslatokban rögzített védőoltási kötelezettség elmulasztása,
- s.) alkohol, drog illetve egyéb szenvedélybetegség miatti elvonókúra, pszichoterápia, pszichoanalízis, mentális, depressziós vagy pszichológiai, pszichiátriai betegségek kezelése, terápiája,
- t.) természetgyógyászati kezelés, alternatív gyógyászat, wellness szolgáltatások, az alábbi fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények: TBC, tetanusz, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeóla, hepatitis A, B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, egyéb trópusi betegségek mint malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz, SARS, és madárinfluenza stb.,
- u.) Lyme-kór, kullancs encephalitis, veszettség és ezek következményei,
- v.) olyan esemény, melyet az SPOF04-es kódszámú záradékban kizártak,
- w.) a kockázatelbírálás eredményeként a biztosítási kötvényen felsorolt esetek és események (tétéles kizárás).
- 4.6. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól
- 4.6.1. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási esemény a biztosított öngyilkossági kísérletével okozati összefüggésben áll, még akkor is, ha a cselekmény elkövetésekor a biztosított zavart tudatállapotban volt.
- 4.6.2. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.  
A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha  
- a biztosítási esemény alkohol vagy, kábítószer fogyasztásával, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az

előírásnak megfelelően alkalmazták,  
- a biztosítási esemény idején, balesetből fakadó biztosítási esemény esetén a baleset napján, bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkeztében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció,  
- olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett, és ez a tény a biztosítási esemény, különösen az őt ért baleset bekövetkeztében közrehatott.

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

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

## 5. § Egyéb rendelkezések

- 5.1. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alaki követelményei és hatályosságának feltételei
  - 5.1.1. A szerződés nyelve magyar.
  - 5.1.2. A biztosítási szerződés alanyainak jognyilatkozatai csak írásban érvényesek. Az írásbeli jognyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha az a biztosító valamely szervezeti egységének tudomására jut.
  - 5.1.3. Ha a biztosító a jognyilatkozatot a szerződőnek, a biztosítottnak vagy a szolgáltatási igény érvényesítőjének az általa ismert utolsó címére ajánlott levélben küldi, az abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzés helyén átvették.
  - 5.1.4. Ha a szerződő vagy biztosított egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, és

a biztosítónak írásban bejelentett magyarországi kézbesítési meghatalmazottról nem gondoskodik, úgy a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

- 5.1.5. A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje a biztosítási esemény bekövetkeztének napjától számított 2 év.
- 5.2. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése
  - 5.2.1. Abban az esetben, ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, úgy a biztosító a szerződő kérésére a hatályos eredetivel megegyező tartalmú új kötvényt állít ki. Az ezzel kapcsolatban felmerülő költségek a kérelmezőt terhelik.
- 5.3. A panaszok bejelentése - panaszforum
  - 5.3.1. A jelen biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban, a biztosítónál lehet bejelenteni a következő címen: Generali-Providencia Zrt., Ügyfélkapcsolatok csoportja 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.
  - 5.3.2. A biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni, és a vizsgálata eredményéről a panaszosnak a bejelentés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban tájékoztatást adni.
  - 5.3.3. A biztosítók felügyeleti szerve a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt.39.).
  - 5.3.4. A panaszokat a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőségnél (1088 Budapest, József krt.6.) is be lehet jelenteni.
  - 5.3.5. A jelen szerződésből eredő valamennyi perre kizárólag a Pesti Központi Kerületi Bíróság (1887 Budapest, Pf. 28.), illetve értékhatártól függően a Fővárosi Bíróság illetékes.
- 5.4. Személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók
  - 5.4.1. A biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító az 5.4.2. pontban meghatározott célokból, a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló, 1992. évi LXIII. törvény, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
  - 5.4.2. A szerződő és a biztosított tudomásul veszik, hogy a biztosító az ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére illetve gazdálkodására vonatkozó adatait, továbbá azon üzleti titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződés létrejöttével,

nyilvántartásával és a biztosító szolgáltatásával összefüggenek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy egyéb, a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló, 2003. évi LX. törvényben meghatározott cél lehet. Jelen pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és a hozzájárulás megadása esetén részére nem nyújtható előny.

