

Biztosító**A GB272 ÉS GB273 JELŰ GYÓGYTÁRS CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓJA****1. A feltételek tartalma**

Jelen GyógyTárs Csoportos Egészségbiztosítási Szerződési Feltételek azokat a kikötéseket tartalmazzák, amelyeket a Groupama Biztosító Zrt. (továbbiakban biztosító) GyógyTárs Csoportos Egészségbiztosítás elnevezésű egészségbiztosítási szerződéseire alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződés e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen szerződési feltételek azon rendelkezései, amelyeknél nincs feltüntetve, hogy csak a GB272 vagy csak a GB273 jelű GyógyTárs Csoportos Egészségbiztosításra érvényesek, mindkét biztosításra kiterjednek.

Az ajánlat, az ajánlathoz kapcsolódó nyilatkozatok, az egészségi nyilatkozat, a szerződési feltételek és a kötvény a felek közötti megállapodás valamennyi feltételét tartalmazzák, így a korábbi megállapodások, nyilatkozatok hatályukat veszítik, és nem képezik jelen szerződés részét.

2. Értelmező rendelkezések

2.1. Akut egészségügyi ellátási eset: Azok az egészségügyi akut állapotok – akár krónikus betegséggel kapcsolatban is –, amikor olyan tünetek azonosíthatók, amelyek alapján az orvosszakmai szabályok szerint 48 órán belül orvosi ellátásra van szükség.

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

2.3. Baleset: A biztosítás tartama alatt a biztosított akaratától független, egyszeri és hirtelen fellépő külső, fizikai és/vagy kémiai behatás, amelynek következtében a biztosított a biztosítás tartama alatt testi sérülést szenved.

2.4. Betegség: Az orvostudomány aktuális, általánosan elfogadott álláspontja szerint a biztosított egészségében bekövetkező rendellenes testi vagy szellemi állapot, mely nem minősül baleseti eredetűnek és objektív tüneteket mutat.

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

2.6. Biztosítási fedezet: Olyan egészségügyi szolgáltatások, szolgáltatásfajták, amelyek igénybevételére a biztosított a biztosítóval megkötött biztosítási szerződésének hatálya és az általános feltételek szabályozásai alapján jogosult.

2.7. Diagnosztikai vizsgálat: A biztosított panasa okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló – kizárólag orvos által elrendelt – orvosi vizsgálat, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása.

2.8. Egészségügyi dokumentum: Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, a hatályos jogszabályok (az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről

szóló 1997. évi XLVII. törvény) alapján és az egészségügyi, orvosszakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. A feltételek alkalmazásában, jogszabályokban meghatározott egészségügyi dokumentumok különösen a részben jogszabályban is szabályozott alábbi iratok:

- ambuláns lap;
- kórházi zárójelentés;
- műtéti leírás;
- vizsgálati lap;
- ápolási-, illetve ellátási dokumentáció;
- vizsgálati lelet;
- orvosi szakvélemény;
- laborlap, laborlelet;
- diagnosztikai- vagy szövettani vizsgálatok során készült felvételek;
- vény (másolat);
- beutaló (másolat).

2.9. Egészségügyi ellátásszervező partner: A biztosító egészségügyi ellátásszervező partnere a Europ Assistance Magyarország Kft. (székhely: 1134 Budapest, Dévai utca 26-28.)

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

2.11. Ellátásszervezés: A biztosított egészségügyi ellátásának menedzselése, az egészségügyi ellátások és az ellátások útjának figyelése, ellenőrzése, kapcsolattartás a biztosított ellátását végző egészségügyi szolgáltatókkal, biztosított által az egészségügyi ellátásszervezőnél, vagy rajta keresztül, az ellátásszervező szervezésében és tudtával, illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások adminisztrálása.

2.12. Ellátásszervező: Az ellátásszervezést végző fél.

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

2.14. Fekvőbeteg-ellátás (kórházi ellátás) VIP szinten: A biztosító által támasztott minőségi követelményeknek megfelelő aktív vagy mátrix jellegű kórházi osztályon, egy- vagy kétágyas szobában történő, kiemelt színvonalú fekvőbeteg-ellátás.

2.15. Groupama Gyógyvonal: Az év 365 napján non-stop elérhető telefonos szolgáltatás, mely egyrészt orvosszakmai tanácsadást és egészségüggyel kapcsolatos információkat nyújt a biztosítottak számára, másrészt szükség esetén megszervezi a biztosítottak egészségügyi szolgáltatásait.

2.16. Házi orvos: A hozzá bejelentkezett páciensek egészségügyi ellátását jogszabályok alapján koordináló, illetve számukra egészségügyi alapellátást nyújtó orvos.

2.17. Házi vizit: A biztosított lakhelyén, illetve tartózkodási helyén (otthonában) – a Groupama Gyógyvonalon keresztül bejelentett ellátási esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás. Ennek során a biztosítotthoz házi orvosi jellegű ellátást nyújtó orvost küldenek. A házi vizit szolgáltatást a biztosító orvosszakmailag indokolt akut esetekben nyújtja.

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

2.19. Járóbeteg-szakellátás: Szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű szakorvosi egészségügyi ellátás, illetve szakorvosi konzílium, ha az nem minősül sem fekvőbeteg-ellátásnak, sem egynapos sebészetnek, sem pedig fekvőbeteg szakellátást igénylő, krónikus betegség esetében alkalmazott folyamatos, szakorvos által teljesített, egészségügyi ellátásnak, szolgáltatásnak.

2.20. Keresőképtelenség: A biztosított egészségében bekövetkező romlás, melynek következtében a biztosított saját jogon – az arra jogosult kórház, illetve orvos által igazoltan – a magyar társadalombiztosítási szabályokban foglaltak szerint keresőképtelen állományba kerül, és betegsazabadságra vagy táppénzre jogosult.

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

2.22. Keretszerződés: Meghatározza a jelen feltételekben nem rögzített vagy jelen feltételektől eltérő rendelkezéseket, elsősorban a biztosítás tartamára, díjára, tartalmazza továbbá a szerződő és a biztosító adatait, melyet a felek mint akaratukkal megegyezőt írnak alá. A biztosító és a szerződő keretszerződésben rögzítik a biztosítani kívánt csoport egyedi sajátosságaiból fakadó, a biztosítást érintő kérdéseket, így különösen:

- a. a tevékenység veszélyességének megállapítása a szerződő közreműködésével;
- b. az adatok kezelése;
- c. új biztosított bejelentése a biztosításba;
- d. a létszámváltozás kezelése;
- e. a biztosított nyilatkozatok kezelése.

2.23. Laborvizsgálat: Emberi szövetrészeket (pl. vér) és biológiai produktumok (vizelet, széklet, sebváladék stb.) laboratóriumi körülmények közötti fizikai, kémiai és biológiai módszerekkel való vizsgálata a minták kvalitatív, kvantitatív összetételének, biológiai aktivitásának és fertőzöttségének megállapítása céljából.

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

2.25. Rettegott betegségek: Jelen biztosítási feltételek vonatkozásában az alábbi meghatározások értendők rettegott betegségek alatt.

Rosszindulatú daganatos megbetegedések: rákok; ideértve a laphám- és mirigyhámrákokat, szarkómák, egyéb lágyszövetű daganatok; ideértve a savóhártya daganatokat is; limfómák (Hodgkin és non-Hodgkin); leukémiák; egyéb megnevezett és lokalizáció-specifikus típusok; meghatározatlan rákok. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia. Jelen biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:

- Rosszindulatú daganatokat eredményező HIV (Humán Immundeficiencia Vírus) betegség (BNO B21), ideértve a Kaposi szarkómát eredményező HIV betegséget is (BNO B21.0).

