

STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szerződési feltételei (STUDIUM22)



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Hatályos: 2022. augusztus 1. napjától

Jelen STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (STUDIUM22) (továbbiakban: feltétel, vagy általános feltételek) a Generali Biztosító Zrt. STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításaira érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést (továbbiakban: szerződés) a jelen általános feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen általános feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Ügyfélértájköztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések elnevezésű dokumentum, valamint a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezései, illetve az egyéb **hatályos magyar jogszabályok** az irányadók.

A biztosítási szerződés részét képező Ügyfélértájköztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések elnevezésű dokumentumban és a jelen feltételben foglaltak eltérése esetén a feltétel rendelkezései irányadók.

A biztosítási szerződés alapján a biztosító a jelen általános feltételekben meghatározott biztosítási kockázat viselésére, továbbá a biztosítási esemény bekövetkezésétől függően – jogalap fennállása esetén – biztosítási szolgáltatás nyújtására, a Szerződő fél pedig biztosítási díj fizetésére kötelezi magát.

1. § ÉRTELMEZŐ RENDELKEZÉSEK

- 1.1. **Ajánlat és nyilatkozatok:** olyan sorszámmal ellátott írásbeli dokumentum, mely tartalmazza a Szerződőnek a biztosítási szerződés megkötésére irányuló nyilatkozatait, valamint a Biztosított egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatait is, így különösen a Biztosított jogaira és kötelezettségeire vonatkozó tájékoztatást, a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést, illetve a Biztosítottnak a szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos – a biztosított nyilatkozat részét képező nyilatkozatát. Az Ajánlat és nyilatkozatok elnevezésű dokumentum a STUDIUM szerződés részét képezi.
- 1.2. **Betegség** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.
- 1.3. **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.
- 1.4. **Egészségügyi ellátás** az egészségügyi szolgáltató által végzett, az egészségügyi igazgatási szerv 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, illetve baleset 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.
Egészségügyi ellátásnak minősülnek továbbá a gyógyszerekkel, kötszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos hatályos jogszabályok szerinti tevékenységek, a betegszállítás.
- 1.5. **Alapellátás** (egészségügyi vagy orvosi rendelkezésre állás): betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, általánosan igénybe vehető „alap” (nem szak) egészségügyi szolgáltatás: háziorvosi jellegű ellátás.
- 1.6. **Orvosi szakellátás:** a biztosított által orvosi rendelvény alapján igénybe vett egészségügyi ellátások.
- 1.7. **Egészségügyi szolgáltató (intézmény)** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, a hatályos jogszabályok alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult, az egészségügyi igazgatási szerv által – Magyarországra vonatkozóan – kiadott működési engedéllyel rendelkező egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.
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 gondozóintézetek, geriátriai, krónikus intézetek, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények (a továbbiakban együtt: egyéb egészségügyi intézmények), illetve orvosi ellátást végző intézmények a jelen pontban meghatározott egyéb egészségügyi intézmények jellegének megfelelő szolgáltatást nyújtó osztályai (jelen bekezdésben a továbbiakban: osztály), feltéve, hogy a biztosított az egyéb egészségügyi intézmény, illetve az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.
- 1.8. **A Kijelölt egészségügyi szolgáltató** az az alapellátást végző egészségügyi szolgáltató, amellyel a Biztosító az egészségügyi ellátásra szerződést köt, és amelyet a Biztosító az Egészségbiztosítási Kártyán (Health insurance card) nevesít.
- 1.9. **Járóbeteg-szakellátásban** részesül az a személy, aki betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált olyan orvosi, szakorvosi beavatkozást igénylő egészségügyi ellátást kap, amely nem minősül egynapos sebészeti vagy fekvőbeteg-ellátásnak.
- 1.10. **Egynapos sebészet:** jogszabályban meghatározott olyan tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre engedélyeztetten működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt és elvégezhető a vizsgálati eredménye alapján, és amely elvégzését követően a páciens az ellátó intézménybe történő felvételét követő 24 órán belüli megfigyelés után, a saját lábán kísérelve elhagyhatja az ellátó intézményt.
- 1.11. **Fekvőbeteg-ellátásban** részesül az a személy, akit betegség vagy baleset következményeként szükséges egészségügyi ellátás céljából az 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. **Sürgősségi ellátás** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a Biztosított közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. Ilyen esetben azonnal mentőt kell hívni.