- 5.4.3. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és a biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani. Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő – a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely az ügyfelek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartás kötelezettség terheli a biztosító, a független biztosításközvetítő, a függő biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 5.4.4. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
- 5.4.5. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:
- a.) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye

vagy üzleti adata nem állapítható meg, b.) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Ezen adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

- 5.4.6. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatokat – továbbítás esetén – 20 év elteltével törölni kell.
- 5.4.7. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatot addig kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- 5.4.8. A biztosító köteles törölni minden olyan – ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos – személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
- 5.4.9. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- 5.4.10. A biztosított a szerződéskötést megelőzően nyilatkozik arról, hogy a biztosító a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása és a biztosítási szerződésből származó követelése megítélése céljából a biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat kezelje. A biztosító egészségügyi adatnak tekinti a biztosított egészségi állapotával összefüggő, valamint az egészségbiztosítási ellátására vonatkozó adatokat.
- 5.4.11. A biztosító köteles a biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani. Biztosítási titkot kizárólag törvényben felsorolt szerveknek és csak az ott jegyzett körben szolgáltat ki.
- 5.4.12. A szerződő illetve a biztosított részére kötelezően kiszolgáltató iratokon kívül a létrejött szerződéssel kapcsolatos valamennyi irat a biztosító birtokában marad.

## Záradék (SPOF04)

1. A jelen záradékra hivatkozással létrejött szerződés keretében nem lehet biztosított, kivéve, ha a szerződésben/kötvényen másként nem rendelkeznek, az alább felsorolt foglalkozású, illetve ilyen fokozottan veszélyes tevékenységet szabadidejében vagy munkaidejében folytató személy: Akrobata, artista (cirkuszi), békefenntartó, fegyveres őr (pénzszállító vagy pénzügyintézet), hírszerző, idegenlégiós, kaszkadőr, kommandós, pénzszállító, testőr, hadseregben dolgozó hivatásos vagy katonai szolgálatot teljesítő olyan személy, aki fokozott veszélynek kitett tevékenységet végez (pl.: berepülő pilóta, bűvár, ejtőernyős ugró, rohamharcos, sugárhajtású gép személyzetéhez tartozó egyén, tesztpilóta, tűzszerész, úszóharcos).

2. A jelen záradékra hivatkozással létrejött szerződés keretében nem lehet biztosított, kivéve, ha a szerződésben/kötvényen másként nem rendelkeznek, sem kiemelt, sem versenyző sportoló. Nem lehet biztosított az sem, kivéve, ha a szerződésben másként nem rendelkeznek, aki a szerződés hatályba lépésének időpontját megelőző 5 évben legalább 3 éven keresztül kiemelt vagy versenyző sportoló volt.

2.1. Jelen záradékkal létrejött szerződésben:

2.1.1 kiemelt sportoló: az a személy, aki sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet, továbbá aki külföldi sportszövetség feltételei szerint megszerzett sportolói engedéllyel rendelkezik;

2.1.2. versenyző sportoló az a személy, 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.);

2.1.3. hobby sportoló az a személy, aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolóként és nem versenyző sportolóként végez.

3. A jelen záradékra hivatkozással létrejött szerződés alkalmazásában a biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan eseményre, amelynek bekövetkezése a biztosított alábbi sporttevékenységeinek végzésével áll összefüggésben:

búvárkodás légzőkészülékkel 40m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, jet-ski,

vadvízi evezés, vízisí, barlangászat, barlangi expedíció, bázisugrás, bungee jumping (mélybe ugrás), falmászás, hegy- és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, autó-motor sportok: (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, moto-cross, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, quad, rally, ügyességi és más versenyek gépkocsival) BMX-cross, BMX és Skate, gyorsasági kerékpár, ejtőernyőzés, hőlégballonozás, léghajózás, műrepülés, paplanernyőzés, sárkány és ultrakönnyű repülés, siklóernyőzés, sportrepülés, vitorlázó és motoros repülés.