- A bőr rosszindulatú melanómája (BNO C43), amennyiben tumorvastagsága (Breslow szerint mérve) kevesebb, mint 1,5 mm és inváziós mélysége maximum Clark II. szint.
- Myeloid leukémia (BNO C92).
- In situ daganatok (BNO D00-D09) – beleértve a méhnyak intraepiteliális neopláziója (CIN I-III) súlyos fokú displáziával vagy anélkül.
- A bőr fokozott elszarusodással járó állapotai, bazál- és pikkelysejtes karcinómái – kivéve áttéteket képező esetekben.
- Prostatarák TNM 1(a) és TNM 1(b) vagy ennél alacsonyabb stádiumba sorolt esetei.

Szívroham: Heveny szívmelhalás (BNO-kód: I21) diagnosztizálása, mely esetben a diagnózist kardiológus szakorvosnak kell igazolnia.

Szívkoszorúér megkerülő műtétei (by-pass): A szívkoszorúér by-pass beültetés azt jelenti, hogy szívsebész szakorvos tanácsára aktuális by-pass műtétet hajtanak végre, hogy a koszorúerek elzáródását vagy szűkületét korrigálják. Nem minősülnek by-pass műtétnek az olyan nem műtéti technikák, mint például az érplasztika, a lézerezés kezelése vagy nem sebészeti eljárások.

Stroke (maradandó agykárosodások): A stroke az agyműködés vérellátási zavara által okozott, globális vagy fokális zavarral jellemezhető, gyorsan kialakuló klinikai tünetegyüttes, amely több mint 24 órán keresztül áll fenn vagy halált okoz, s amelynek bizonyíthatóan nincs más oka, mint az agyi érrendszerben kialakult elváltozás.

Krónikus veseelégtelenség: A vesék működésének krónikus visszafordíthatatlan leállását jelentő betegség utolsó szakasza, amelynek eredményeként rendszeres dialízist végeznek vagy veseátültetést hajtanak végre.

Alapvető szerv átültetése: Olyan szerv- vagy csontvelőátültetés, ahol a szerv: az emberi test olyan része, amely szövetek meghatározott szerkezetű egysége, és amely megtartja szerkezetét, erezettségét és azt a képességét, hogy jelentős önállósággal életfunkciókat tartson fenn, valamint a szerv egy része, amennyiben működése az emberi szervezetben ugyanazt a célt szolgálja, mint az egész szerv, ideértve a szerkezet és erezettség követelményét is.

Vértranszfúzióból származó HIV fertőzés diagnosztizálása: A biztosított személy HIV fertőzött, ha:

- a fertőzés olyan transzfúzióknak tulajdonítható, melyet a biztosított a biztosítási szerződés megkötése után kapott;
- a transzfúziót végző intézmény elismeri a felelősséget;
- életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

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

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

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

2.29. Várakozási idő: A biztosítási szerződésben/kötvényben megadott, a biztosított belépése napjától, mint kockázatviselési kezdettől, számított időszak, ami alatt a biztosító biztosítottokra vonatkozó kockázatviselése korlátozott.

2.30. Védőoltás: A hatályos jogszabályok szerint engedélyezett vakcina (il-

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

2.31. Fogyasztó: A szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

2.32. Vállalkozás: A szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körében eljáró személy.

2.33. Hozzá tartozó: A házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér, a féltestvér, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, valamint a testvér házastársa.

2.34. Közeli hozzátartozó: A házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér, a féltestvér.

2.35. GB272 jelű GyógyTárs Csoportos Egészségbiztosítás 1-14 fő közötti biztosítottra köthető. Ezen termék esetén a biztosító egészségi nyilatkozat kitöltését kéri minden egyes biztosítottól. Amennyiben a szerződés biztosítottjainak száma a szerződés tartama alatt eléri vagy meghaladja a 15 főt, ez nem eredményezi a szerződés módosítását, a szerződésre továbbra is a GB272 jelű GyógyTárs Csoportos Egészségbiztosítás rendelkezései érvényesek.

2.36. GB273 jelű GyógyTárs Csoportos Egészségbiztosítás legalább 15 fő biztosítottra köthető. Ezen termék esetén egészségi nyilatkozatot nem kell kitölteni. Amennyiben a szerződés biztosítottjainak száma a szerződés tartama alatt 15 fő alá csökken, ez nem eredményezi a szerződés módosítását, a szerződésre továbbra is a GB273 jelű GyógyTárs Csoportos Egészségbiztosítás rendelkezései érvényesek.

3. A szerződés alanyai

3.1. Biztosító: A Groupama Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a jelen szerződésben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

3.2. Szerződő: Az a fogyasztónak nem minősülő személy vagy szervezet, amely az ajánlatot teszi, a biztosítóval a biztosítási szerződést megkötí és a biztosítás díját fizeti, köteles a jognyilatkozatok megtételére, és akihez a biztosító nyilatkozatait intézi.

Jelen szerződési feltételek alapján a biztosítási szerződés szerződője nem lehet a jelen szerződési feltételek 20.1. pontjában foglalt versenyző sportolókat foglalkoztató sportszövetség, sportegyesület, sportklub, sportkör vagy sportvállalkozás.

Biztosítási szerződést az köthet, aki valamely személyhez fűződő jogviszonya alapján a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt, vagy aki a biztosítást ilyen személy (biztosított) javára köti meg. A biztosítás tartama alatt vagy a biztosított belépéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

3.3. Biztosított: A biztosított az a szerződővel munkajogviszonyban álló természetes személy,

- akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön;
- aki a kockázatviselés kezdetéig betöltötte a 18. életévét, de a 60. életévét nem töltötte be;
- aki a biztosított nyilatkozatát aláírta;
- aki a biztosított nyilatkozat megtételének időpontjában nem szerepel biztosítottként más, a biztosítóval megkötött szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződésben biztosítottként.

3.4. A szerződésbe a biztosított nem jogosult belépni.

3.5. A biztosított csoportképzés elvei: A jelen szerződési feltételek alapján létrejövő szerződésben több biztosított csoport képezhető. Egy biztosítási

csoportba azok a biztosítottak sorolhatóak, akik azonos foglalkozási kockázattal rendelkeznek és azonos biztosítási szolgáltatásra jogosultak. Azon foglalkozásokat, amelyek esetében egészségbiztosítási szerződés nem köthető, a jelen szerződési feltételek 16.7. pontja tartalmazza.

3.6. Kedvezményezett: A kedvezményezett az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult. A jelen feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés esetében kedvezményezettnek a biztosított minősül.

4. A biztosítási szerződés létrejötte, a biztosított jogviszony létrejötte, a szerződés módosítása

4.1. A biztosítási szerződés a jelen feltételekre hivatkozással a biztosító és szerződő kölcsönös írásbeli megállapodásával (keretszerződéssel) jön létre.

4.2. A biztosítási szerződés hatályának adott biztosítottra történő kiterjesztéséhez (biztosított jogviszony létesítéséhez) az érintett biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, amelyet a biztosított a biztosított írásbeli hozzájáruló nyilatkozat érvényes kitöltésével és aláírásával tesz meg. A biztosított hozzájáruló nyilatkozat a szerződés részét képezi.

4.3. A biztosított írásbeli hozzájáruló nyilatkozata az a biztosított által kitöltött és aláírt dokumentum, amely tartalmazza a biztosítási szerződés hatályának a biztosítottra való kiterjesztéséhez, továbbá a szolgáltatási igény elbírálásához kapcsolódó adatkezeléshez szükséges nyilatkozatokat, valamint a biztosító által feltett kérdéseket, és a biztosított által azokra adott válaszokat, amely nyilatkozatok megtételével, és amely kérdések hiánytalan és a valóságnak megfelelő megválaszolásával a biztosított közzéi kötelezettségének eleget tesz.

4.4. A szerződő köteles a biztosítási szerződés keretében biztosítandó személytől a valóságnak megfelelően, hiánytalanul kitöltött és aláírt biztosított nyilatkozatot beszerezni, és azt a biztosító részére eredetiben eljuttatni – ellenkező megállapodás hiányában – legkésőbb a biztosított nyilatkozat aláírását követő 3 munkanapon belül.