- 1.13. **Sürgősségi ügyelet:** azonnali ellátási esetek ellátására az állami egészségügyi rendszeren belül kialakított és működtetett egészségügyi szolgáltató, mely a napi munkarenden kívül bekövetkező és szükséges esetekben folyamatosan igénybe vehető egészségügyi ellátást nyújt.
- 1.14. **Előfinanszírozott egészségügyi ellátás** a Biztosított által igénybe vett olyan orvosilag indokolt – egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult személy, vagy intézmény által nyújtott – egészségügyi szolgáltatás, amelynek költségét a szolgáltatást nyújtó felé a Biztosítótól eltérő személy közvetlenül megtérítette.
- 1.15. **Egészségbiztosítási kártya** (Health insurance card): A biztosító által kiállított, a biztosított jogviszonyra vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazó, a 1.1. pontban nevesített Ajánlat és nyilatkozatok sorszámaival azonos sorszámmal ellátott kártya, mely a biztosítási fedezet létrejöttét és fennállását igazolja, és egyúttal az Egészségügyi szolgáltató előtti biztosított jogviszony igazolására szolgál.
- 1.16. **Éves limit:** Ajánlat és nyilatkozatok dokumentumon és a STUDIUM terméktájékoztatóban meghatározott, a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összesség (éves limit), amely felett a Biztosító a Biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott Biztosított biztosított jogviszonyának teljes tartama alatt (max. 12 hónapra) a nevesített szolgáltatástípusok tekintetében további szolgáltatás nyújtására nem köteles.
- 1.17. **Részlimit:** Ajánlat és nyilatkozatok dokumentumon és a STUDIUM terméktájékoztatóban a Biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott biztosítási időszak tartama alatt a nevesített szolgáltatástípusok tekintetében az éves limit részeként a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozóan meghatározott felső szolgáltatási összesség, amennyiben illet a Biztosító alkalmaz.
- 1.18. **Önrész:** Ajánlat és nyilatkozatok dokumentumon és a STUDIUM terméktájékoztatóban meghatározott, a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó, biztosítási eseményenként és Biztosítottanként értelmezendő és alkalmazandó alsó szolgáltatási összesség, amelynek megfelelő összeget a Biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban saját maga köteles viselni, amennyiben illet a Biztosító alkalmaz.
- 1.19. **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.
- 1.20. **Egészségügyi dokumentum, dokumentáció:** az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, a hatályos jogszabályok alapján és az egészségügyi, orvostudományi előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. Az általános feltételek alkalmazásában, jogszabályokban meghatározott egészségügyi dokumentumok különösen az alábbi iratok: ambuláns lap, kórházi zárójelentés, műtéti leírás, vizsgálati lap, ápolási-, illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, orvosi szakvélemény, laborlap, diagnosztikai- vagy szövettani vizsgálatok során készült felvételek, vény(másolat), beutaló(másolat).
- 1.21. **Gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz:** gyógyszernek, kötszernek, gyógyászati segédeszköznek csak azok a szerek, kellékek, eszközök minősülnek, amelyeket Magyarországon gyógyszerként, kötszerként, gyógyászati segédeszközként bejegyeztek és elismertek. A látásjavító eszközök (szemüveg, kontaktlencse, látóüveg, stb.), a hallásjavító eszközök és a fogászati ellátás keretében felhasznált anyagok, eszközök (műfog, műfogsor, tömések, implantátumok, fogszabályzók, fogfehérítő anyagok és eszközök, stb.) nem minősülnek gyógyászati segédeszköznek. Nem minősülnek gyógyszernek a fogamzásgátlók, esemény utáni tabletták, óvszerek, stb.).
- 1.22. **Kezelés:** olyan egészségügyi szakszemélyzet által végzett tevékenységek összessége, amelyek a diagnosztika eredményeit felhasználva a betegségek gyógyítására, az állapot stabilizálására, a fájdalom (vagy egyéb panaszok) csillapítására irányulnak.
- 1.23. **Vizsgálat (orvosi):** olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja a Biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.
- 1.24. **Ellátásszervezés:** orvostudományi szempontból szükséges egészségügyi szolgáltatások (különösen a tervezhető járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás) megszervezése a Biztosított részére. A Biztosított egészségügyi ellátásának menedzselése, az egészségügyi ellátások és az ellátások útjának figyelése, ellenőrzése, kapcsolattartás a Biztosított ellátását végző egészségügyi szolgáltatókkal, Biztosított által az ellátásszervező szervezésében vagy tudtával, illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások nyilvántartása.
- 1.25. **Szolgáltatásfinanszírozás:** az egészségügyi szolgáltatás költségének – biztosítási szolgáltatásként részben vagy egészben való – megtérítése a biztosítási szerződés keretében és az abban foglalt és meghatározott feltételek szerint.

2. § ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

2.1. A biztosítási szerződés alanyai

- 2.1.1. A biztosító a **Generali Biztosító Zrt.** (továbbiakban: biztosító) a biztosítási díj ellenében a biztosítási szerződésben (Ajánlat és nyilatkozatok dokumentumban) meghatározott tartam alatt viseli a biztosítási kockázatot, és a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.
- 2.1.2. **Szerződő egyben Biztosított** (továbbiakban: Biztosított vagy Szerződő/Biztosított) az a **fogyasztónak minősülő természetes személy**, akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön, és **aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal.** (Fogyasztónak minősül a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.)
- 2.1.3. Jelen feltétel értelmében **Biztosított** az a Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgársággal rendelkező természetes személy, aki 18. életévét már betöltötte, de 65. életévét még nem töltötte be, és akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön, és **aki a biztosítási szerződés megkötésének időpontjában és annak teljes tartama alatt a STUDIUM Terméktájékoztatóban nevesített oktatási intézménnyel aktív (érvényes diákigazolvány-matricával rendelkező) hallgatói jogviszonyban áll.**
- 2.1.4. **A biztosítás kedvezményezettje a Biztosított.**

2.2. A biztosítási szerződés létrejötte

- 2.2.1. A biztosítási szerződés a Szerződő/Biztosított és a Biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre oly módon, hogy a **Szerződő/Biztosított az Ajánlat és nyilatkozatok elnevezésű dokumentumot kitölti és aláírja, a biztosító pedig a biztosítási szerződés érvényes létrejötte esetén kiállítja a biztosítási jogviszony létrejöttét és fennállását igazoló Egészségbiztosítási kártyát.**

- 2.2.2. A biztosítási szerződés egyszeri díjú. A biztosítási díj összegét az Ajánlat és nyilatkozatok tartalmazza, A biztosítási díj a szerződés létrejöttekor esedékes, ezáltal a Szerződő/Biztosított köteles a biztosítási díjat a biztosítási szerződés megkötésekor megfizetni.
- 2.2.3. A Biztosító szerződéskötéskor kockázatelbírálást nem végez.
- 2.2.4. A Biztosító a biztosított jogviszonyra vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazó Egészségbiztosítási kártyát (Health insurance card) állít ki.

2.3. A kockázatviselés kezdete, várakozási idő

- 2.3.1. A Biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a Szerződő/Biztosított által érvényesen aláírt Ajánlat és nyilatkozatok dokumentum biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 0. órájában kezdődik, feltéve, hogy az Ajánlat és nyilatkozatok dokumentumon feltüntetett biztosítási időszakra vonatkozó teljes biztosítási díj egy összegben, egyszeri díjként a biztosító részére megfizetésre került (ha a két időpont eltér, a kockázatviselés az azt követő nap 0. órákor kezdődik, amikor mindkét feltétel teljesül), de legkorábban a biztosítási időszak kezdő napján.

A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amely napon a biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.

- 2.3.2. A biztosító a szerződésben várakozási időt nem köt ki.