4.5. A biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül a szerződés nem jöhet létre.

4.6. A biztosító az egyes biztosítottak vonatkozásában a kockázatelbírálásra nyitva álló tizenöt – ha a kockázat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan – napos határidőn belül dönt a biztosítottra vonatkozó kockázat elfogadásáról.

4.7. A biztosító a biztosítottra vonatkozó kockázat elfogadása előtt kockázatelbírálást végezhet. Ennek keretében a biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, továbbá a kockázat elbírálása céljából kérdéseket feltenni a biztosított foglalkozásával, életkörülményeivel, szabadidős és sporttevékenységével kapcsolatban, valamint kérdéseket tehet fel a biztosított egészségi állapotával kapcsolatban az egészségi nyilatkozaton, orvosi vizsgálatot írhat elő.

Ha a kockázatelbírálás során a biztosító egészségügyi kockázatfelmérést végez, az azt jelenti, hogy a biztosított korától, valamint az egészségi nyilatkozaton feltett kérdésekre adott válaszoktól függően orvosi vizsgálatot írhat elő, illetve a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos orvosi dokumentációkat (kezelőorvosi orvosi dokumentációk, orvosi vizsgálat eredményei, orvosszakértői véleményezések) kérhet be.

A biztosított az egészségi nyilatkozatát az ehhez történt hozzájárulása alapján a biztosító megbízott partnere útján telefonon teheti meg. Rendkívüli esetekben (pl. a biztosítónál vagy a szolgáltatónál fellépő átmeneti technikai probléma) a biztosító írásbeli egészségi nyilatkozat kitöltését is kérheti a biztosítottól.

4.8. Az ügyfél az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti. Amennyiben a biztosító az ajánlat elfogadását orvosi vizsgálatához köti, ennek költségeit a biztosító viseli. Az orvosi vizsgálat elvégzése a közzéi kötelezettség alól a feleket nem mentesíti.

4.9. A biztosított köteles a biztosító esetleges kockázatelbírálása során, illetve a szerződés tartama alatt a biztosítóval és a szerződővel együttmű-

ködni. A biztosított az együttműködési kötelezettsége alapján köteles a kockázatbíráláshoz szükséges, a biztosító által kért adatközlést teljesíteni, a bejelentett adatok ellenőrzését lehetővé tenni, továbbá előre egyeztetett helyen és időben orvosi vizsgálaton megjelenni.

4.10. A szerződő javaslatot tehet a szerződés, valamint a már létrejött biztosított jogviszony módosítására, további biztosított beléptetésére, illetve kiléptetésére is.

4.11. A biztosító a szerződésmódosításra vonatkozó kérelem elfogadása előtt egészségi kockázatbírálást is végezhet a jelen szerződési feltételek 4.12. pontjában foglaltak szerint. A kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító a szerződésmódosítás iránti kérelmet vagy elfogadja, vagy elutasítja, vagy arra módosító javaslatot tesz. Az elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles indokolni.

4.12. A szerződésmódosítás létrejön, ha a biztosító a szerződő szerződésmódosításra vonatkozó kérelmét a szerződő részére megküldött kötvénnyel elfogadja. A szerződésmódosítás a biztosítási évfordulón lép hatályba.

4.13. Szerződésmódosítás esetén az új szolgáltatási csomagban szereplő új szolgáltatástípusok tekintetében a 16. pontban szereplő kizárások a szerződés módosításának időpontjától alkalmazandók.

5. A biztosító kockázatviselésének kezdete

5.1. A kockázatviselés kezdete a keretszerződésben rögzített nap.

5.2. Amennyiben a szerződő a szerződés létrejöttét követően kezdeményezi a szerződés hatályának új biztosítottakra történő kiterjesztését, úgy ezen biztosítottak tekintetében a biztosító kockázatviselése – a felek eltérő megállapodásának hiányában – az új biztosított belépésére vonatkozó szerződésmódosítás iránti kérelem biztosítóhoz történő beérkezését követő második hónap első napjának 0. órájaktól kezdődik.

6. Várakozási idő

6.1. Amennyiben a biztosítási szerződés kevesebb, mint 15 főre terjed ki, a biztosító a biztosítási szerződésben várakozási időt köt ki, amelynek időtartama az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdőpontjától számított 3 (három) hónap.

6.2. A biztosító a várakozási idő alatt kizárólag az alábbi szolgáltatásokat nyújtja.

- A balesetből eredő akut és tervezhető ellátási esetekben a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag tartalma szerint szolgáltat;
- nem balesetből eredően csak akut ellátási esetekben és kizárólag a járóbeteg-szakellátáson belül általános belgyógyászati vizsgálatot, a Komplex szolgáltatási csomag tartalma szerinti labor és diagnosztikai vizsgálatokat (lásd 2. számú melléklet) nyújt, valamint
- a Groupama Gyógyvonal szolgáltatásait – kivéve az egészségügyi szolgáltatás, ellátás megszervezése – biztosítja.

7. A biztosító kockázatviselésének megszűnése

7.1. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosító kockázatviselése megszűnik az alábbi esetekben:

- a biztosított halála esetén, a halál időpontjával;
- a biztosító felmondásával a 17.2. pontban írtak szerint;
- amennyiben a szerződő az adott biztosított jogviszonyának megszüntetését a biztosítónál írásban kezdeményezi, ebben az esetben a jogviszony megszüntetésére irányuló kérelem biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0. órájaktól;
- annak a biztosítási időszaknak a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti.

7.2. A biztosító kockázatviselése valamennyi biztosított vonatkozásában megszűnik a biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnése esetén, a szerződés megszűnése napjának 24. órájában.

8. A biztosítási időszak

8.1. A biztosítási időszak az az időtartam, amelyre a biztosító a biztosítási

díjat kalkulálja, és amely időszakra a szerződő a biztosítási díj megfizetésére köteles.

8.2. A biztosítási évforduló napja minden évben a szerződés létrejöttének napja.

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

9. A biztosítás tartama

A biztosítási szerződés a felek megállapodása alapján egy év határozott vagy határozatlan tartamra jöhet létre.

10. A biztosítás területi hatálya

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

11. A biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatásai

11.1. Biztosítási eseménynek az olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele minősül, amelyet a kockázatviselési tartam alatt a biztosított előzmény nélküli balesete, betegsége, kóros állapota miatt a biztosító ellátásszervezőjén keresztül, az ellátásszervező szervezésében, tudtával, illetve előzetes jóváhagyásával vett igénybe a biztosított.

11.2. A biztosítottnak a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott, kórismézett vagy kezelést igénylő betegségével, kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodásával okozati összefüggésben a kockázatviselés ideje alatt a biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatás kizárólag abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha

- az említett sérülésről, betegségről, egészségi problémáról, egészségkárosodásról a biztosító a szerződés létrejöttét megelőzően a kockázatbírálás során vagy más bizonyítható módon tudomást szerzett, vagy
- erről a körülményről a biztosított kockázatbíráláshoz szükséges nyilatkozataiban a közlési kötelezettségének megfelelően tájékoztatta a biztosítót, és a biztosító nem zárta ki a kockázatviseléséből ezeket a szolgáltatási igényeket, hanem vállalta a kockázatot.

11.3. A biztosítási esemény időpontja az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének napja. Több napon át tartó szolgáltatás esetén a biztosítási esemény időpontja az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének első napja.

11.4. Biztosítási eseménynek minősülnek továbbá az alábbiak is:

- Valamely **rettegett betegség diagnosztizálása** a biztosítottnál abban az esetben, ha a biztosított a diagnosztizálást követő 31. napon életben van. A biztosítási esemény időpontja ebben az esetben a diagnosztizálást követő 31. nap.
- A biztosított egészségében bekövetkező olyan romlás, amelynek következtében a biztosított saját joga – az arra jogosult kórház, illetve orvos által igazoltan – a magyar társadalombiztosítási szabályokban foglaltak szerint **keresőképtelen állományba** kerül és legalább 31 napon keresztül folyamatosan keresőképtelen állományban van. A biztosítási esemény időpontja ebben az esetben a keresőképtelenség 31. napja.
- Ezekben az esetekben a biztosító a választott csomagtól függően az alábbi biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére.
- Rettegett betegség diagnosztizálása** esetén a biztosító által nyújtott szolgáltatás Komplex csomag esetében 250 000 forint, Plusz csomag esetében 400 000, Maximum csomag esetében pedig 600 000 forint, amennyiben a biztosított a diagnosztizálást követő 31. napon életben van. A biztosító a rettegett betegségek esetében csak akkor nyújt szolgáltatást, ha ugyanabba a csoportba tartozó rettegett betegségre a biztosított esetében korábban még nem történt kifizetés.

e. A biztosító a biztosított saját jogú (tehát nem a biztosított gyermekének betegségéből és nem munkahelyi baleset és foglalkozási megbetegedés eredetű), legalább **31 napos összefüggő keresőképzetlensége** esetén nyújt szolgáltatást. A biztosítási szolgáltatást a biztosító visszamenőleg, a keresőképzetlenség első napjától kezdődően nyújtja. A biztosítási szolgáltatás **Komplex csomag** esetében **1000 forint/nap**, **Plusz csomag** esetében **3000 forint/nap**, **Maximum csomag** esetében pedig **5000 forint/nap**. A keresőképzetlenségre vonatkozó fedezet egy biztosítási időszakon belül legfeljebb **200 naptári napra** vehető igénybe mindhárom csomag esetében.

11.5. A biztosítás három különböző fedezetcsomagban köthető meg. Az egyes csomagok tartalmát az 1. melléklet tartalmazza.

11.6. A biztosító által nyújtott szolgáltatások részletes listáját a 2. melléklet tartalmazza.

11.7. Biztosítási esemény bejelentése

11.7.1. A 11.1. pontban meghatározott biztosítási események esetében a szolgáltatásszervezővel való kapcsolatfelvétel bejelentésnek minősül.

11.7.2. A 11.4. pontban részletezett biztosítási eseményt a szerződő fél, illetve a biztosított köteles a biztosítási esemény időpontját követően legfeljebb 15 napon belül a biztosítónak írásban bejelenteni. A biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bejelentésére vonatkozó kötelezettségét nem teljesíti, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik.

12. A biztosítási díj

12.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatvállalásának ellenértéke.

12.2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján, a biztosítottak életkorának, létszámának, foglalkozásának, munkatevékenységének, egészségi állapotának és a választott szolgáltatási csomagnak a figyelembevételével történik. A biztosító jogosult kockázatbírálást végezni.

12.3. Amennyiben a biztosítási szerződés legalább 15 főre terjed ki, a biztosító a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díját biztosított csoportonként határozza meg. Ebben az esetben az egy biztosított csoporton belül a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díja azonos.

12.4. A biztosítottak létszámának változása esetén a biztosító a biztosított csoportra vonatkozó biztosítási díjat a 12.2. pontban meghatározott díj összegének figyelembevételével módosítja a szerződésmódosítás hatályba lépésének időpontjától a módosult létszámnak megfelelően.

A biztosítás éves díjfizetésű lehet. A biztosítási díj fizetése történhet éves, féléves, negyedéves vagy havi gyakorisággal.

12.5. Folyamatos díjfizetés esetén a biztosítás első díját az ajánlat átadásakor, de legkésőbb a kockázatbírálási idő végéig kell megfizetni. Minden későbbi díj pedig annak a díjfizetési időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

12.6. A biztosítási díj fizetése magyar törvényes fizetőeszközben esedékes.

12.7. A szerződés megszűnésekor a biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért.

12.8. Amennyiben a szerződő a díjfizetés módjára, gyakoriságára vagy a biztosítottak létszámára tekintettel díjkezdvezményben részesül, a díjfizetés módjának, gyakoriságának változásakor, illetve a biztosított létszám csökkenése esetén a kedvezményt elveszti.

12.9. A biztosító üzletkötője (független ügynöke) jogosult a szerződőtől díj átvételére, de csak 100 000 Ft összeghatárig. Az OTP Bank Nyrt. ügyintézője nem jogosult díj átvételére, de az ügyfél az OTP Bankban befizethet a biztosító számlájára. Az alkusz és a többes ügynök díj átvételére nem jogosult, kivéve, ha a biztosítóval kötött egyedi megállapodás erre feljogosítja. A díj átvételére vonatkozó jogosultság fennállásáról az alkusz, a többes ügynök

tájékoztatja a szerződőt. A biztosításközvetítő nem jogosult a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni.

12.10. A szerződő felek megállapodnak, hogy a díjszámításkor keletkező, 100 Ft-ot meg nem haladó díjhiány, illetve díjtöbblet érvényesítésétől kölcsönösen eltekintenek.

12.11. A szerződő a 100 000 Ft-ot meghaladó összegű első biztosítási díjat csak banki átutalással teljesítheti.

12.12. A díjfizetés elmulasztása és annak következményei, maradékjogok

12.12.1. Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

12.12.2. 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 a befizetett díjjal arányos időtartamra marad hatályban.

12.12.3. A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt szerződés nem reaktiválható.

12.12.4. A szerződés maradékjoggal nem rendelkezik.

12.13. A biztosítási díj módosítása

Amennyiben a biztosítás kockázati viszonyai (vonatkozó szakmai irányelvek, protokollok és módszertani levelek, a biztosítási szolgáltatások igénybevételi gyakorisága vagy értéke) megváltoznak, akkor az egyes biztosítási időszakok kezdetével a biztosítónak jogában áll a biztosítási díjat megfelelően módosítani. A biztosító a biztosítási díjat biztosítási időszakonként egyszer a megváltozott körülményekkel arányos mértékben, de legfeljebb 100%-os mértékben módosíthatja. A díj módosításáról a biztosító a biztosítási évfordulót megelőző 60. napig írásban értesítést küld a szerződőnek. Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban elutasítja a díjnak a kockázati viszonyok megváltozásából fakadó módosítását, illetve nem nyilatkozik, az elutasító nyilatkozat kézhezvételétől, illetve a határidő lejártától számított 30 napon belül, a biztosító jogosult a szerződést felmondani.

Amennyiben a szerződő 30 napon belül nem nyilatkozik, de díjeseedékességkor a módosított biztosítási díjat fizeti meg, ez a díjmódosítás elfogadását jelenti.

13. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

13.1. A szerződő és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

13.1.1. A szerződő és a biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt (pl. a biztosított foglalkozása, sporttevékenysége vagy egyéb veszélyes tevékenysége, külföldre költözése) a biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.

13.1.2. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a szerződő és a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

13.1.3. A szerződő és a biztosított köteles a biztosítás tartama alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a biztosítónak a szerződés keretében, illetve nyilatkozataiban közölt lényeges körülmények megváltozását.

13.1.4. Ellenkező megállapodás hiányában, a szerződő köteles a biztosított a biztosított személyében beállt változásról legkorábban 30 nappal a változás beállása előtt, de legkésőbb a változástól számított 8 napon belül írásban értesíteni. A biztosítottak személyében, illetőleg adataiban bekövetkezett változást a biztosító a hozzá beérkezett változásbejelentés beérkezését követő hónap 1-jével vezeti át.

13.1.5. A biztosított az egészségi állapotában történt változást nem köteles a biztosítónak bejelenteni.

13.1.6. A közlésre vagy a változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

- a. bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
- b. a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

13.1.7. Ha a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyes biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi biztosított esetén nem hivatkozhat.