2.4. A biztosítás tartama

- 2.4.1. A STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződés az Ajánlat és nyilatkozatok dokumentumon, valamint az Egészségbiztosítási kártyán feltüntetett biztosítási időszak időtartamára jön létre azzal, hogy a biztosítási időszak egy évnél (12 hónapnál) hosszabb nem lehet.
- 2.4.2. Amennyiben a biztosítási időszak egy év, úgy a biztosítási időszak a tárgyév szeptember 01. napján kezdődik és a következő naptári év augusztus 31. napjáig tart.
- 2.4.3. A biztosítási időszakot az Ajánlat és nyilatkozatok dokumentum (1.1.) tartalmazza.

2.5. A biztosított jogviszony megszűnése, a kockázatviselés megszűnése

- 2.5.1. A biztosított jogviszony az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik:
- az Ajánlat és nyilatkozatok dokumentumban/Egészségbiztosítási kártyán meghatározott biztosítási időszak végén, vagy
 - annak a biztosítási időszaknak a végén, amelyben a Biztosított a 65. életévét betöltötte,
 - a Biztosítottnak a Terméktájékoztatóban nevesített oktatási intézménnyel fennálló aktív hallgatói jogviszonyának bármely okból történő megszűnése esetén, az aktuális biztosítási időszak végén,
 - a biztosított halála esetén, a halál időpontjában.
 - a díjfizetés elmulasztása esetén, az alábbiak szerint: amennyiben a Szerződő/Biztosított az egyszeri biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig (a szerződés létrejöttekor) nem egyenlíti ki – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a biztosító a Szerződő felet legalább 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. Ha a Szerződő a kitűzött póthatáridőig fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a biztosító a biztosítási szerződést a szerződés létrejötte visszamenő időponttal megszünteti kivéve, ha a biztosító a díjkövetelését késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

2.6. A biztosítás területi hatálya

A biztosító kockázatviselése Magyarország területére, kizárólag Magyarországon igénybe vett egészségügyi ellátásokra, egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki a jelen feltételek szabályai szerint.

2.7. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- 2.7.1. A Szerződő/Biztosított kötelesek a közlési- és változás-bejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.

2.7.1.1. A Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettsége

A közlési kötelezettség alapján a Szerződő/Biztosított szerződéskötéskor, továbbá a biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentése esetén kötelesek a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítási kockázat elvállalása, valamint a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a biztosító által rendszeresített formanyomtatványon és/vagy hangfelvételeken szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

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

2.7.2. A Szerződő és a Biztosított változásbejelentési kötelezettsége

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

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

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

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

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

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

- 2.7.3.2. Ha a Szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a biztosítási szerződés, vagy annak a módosító javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha erre a következményre a biztosító a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.
- 2.7.4. A Biztosító az egészségbiztosítási szerződés alapján az Ajánlat és nyilatkozatok dokumentumban nevesített Kijelölt egészségügyi Szolgáltató közreműködésével gondoskodik a Biztosítottak (magyarországi) egészségügyi ellátásának finanszírozásáról.
- 2.7.5. A Biztosított köteles az egészségügyi ellátásokat – a sürgősségi ellátási esetek kivételével – a Kijelölt egészségügyi szolgáltatónál, illetve annak szervezésében vagy tudtával és jóváhagyásával igénybe venni.

2.8. Biztosítás díj

- 2.8.1. A Szerződő vállalja, hogy az egyszeri biztosítási díjat a **szerződéskötés**kor az Ajánlat és nyilatkozatok dokumentumon rögzített biztosítási időszakra (a biztosítás teljes tartamára) **előre, összességben megfizeti**.
- 2.8.2. A Szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.
- 2.8.3. Az adott biztosítási időszak tartama alatt bármely időpontban történő szerződéskötés esetén a folyamatban lévő biztosítási időszakra vonatkozó teljes díjat meg kell fizetni.