13.1.8. A közlésre és változásbejelentésre 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.

13.1.9. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik.

13.1.10. Ha a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt. A jelen bekezdés rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló ötéves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

13.2. A biztosító jogai lényeges körülményekről való tudomásszerzés esetén vagy lényeges körülmények változásának közlése esetén

13.2.1. Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

13.2.2. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.

13.2.3. Ha a szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító az 13.2.1. és 13.2.2. pontokban meghatározott jogait a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.

13.2.4. Jelen szerződési feltételek szempontjából nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

14. Szolgáltatási limitek és fedezetfeltöltés

14.1. A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződés keretében igénybe vehető szolgáltatásokra éves szolgáltatási limiteket határoz meg a 2. számú mellékletben.

14.2. Az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási szolgáltatási összeg (szolgáltatások száma) az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken, kivéve, ha a szerződő a díjat megfelelően kiegészíti. A biztosító ezt a jogkövetkezményt abban az esetben alkalmazhatja, ha a fedezetfeltöltés lehetőségére legkésőbb a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg írásban felhívta a szerződő figyelmét, és a fedezetfeltöltés díját közölte.

15. A biztosító mentesülésének esetei

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

15.2. Súlyos gondatlanságnak minősül különösen, ha a biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkeztében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 0,5‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció.

16. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események

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

- a. ionizáló sugárzás;
- b. nukleáris energia;
- c. HIV-fertőzés (kivételesen 2.25. és 11.4.a. szerint);
- d. háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviellongások, felkelés.

16.2. 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.

16.3. 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 öt évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző öt éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt;
- b. a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.

16.4. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított öngyilkossági kísérletével okozati összefüggésben álló eseményekre, még akkor sem, ha a biztosított az öngyilkossági kísérletet zavart tudatállapotban követte el.

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

- a. a terhességgel, szüléssel, gyermekágyggyal összefüggő egészségügyi szolgáltatások;
- b. az emberi reprodukcióra irányuló – beleértve a mesterséges megtermékenyítést és annak bármely formáját, valamint a kizárólag a meddség megszüntetése miatti eseményeket is – különleges eljárások, az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatások, kezeléseik;
- c. a művi terhességmegszakítás;
- d. a sterilizáció;
- e. a fogamzásgátlás;
- f. a nemi jelleg megváltoztatása.

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

- a. ápolás és hospice ellátás, életfenntartó beavatkozások, a geriatriai ellátás, jogszabályban meghatározott krónikus betegségek rehabilitációja (ideértve a daganatos betegek rendszeres onkológiai kezelését), kezelése, gondozása (különösen gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra);

- b. állapotfenntartó infúziós kezelések (pl. akut tünetek nélküli keringésvajító kezelések, vitaminkúrák);
- c. reumatológiai kezelések;
- d. szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások, beleértve azok előkészítéséhez, illetve utógondozásához kapcsolódó ellátásokat is (kivéve a 2.25. pontban meghatározott szerv- és szövetátültetéseket);
- e. protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése, cseréje;
- f. művesekezelés;
- g. a fogászati ellátások és kezelések;
- h. a fekvőbeteg-ellátás, illetve egynapos sebészet, ha a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag külön megjelölve nem tartalmazza azt, valamint az olyan fekvőbeteg-ellátás, illetve egynapos sebészet, ha a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag külön megjelölve tartalmazza, de az ellátás célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapot romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása;
- i. bennalvások alvászvizsgálat (somnia, polysomnia);
- j. házivizit, betegszállítás, kivéve, ha a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag külön megjelölve tartalmazza azt;
- k. a védőoltások, valamint a védőoltások szövődményeinek kezelése;
- l. gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz;
- m. lelki működés zavarai és/vagy pszichiai megbetegedések, kezeléseik;
- n. emberen végzett orvostudományi kutatások;
- o. esztétikai céllal végzett kezelések, sebészeti beavatkozások és szövődményeik kezelése;
- p. orvosakértői véleménnyel kapcsolatos igények és költségek;
- q. halottakkal kapcsolatos egészségügyi szolgáltatások;
- r. jogszabályban meghatározott, a katasztrófa és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ideértve a kötelező, illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, a bármely védőoltás beadásával kapcsolatos kiadásokat;
- s. alkohol, drog vagy kábítószer, illetve egyéb szenvedélybetegség miatti elvonókúrák, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, valamint minden olyan biztosítási esemény, melynek oka orvosilag bizonyítható módon a túlzott alkohol vagy kábítószer-fogyasztás;
- t. jogszabályban meghatározott nem-konvencionális eljárások, természetgyógyászati kezelés, akupunktúra, alternatív gyógyászat, wellness szolgáltatások, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, fürdőkúra, fogyókúra, természetes gyógytényezők, fürdő- és klímagyógyintézetek, gyógyhelyek által teljesített szolgáltatások;
- u. az alábbi fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények: TBC, tetanusz, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek, mint malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz, SARS, továbbá a szexuális úton átvihető betegségek miatti események (STD);
- v. szaruhártyán végzett látásjavító műtét, beavatkozás, valamint látásjavító eszközök, hallókészülék és kellékeik;
- w. jogszabályban meghatározott megelőzés, és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, állapotfelmérések, kivéve a szolgáltatási csomag részét képező szűrővizsgálatokat;
- x. orvosi végzettséggel és/vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy és/vagy intézmény által folytatott szolgáltatás;
- y. rehabilitációs kezeléseik;
- z. Magyarországon elfogadott és a magyarországi egészségügyi szolgáltatóknál általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátások, egyszer használatos eszközök és a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek és biológiai terápiás gyógyszerek költségei, valamint az OEP által nem fogadott, illetve nem finanszírozott eljárások, eszközök és gyógyszerek költségei.

16.7. Nem biztosítható foglalkozások listája

A GyógyTárs Csoportos Egészségbiztosítási szerződés az alábbi foglalkozási csoportokba tartozó biztosítottakra nem köthető:

- polgári légi közlekedés dolgozói: légi jármű vezetője, légiutas-kísérő;
- nem polgári légi közlekedés dolgozói: műhelypilóta, reklámpilóta, légi fényképező, helikopteres rendőrség, helikopteres mentők;
- hadsereg repülőszemélyzete: katonai szállítógép személyzete, helikopter személyzete, repülésoktató, berepülőpilóta, ejtőernyős ugró, tesztpilóta, sugárhajtású repülőgép személyzete;
- bányászati dolgozók: bányászati gépkezelő, bányászati technikus, mélyfúró, vjár, segédvjár, csillás, köfjttő, kötőrtő, olajbányász;
- kohászati dolgozók: kohászati gépkezelő, kohászati technikus, kazángépkezelő, olvasztár, hengerész;
- robbanó és/vagy könnyen gyulladó anyaggal dolgozók: pirotechnikus, robbantómester;
- éleslőszert tartalmazó fegyverviseléssel járó foglalkozások;
- ipari alpinista;
- ipari búvár;
- kaszkadőr;
- békefenntartó.

16.8. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított alábbi sporttevékenységével összefüggő eseményekre: autómotor sportok (pl. auto-crash vagy roncsautó sport, gokart, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival), gépkocsiverseny bármely fajtája, barlangászat, barlangi expedíció, bázisugrás, BMX-cross, BMX és skate, gyorsasági kerékpár, bungee jumping (mélybe ugrás), búvárkodás légzőkészülékkel 40 méter alá, egykezes és nyílttengeri vitorlázás, ejtőernyőzés, falmászás, hegmászás, sziklamászás az V. foktól, hőléglonozás, jetski, léghajózás, magashegyi expedíció, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, privát/sportrepülés/repülő sportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, vitorlázó és motoros repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnny repülés, műrepülés), ejtőernyős ugrás, bázisugrás, quad, rally, vadvízi evezés, vízisí, hydro-speed, canyoning, surf, mountainboard, siakrobatika, síugrás, snowboard, pankráció.

16.9. Sportártalmak kizárása

Ha a biztosított a biztosítási ajánlat megtételét megelőzően legalább 3 éven keresztül a jelen szerződési feltételek 20.1. pont szerint versenyzői szinten az alábbi sporttevékenységek bármelyikét űzte, és a sportolást az ajánlat megtételét megelőző 5 éven belül hagyta abba, akkor a biztosított mindkét térde, bokája, válla és gerince a biztosítási védelemből kizárva, kivéve, ha a szolgáltatási igény alapja csonttörés, csontrepedés.

Sporttevékenységek

Labdjátékok: asztalitenisz, tenisz, tollaslabda, baseball, fallabda, rögtbi, röplabda, korfball, amerikai futball, kosárlabda, kézilabda, labdarúgás, footbag, floorball, lábtoll-labda, futsal, lábtenisz.

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

Télisportok: így különösen sielés, lesiklás, műlesiklás, óriás műlesiklás, biatlon, snowboard, siakrobatika, síugrás, szánkó, bob, gyorskorcsolyázás, jégtánc, műkorcsolya, jégkorong.

Egyéb: kötélugrás, versenytánc, akrobatikus rock & roll, aerobik, fitnesz, ritmikus gimnasztika, torna, atlétikai számok, öttusa, hétpróba, tízpróba, gyaloglás, futás, tájfutás, triatlon, vívás, görkorcsolyázás, gördeszka, skate, barlangászat, barlang expedíció, hegmászás, magashegyi expedíció, sziklamászás V. foktól, mountainboard, canyoning, mélybeugrás (bungee jumping).

16.10. A biztosító nem köteles fedezetet vállalni, vagy bármilyen szolgáltatást nyújtani, illetve a biztosító köteles a jelen biztosítási szerződés alapján a kártérítést elutasítani, ha az ilyen szolgáltatás nyújtására vagy kártérítés kifizetésére az Egyesült Nemzetek Szervezete határozata alapján szankció, tiltó rendelkezés vagy szigorítás és/vagy az Európai Unió, Franciaország, az Amerikai Egyesült Álla-

mok vagy bármely nemzeti jogszabályozás által bevezetett gazdasági vagy kereskedelmi szankció vonatkozik.

17. A biztosítási szerződés megszűnése

17.1. A biztosító kockázatviselése megszűnik abban az időpontban, amelyik az alább felsoroltak közül legkorábban bekövetkezik:

- a. A határozott tartam esetén a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban.
- b. Ha a szerződő jogutód nélkül megszűnik, úgy a jogutód nélküli megszűnés időpontjával.
- c. A szerződés felmondásával a 17.2. pont szerint (rendes felmondás).
- d. Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződőt a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késelelem nélkül bírósági úton érvényesíti.
- e. A biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén a biztosító felmondásával a jelen szerződési feltételek 13.2. pontjában leírtak szerint.
- f. A biztosító általi felmondással a jelen szerződési feltételek 12.13. pontjában leírtak szerint.

17.2. A szerződő és a biztosító a szerződést írásban, a biztosítási évforduló napjával – legkésőbb a biztosítási év végét megelőző 30 nappal – felmondhatják.

18. Elévülési idő

A biztosítási szerződésből származó igények 1 év alatt évülnek el.

19. Jognyilatkozatok

A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a szerződőnek az általa megadott, és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre. A biztosító a szerződőtől a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett.

20. Egyéb rendelkezések

20.1. A biztosított sporttevékenység minősítése:

Jelen feltételek szempontjából versenyző sportoló az a személy, aki sporttevékenységet folytat sportszervezettel munkaviszonyban állva vagy sportszerződés, vagy más, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretében.

20.2. A biztosítási fedezetet igazoló dokumentum megsemmisülése vagy elvesztése esetén a biztosító kérésre másolatot állít ki a dokumentumról.

20.3. A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog a magyar jog. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem érintett kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adójogi kérdésekben a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény, a társasági adóról és osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXV. törvény, az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény, és az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

20.4. Az alábbiakban röviden tájékoztatást nyújtunk a fontosabb adózási szabályokról. A tájékoztatás a 2016. január 1-jén hatályos jogszabályokon alapul, amelyek változhatnak. Az ügyfeleknek az alábbiakban felsorolt, az

adózási kérdésekre vonatkozó alapvető szabályokat meghatározó jogszabályokat, azok változásait célszerű nyomon követniük.

a. Természetes személyek esetén:

- a/1. a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény;
- a/2. az egészségügyi hozzájárulásról szóló 1998. évi LXVI. törvény.

b. Munkáltatónak, kifizetőnek, illetve jogi személynek minősülő szerződők esetén az előbbieken túl:

- b/1. a társasági adóról és osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény;
- b/2. az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény.

20.5. Adómentes biztosítói szolgáltatásnak minősül a baleset- és betegségbiztosítás alapján nyújtott jövedelmet pótló szolgáltatás, feltéve, hogy a biztosítási díj vagy annak egy része a díjfizetés időpontjában adómentes bevételnek minősült azzal, hogy a biztosító adóköteles szolgáltatása utáni adókötelezettséget az elmaradt jövedelemre irányadó rendelkezések szerint kell meghatározni.

Fentiek alapján adómentes a betegségbiztosítás alapján nyújtott jövedelepótló szolgáltatás (napi térítésként vagy az eltelt napok száma alapján meghatározott biztosítási összeg), ha nem haladja meg a jövedelemkiesés időszakára a napi 15 ezer forintot.

A kockázati biztosítás más személy által – az ugyanazon díjat fizető személy által ugyanazon biztosítottra tekintettel egy hónapra vonatkozóan a minimálbér 30 százalékát meg nem haladóan – fizetett díja (azonos szolgáltatási tartalommal rendelkező csoportos biztosítás esetében a fizetett díj egy biztosítottra jutó része) adómentes. Az értékhatár feletti rész az szja tv. 3.§ 89. pontja szerint adóköteles biztosítási díjnak minősül.

A biztosítási díj vállalkozás érdekében (adóalapon is) elismert költség, ha a biztosított az adózóval munkaviszonyban vagy önkéntes jogviszonyban álló magánszemély, az adózó vezető tisztségviselője, tevékenységében személyesen közreműködő tagja, vagy az adózónál jogszabályban meghatározott tanulószerveződés alapján gyakorlati képzésben résztvevő szakképző iskolai tanuló.

20.6. A személyes adatkezelésre vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók, a biztosító elérhetőségeire (levelezési cím, telefonszám, honlapcím), felügyeleti szervére és a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos fogyasztóvédelmi eljárásokra vonatkozó tájékoztatás jelen feltételek részét képező, Tudnivalók elnevezésű külön dokumentumban találhatóak.

21. A korábban alkalmazott feltételektől történő lényeges eltérés

Tájékoztatjuk, hogy a GB272 és GB273 jelű GyógyTárs Csoportos Egészségbiztosítás jelen szerződési feltételei és ügyféltájékoztatója az eddigi, 2015. július 1-jétől hatályos verziótól az alábbiakban tér el lényegesen:

- a biztosító kiegészítette a kizárt kockázatok körét;
- a biztosító kiegészítette az egészségügyi kockázatfelmérésre vonatkozó szabályait az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményének megismerhetőségéről vonatkozó információval.

A felsorolt eltéréseket a feltételszöveg félkövér betűtípussal tartalmazza.

A biztosító legfontosabb adatai

Név: Groupama Biztosító Zrt.