3. § BIZTOSÍTÁSI VÉDELEM

3.1. Biztosítási esemény

- 3.1.1. Biztosítási esemény az olyan egészségügyi szolgáltatás, melyet a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt az Egészségbiztosítási kártyán (Health insurance card) nevesített Kijelölt egészségügyi szolgáltatónál, annak szervezésében, vagy tudtával, illetve jóváhagyásával vett igénybe.
- 3.1.2. **Jelen pont szempontjából előzmény nélküli betegségeknél, balesetnek vagy kóros állapotnak minősül az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegséggel vagy balesettel vagy kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással okozati összefüggésben nem áll.**
- 3.1.3. Amennyiben a Biztosított az egészségügyi ellátást nem a Kijelölt szolgáltatónál vagy a Kijelölt szolgáltató szervezésében vette igénybe, úgy a Biztosító – jogalap fennállása esetén – abban az esetben téríti meg az ellátás költségét, ha a Biztosított állapota nem tette lehetővé a Kijelölt szolgáltatónál, vagy annak szervezésében történő ellátást (sürgősségi ellátási eset) és az ellátás megkezdését követő legfeljebb 48 órán belül értesíti a Kijelölt szolgáltatót.

3.2. A biztosító szolgáltatásának általános szabályai, a szolgáltatás korlátozásának esetei

- 3.2.1. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítási esemény bekövetkezése esetén kizárólag a jelen pontban meghatározott orvosi, egészségügyi és egyéb szolgáltatások **költségeinek megtérítésére terjed ki**.
- 3.2.2. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége **kizárólag a Magyarországon igénybe vett egészségügyi ellátások költségeinek finanszírozására terjed ki**.
- 3.2.3. A biztosító megtéríti a biztosítási feltételeknek megfelelő, és annak megfelelően bejelentett, a biztosított orvosilag szükséges egészségügyi ellátásával kapcsolatos, a jelen feltételekben meghatározott költségeket abban az esetben, ha a biztosított annak indokolt igénybevételét megfelelően igazolja. Ezeket a költségeket a Biztosító csak abban az esetben téríti meg, **ha azok a betegség feltárásához, gyógyításához szükségesek, és orvos előírása/javaslatára alapján kerülnek elvégzésre**.
- 3.2.4. **A Biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott éves szolgáltatási limit és részlimit keretein belül, önrészek alkalmazása mellett téríti meg a jelen feltételekben meghatározott egészségügyi ellátással kapcsolatos költségeket.**
- 3.2.5. Abban az esetben, ha a biztosítási szolgáltatás jogalapja a biztosítási szerződés alapján nem vagy csak részben áll fenn, és emiatt a biztosított részben vagy egészben nem kötelezett a biztosítási szolgáltatás teljesítésére, akkor a biztosított az általa igénybe vett egészségügyi ellátás költségének **biztosítással nem fedezett ellenértékét köteles megtéríteni az egészségügyi szolgáltatást nyújtó, illetve arról számlát kiállító félnek**.
- 3.2.6. A járóbeteg-ellátás keretében megtérítésre kerülnek:
- az orvosi **alapellátás** költségei,
 - az orvosi **szakellátás** költségei,
 - laboratóriumi- és diagnosztikai vizsgálatok költségei** (pl. vér- és vizeletvizsgálat, röntgendiagnosztika, ultrahang vizsgálat),
- 3.2.7. **A biztosító megtéríti az egynapos sebészeti ellátások (1.10.) költségeit.**
- 3.2.8. A **fekvőbeteg-ellátás** keretében a biztosító a biztosított kórházi tartózkodásának és kezelésének költségeit téríti meg. Ezen belül megtérítésre kerülnek különösen:
- az orvos előírása szerinti egészségügyi ellátás (ideértve a szükséges műtétek) költségei;
 - az ápolás költségei,
- 3.2.9. A Biztosító megtéríti a **járóbeteg-ellátáshoz szükséges gyógyszer, kötszer, gyógyászati segédeszköz** (gyógyászati segédeszközök hivatalos listáján szereplő termékek) költségeit az Ajánlat és nyilatkozatok dokumentumban szereplő éves limit (1.15.), részlimit (1.16.) és önrész (1.17.) figyelembevételével.

A járóbeteg-ellátáshoz szükséges gyógyszer, kötszer, gyógyászati segédeszköz költségét a Biztosítottak kell előfinanszíroznia (1.11). A Biztosító a jelen bekezdés szerinti költséget utólag abban az esetben téríti meg a Biztosított részére, ha a Biztosított a költségek elszámolása céljából a jelen általános feltételek szolgáltatására vonatkozóan **szolgáltatási igényt terjeszt elő a Terméktájékoztatóban meghatározottak szerint**.