Székhely: 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C

Levelezési cím: 1380 Budapest, Pf. 1049

Honlap: www.groupama.hu

Jogi formája: zártkörűen működő részvénytársaság (alapítva: 1987)

Céggjegyzékszám: Cg. 01-10-041071

Társaságunk a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál került bejegyzésre

1. melléklet: Az egyes fedezetcsomagok összehasonlító táblázata

Fedezet	Fedezetcsomag			Alkalmazott limitek/biztosítási időszak
	Komplex	Plusz	Maximum	
Asszisztencia (non-stop call center és ellátásszervezés)	igen	igen	igen	–
Szűrővizsgálatok	alap szűrőcsomag	bővített szűrőcsomag	bővített szűrőcsomag	legfeljebb egy alkalom
Járóbeteg-szakellátás	általános belgyógyászat, fül-orr-gégészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat, szemészet	általános belgyógyászat, fül-orr-gégészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat, szemészet, ortopédia, reumatológia, neurológia, kardiológia, gasztroenterológia, diabetológia	általános belgyógyászat, fül-orr-gégészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat, szemészet, ortopédia, reumatológia, neurológia, kardiológia, gasztroenterológia, diabetológia	–
Diagnosztikai vizsgálatok	Terheléses EKG, Holter EKG, EEG, EMG, ENG, CT, MR, Cardio CT, és PET/CT kivételével minden	Cardio CT és PET/CT kivételével minden	minden	–
Laborvizsgálatok	igen	igen	igen	–
Második orvosi vélemény	nem	igen	igen	legfeljebb egy alkalom
Egynapos sebészet	nem	igen	igen	legfeljebb egy alkalom
Betegszállítás	nem	igen	igen	legfeljebb 500 km
Házivizit	nem	nem	igen	legfeljebb hat alkalom
Aktív fekvőbeteg-ellátás VIP szinten	nem	nem	igen	legfeljebb 60 napra
Keresőképtelenség (napi) a 31. naptól	1 000 Ft	3 000 Ft	5 000 Ft	legfeljebb 200 napra
Rettegett betegség (31 napos túlélés esetén)	250 000 Ft	400 000 Ft	600 000 Ft	csak abban az esetben, ha az adott betegségre korábban nem történt kifizetés

2. melléklet: A biztosító szolgáltatásai

1. Groupama Gyógyvonal

Biztosítási szolgáltatás

A biztosító az egészségügyi szolgáltató partnerén keresztül a hét minden napján 24 órás rendelkezésre állást biztosít egészségbiztosítási call centeréhez.

A kijelölt telefonszámon az alábbi szolgáltatásokat veheti igénybe a biztosított:

- információ kérése egészségügyi intézmények nyitva tartásáról, rendelési idejéről;
- információ kérése közforgalmú gyógyszertárak nyitva tartásáról;
- információ kérése a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátó intézmények, kórházak területi ellátási kötelezettségeiről;
- információ kérése a betegszállításról;
- általános tanácsadás a biztosított egészségügyi problémáira;
- tanácsadás kérése elsősegélyt igénylő esetekben;
- szükség esetén egészségügyi szolgáltatás, ellátás megszervezése.

Biztosítási szolgáltatási limit

A Groupama Gyógyvonal szolgáltatása a fenti biztosítási események esetén korlátlan alkalommal igénybe vehető mindhárom csomagban.

2. Alap szűrővizsgálati csomag

Biztosítási szolgáltatás

A biztosító szolgáltatása a szűrőcsomag vizsgálatainak megszervezése, finanszírozása és az eredmények biztosítással történő közlése az alábbi tartalommal:

- Belgyógyászati vizsgálat (benne nyugalmi EKG);
- Szájüregi onkológiai vizsgálat.
- Laborvizsgálatok:
 - 50 éves kortól széklet immun-vérteszt;
 - 40 év feletti férfiaknál PSA tumormarker vizsgálat;
 - teljes vércép, süllyedés;
 - teljes vizelet + üledék;
 - májfunkció (GOT, GPT, GGT, ALP);
 - vércukor, összkoleszterin, HDL-koleszterin, LDL-koleszterin, triglicerid;
 - vesefunkció (kreatinin);
 - HgbA1c (hemoglobin A1c).

Biztosítási szolgáltatási limit

Az alap szűrővizsgálati csomag egy biztosítási időszakon belül legfeljebb egy alkalommal vehető igénybe a Komplex csomag esetében.

3. Bővített szűrővizsgálati csomag

Biztosítási szolgáltatás

A szűrővizsgálatok vonatkozásában biztosítási eseménynek a biztosított évente egyszer igénybe vehető szűrővizsgálatra történő jelentkezése minősül. A biztosító szolgáltatása a szűrőcsomag vizsgálatainak megszervezése, finanszírozása és az eredmények biztosítással történő közlése az alábbi tartalommal:

- Belgyógyászati vizsgálat (benne nyugalmi EKG);
- Szájüregi onkológiai vizsgálat;
- Urológiai vizsgálat;
- Nőgyógyászati vizsgálat (citológia, hüvelyi ultrahang, emlővizsgálat – 40 éves kor alatt emlő UH, 40 éves kortól mammográfia);
- Szemészeti vizsgálat;
- Mellkas röntgen.
- Laborvizsgálatok:
 - 50 éves kortól széklet immun-vérteszt;
 - 40 év feletti férfiaknál PSA tumormarker vizsgálat;
 - teljes vércép, süllyedés;
 - teljes vizelet + üledék;
 - májfunkció (GOT, GPT, GGT, ALP);
 - vércukor, összkoleszterin, HDL-koleszterin, LDL-koleszterin, triglicerid;
 - vesefunkció (kreatinin);
 - HgbA1c (hemoglobin A1c).

Biztosítási szolgáltatási limit

A bővített szűrővizsgálati csomag egy biztosítási időszakon belül

legfeljebb egy alkalommal vehető igénybe a Plusz és a Maximum csomag esetén.

4. Járóbeteg-szakellátás

Biztosítási szolgáltatás

Jelen biztosítás esetében biztosítási szolgáltatás a biztosítottaknak a kockázatviselési tartamon belül, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező váratlan betegsége, egészségügyi panasza miatt szükségessé váló egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg-szakellátás keretén belül valósul meg, amennyiben az orvosilag indokolt és szükséges az alábbi orvosszakmák valamelyikében:

- Általános belgyógyászat;
- Fül-orr-gégészeti;
- Nőgyógyászat;
- Urológia;
- Bőrgyógyászat;
- Szemészet;
- Ortopédia;
- Reumatológia;
- Neurológia;
- Kardiológia;
- Gasztroenterológia;
- Diabetológia.

Biztosítási szolgáltatási limit

Járóbeteg-szakellátás a Komplex csomag, a Plusz csomag és a Maximum csomag esetében is korlátlan alkalommal vehető igénybe az egyes biztosítási időszakokban.

5. Diagnosztikai vizsgálatok

Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási szolgáltatás a biztosított panasza okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló – **kizárólag orvos által elrendelt – orvosi vizsgálat**, melynek önmagában nem célja az állapot megváltoztatása. A biztosító szolgáltatása Maximum csomag esetén az alábbi diagnosztikai vizsgálatokra terjed ki (a Komplex és Plusz csomagok tartalmát az 1. melléklet tartalmazza):

- kétirányú mellkas röntgen;
- natív hasi röntgen;
- emlő mammográfiai vizsgálata;
- hasi- és kismedencei ultrahang;
- nyaki erek ultrahangos vizsgálata;
- pajzsmirigyultrahang;
- emlőultrahang;
- szívultrahang;
- hüvelyi ultrahang;
- ízületi ultrahang;
- nyugalmi EKG-vizsgálat;
- terheléses EKG-vizsgálat;
- Holter EKG-vizsgálat;
- EEG-vizsgálat;
- EMG-vizsgálat;
- ENG-vizsgálat;
- agykoponya CT natív;
- agykoponya CT kontrasztanyagossal;
- arckoponya CT natív;
- arckoponya CT kontrasztanyagossal;
- sella célzott CT natív;
- sella célzott CT kontrasztanyagossal;
- orbita célzott CT natív;
- orbita célzott CT kontrasztanyagossal;
- gerinc CT natív;
- gerinc CT kontrasztanyagossal;
- mellkas CT natív;
- mellkas CT kontrasztanyagossal;
- teljes hasi CT natív;
- teljes hasi CT kontrasztanyagossal;

- medence CT natív;
- medence CT kontrasztanyagossal;
- nyaki lágyrész CT natív;
- nyaki lágyrész CT kontrasztanyagossal;
- végtag CT natív;
- végtag CT kontrasztanyagossal;
- agykoponya MRI natív;
- agykoponya MRI kontrasztanyagossal;
- arckoponya MRI natív;
- arckoponya MRI kontrasztanyagossal;
- sella célzott MRI natív;
- sella célzott MRI kontrasztanyagossal;
- orbita célzott MRI natív;
- orbita célzott MRI kontrasztanyagossal;
- gerinc MRI natív;
- gerinc MRI kontrasztanyagossal;
- teljes has MRI natív;
- teljes has MRI kontrasztanyagossal;
- medence MRI natív;
- medence MRI kontrasztanyagossal;
- ízület, végtag MRI natív;
- ízület, végtag MRI kontrasztanyagossal;
- Cardio CT vizsgálat;
- F18-FDG PET/CT vizsgálat;
- C11-acetát szív PET/CT vizsgálat.

Biztosítási szolgáltatási limit

A fenti szolgáltatások biztosítási esemény esetén korlátlan alkalommal igénybe vehető mindhárom csomagban.

6. Laborvizsgálatok

Biztosítási szolgáltatás

Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási termékeink vonatkozásában laborvizsgálat alatt különösen az alábbi csoportokba tartozó vizsgálatokat értjük:

- kémiai vizsgálatok szérumból;
- kvalitatív vérkép;
- véralvadás vizsgálata;
- vizelet minőségi vizsgálata;
- vizelet mennyiségi vizsgálata egyszeri vizeletből;
- általános széketvizsgálat.

Biztosítási szolgáltatási limit

A fenti biztosítási események esetén korlátlan alkalommal igénybe vehető mindhárom csomagban.

7. Második orvosi vélemény

Biztosítási szolgáltatás

A jelen feltételek alapján második orvosi vélemény alatt a biztosított betegségével összefüggésben korábban felállított diagnózis alapján az azt követő kezelési eljárásokkal kapcsolatos orvosszakértő által készített orvosi szakvéleményt kell érteni. A második orvosi véleményt kizárólag a korábbi kezelések leírásai, a korábban elvégzett diagnosztikai és egyéb vizsgálatok, valamint a korábban elkészült kezelési terv alapján készíti el az orvos.

A biztosító – az ellátásszervező közreműködésével – az alábbi megbetegedések diagnosztizálása esetén vállalja a második orvosi vélemény beszerzését:

- rákos megbetegedések (rosszindulatú daganatos megbetegedések);
- szívinfarktus bekövetkezése;
- agyi érkatasztrófa bekövetkezése;
- szívkoszorúérműtét.

Biztosítási szolgáltatási limit

A második orvosi vélemény egy biztosítási időszakon belül legfeljebb egy alkalommal igénybe vehető Plusz és Maximum csomag esetén.

8. Egynapos sebészet

Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási szolgáltatás a biztosított előzmény nélküli megbetegedése kö-

vetkeztében a jelen egészségbiztosítási szerződés keretén belüli, járóbeteg-szakellátáson diagnosztizált és javallott egynapos sebészeti ellátás körében elvégzendő műtete.

- artroszkópiás ortopédiai műtétek;
- epehólyag laparoszkópos eltávolítása;
- lágyéksérv műtét;
- köldöksérv műtét;
- visszér műtét.

Biztosítási szolgáltatási limit

Egynapos sebészeti beavatkozás Plusz és Maximum csomag esetében egy biztosítási időszakon belül legfeljebb egy alkalommal vehető igénybe.

9. Betegszállítás

Biztosítási szolgáltatás

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

Biztosítási szolgáltatási limit

A biztosító a biztosított számára betegszállítást egy biztosítási időszakon belül legfeljebb összesen 500 kilométer távolságra finanszíroz Plusz és Maximum csomag esetén.

10. Házivizit

Biztosítási szolgáltatás

A páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén (otthonában) – a Groupama Gyógyvonalon keresztül bejelentett ellátási esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás. Ennek során a biztosítotthoz háziorvosi jellegű ellátást nyújtó orvost küldenek.

Biztosítási szolgáltatási limit

A házivizit egy biztosítási időszakon belül legfeljebb hat alkalommal vehető igénybe a Maximum csomag esetén.

11. Aktív fekvőbeteg-ellátás VIP szinten

Biztosítási szolgáltatás

A biztosító által támasztott minőségi követelményeknek megfelelő aktív vagy mátrix jellegű kórházi osztályon, egy- vagy kétágyas szobában történő, kiemelt színvonalú fekvőbeteg-ellátás. A kiemelt színvonal az alábbiakat jelenti:

- a VIP részleg külön folyosón elhelyezve;
- klimatizált szoba TV-készülékkel;
- széles sávú internetelérés;
- nővérhívó az ágy mellett;
- szobai hűtő (70-100 literes)
- a la carte étkezési lehetőség (vegetáriánusoknak is);
- a szobához tartozó saját vizesblokk (benne legalább mosdókagyló, tükör, törölközőtartó, zuhanyzó, WC);
- a beteg számára külön kijelölt nővér;
- folyamatos tájékoztatás a várható vizsgálatokról, beavatkozásokról (napokra lebontott kezelési terv, amennyiben a beteg állapota lehetővé teszi);
- igény esetén kompresszoros antidecubitus matrac.

Biztosítási szolgáltatási limit

A VIP szintű fekvőbeteg-ellátás egy biztosítási időszakon belül legfeljebb 60 napon keresztül vehető igénybe Maximum csomag esetében.

12. Keresőképtelenség

Biztosítási szolgáltatás

A biztosító a biztosított saját jogú (tehát nem a biztosított gyermekének betegségéből és nem munkahelyi baleset és foglalkozási megbetegedés eredetű), legalább 31 napos összefüggő keresőképtelensége esetén nyújt

szolgáltatást. A biztosítási szolgáltatást a biztosító visszamenőleg, a keresőképtelenség első napjától kezdődően nyújtja. A biztosítási szolgáltatás Komplex csomag esetében 1000 forint/nap, Plusz csomag esetében 3000 forint/nap, Maximum csomag esetében pedig 5000 forint/nap.

Biztosítási szolgáltatási limit

A keresőképtelenségre vonatkozó fedezet egy biztosítási időszakon belül legfeljebb 200 naptári napra vehető igénybe mindhárom csomag esetében.

13. Rettegett betegség

Biztosítási szolgáltatás

A biztosító az alábbiakban felsorolt, a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli rettegett betegségek bekövetkezése esetén nyújt szolgáltatást:

- rosszindulatú daganatos megbetegedések;

- szívmizominfarktus bekövetkezése;
- agyi érkatasztrófa bekövetkezése;
- szívkoszorúérműtét;
- szervátültetés;
- krónikus veseelégtelenség fellépése;
- vértranszfúzióból származó HIV fertőzés diagnosztizálása.

A pontos definíciókat a 2.25. és a 11.4. a. pont tartalmazza. A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a biztosított a betegség diagnosztizálását követő 31. napon életben legyen. A biztosító által nyújtott szolgáltatás Komplex csomag esetében 250 000 forint, Plusz csomag esetében 400 000, Maximum csomag esetében pedig 600 000 forint.

Biztosítási szolgáltatási limit

A biztosító a rettegett betegségek esetében csak akkor nyújt szolgáltatást, ha ugyanabba a csoportba tartozó rettegett betegségre a biztosított esetében korábban még nem történt kifizetés.