- 3.2.10. **Betegszállítás.** Ha a biztosított mozgásképtelenné válik, illetve nem megoldott az egészségügyi ellátó intézménybe való jutása, a biztosító az országhatáron belül a – mentőápolói felügyeletet nem igénylő – betegszállítás költségét abban az esetben téríti meg, ha az általános feltételek szerint biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges.
- 3.2.11. A biztosító megtéríti az éves limit figyelembevételével az **egyszeri hazaszállítás** költségeit, ha a biztosított egészségi állapota alapján az orvosilag (az orvos írásos szakvéleménye alapján) indokolt, és a Kijelölt szolgáltató is javasolja a biztosított állandó lakóhelye szerinti országba történő hazaszállítást.

3.3. A biztosító teljesítése

- 3.3.1. **A Kijelölt egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett, vagy a Kijelölt szolgáltató szervezésében, közreműködésével** (tudtával, illetve jóváhagyásával) **elvégzett egészségügyi ellátás költségeit a Biztosító közvetlenül a Kijelölt szolgáltató részére teljesíti.**
- 3.3.2. A nem a Kijelölt szolgáltatónál vagy nem a Kijelölt szolgáltató szervezésében, sürgősségi ellátás esetén a sürgősségi ügyeleten igénybe vett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor a Biztosítottnak **előfinanszírozási kötelezettsége (1.13) keletkezhet.**
- 3.3.3. A nem a Kijelölt szolgáltatónál, sürgősségi ellátás keretében igénybe vett egészségügyi szolgáltatás, illetve ellátás költségeit a Biztosító a Kijelölt egészségügyi szolgáltatóval folytatott egyeztetést követően téríti meg - a jogalap fennállása esetén.
- 3.3.4. A Biztosított által előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igényt a számla keltét követő 15 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak.
- 3.3.4.1. A biztosított által előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igény elbírálásához jogosult a biztosító bekérni az alábbi dokumentumok másolatát is, amennyiben azok a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és/vagy az igény összegszerűségének megállapításához szükségesek.
- az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről (az egészségügyi ellátásról), a biztosított nevére és lakcímére (szerződésszámának feltüntetésével) kiállított számla,
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum másolatát;
 - a Biztosított magyarországi (forint) bankszámlaszámát tartalmazó nyilatkozatot (aláírással és dátummal ellátva);
 - amennyiben a biztosítási esemény alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat);
 - a biztosítási esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, forgalmi engedély, munkahely, oktatási intézmény, közlekedési vállalat/rendőrség által felvett baleseti jegyzőkönyv/határozat, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények);
 - a biztosító által rendelkezésre bocsátott és a biztosított kezelőorvosa, illetve az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatvány a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a biztosított egészségi állapotáról, illetve a biztosított kórelőzményi adatairól;
 - a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumai: házi-, vagy üzemorvosi orvosi kárton, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratokat;
 - a társadalombiztosítási szerv, vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
 - biztosító kérheti az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített magyar nyelvű hiteles fordításának benyújtását;
 - a biztosító kérheti a fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását és bármely, az ügyfél által megválasztott adathordozón történő benyújtását;
 - a biztosított, vagy a kedvezményezett jogosult a szolgáltatási igényét egyéb okmányokkal, dokumentumokkal is igazolni a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. Így például jogosult arra is, hogy a büntetőeljárásban és a szabálysértési eljárásban hozott jogerős határozatot is benyújtsa a biztosítónak.
- 3.3.6. Amennyiben a rendelkezésre álló iratok alapján a szolgáltatási igény nem bírálható el, a biztosító elrendelheti a biztosított személyes orvosi vizsgálatát (továbbiakban: szolgáltatás elbírálásához szükséges orvosi vizsgálat) is a biztosító költségére.
- 3.3.7. Ha a biztosító által bekért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy ismételten hiányosan nyújtják be, illetve a biztosított nem jelenik meg a szolgáltatás elbírálásához szükséges orvosi vizsgálaton, a biztosító a szolgáltatási igényről a rendelkezésre álló dokumentumok alapján dönt.
- 3.3.8. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha a biztosított, illetve a szolgáltatási igény előterjesztője a jelen általános feltételekben foglalt kötelezettségeiknek nem tesznek eleget, különösen, ha a bejelentésre nyitva álló határidőt nem tartják be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.
- 3.3.9. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához – a szolgáltatási igény biztosítóhoz való beérkezését követő 15 napon belül indított megkeresése alapján – egyéb iratokat is beszerezhet, melyről az ügyfelet tájékoztatja.

3.4. A biztosítási szolgáltatás teljesítésének szabályai

Az előfinanszírozott szolgáltatást a Biztosító – a jogalap fennállása esetén – a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül, törvényes belföldi fizetőeszközben, a szolgáltatások, szolgáltatási korlátok figyelembe vételével teljesíti.

A biztosító iratbeszerzés esetén a szolgáltatási igényről legkésőbb az igény beérkezését követő 120 napig köteles dönteni és döntéséről az ügyfelet tájékoztatni.

3.5. Kizárások

- 3.5.1. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakkal egészben vagy részben okozati összefüggésben álló egészségügyi szolgáltatásokra, eseményekre, és az ezek kapcsán felmerülő költségekre:**
- a Biztosított olyan betegség vagy kóros állapota, amely a Biztosító kockázatviselése kezdetét megelőzően bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőzően kóriszméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényelt, továbbá a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása,

- b) a fogamzásgátlással, a terhességgel (terhesség megállapításával, terhesgondozással) és a szüléssel (gyermekággal) kapcsolatos egészségügyi ellátások,
- c) a művi terhesség-megszakítás, (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit),
- d) a kizárólag a meddőség kivizsgálásával, megszüntetésével, továbbá az emberi reprodukcióval kapcsolatos ellátások, műtétek, illetve a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos orvosi ellátás,
- e) sterilizáló műtét és következményei,
- f) nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtét, és ezek kapcsán felmerülő költségek
- g) esztétikai illetve kozmetikai célból végzett kezelés és sebészeti beavatkozások következményei,
- h) szaruhártyán végzett szemkorrekciós műtétek,
- i) dioptriás szemüveg/napszemüveg, kontaktlencse és tartozékai, ezek elkészítéséhez szükséges orvosi vizsgálat,
- j) hallókészülék és kellékei,
- k) a fogászati és szájszészeti kezelések, kivéve az azonnali ellátást igénylő eseteket (gyökérkezelés, tályogkezelés, foghúzás),
- l) a HIV-vírusfertőzés miatti egészségügyi ellátások,
- m) az alkohol, drog- vagy kábítószer-fogyasztással illetve egyéb szenvedélybetegséggel (pl. kábító hatású anyag vagy gyógyszer) összefüggésben elvégzett egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás (vizsgálatok, kezelések, elvonókúrák),
- n) a kiemelt szintű (V.I.P.) egészségügyi ellátás (pl. egyágyas vagy V.I.P. szoba, V.I.P. étkezés, egyéb, külön költségtérítéssel igénybe vehető kényelmi szolgáltatások),
- o) az akupunktúra, akupresszúra kezelés, keleti gyógyászat, alternatív gyógyászat, természetgyógyászati kezelés,
- ö) lelki működés zavarai, pszichiátriai megbetegedések; pszichiátriai, pszichoterápiai (pszichológiai) ellátás, gondozás,
- p) a biztosított által magának szándékosan okozott testi sérülések, akkor is, ha azt a biztosított zavart tudatállapotában követte el,
- q) védőoltások vakcinája beszerzésének és beadásának költségtérítése,
- r) a szanatóriumi, illetve ápolási otthonban történő ellátások,
- s) transzplantáció, művese kezelés, rosszindulatú daganatos betegségek onkológiai kezelése, gondozása, kontrollja, a daganatos betegség következményeihez kapcsolódó egyéb ellátások, (pl. bélelzáródás, csontáttétek műtéti ellátása),
- t) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, hospice ellátás, gyógyterápiák, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fizikoterápia, fürdőkúra, fogyókúra, infúziós keringésjavító vagy infúziós fájdalomcsillapító kezelések, izületbe adott injekciók), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával kapcsolatos kezeléseket,
- u) az olyan orvosi ellátás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása, egészségének helyreállítása, így különösen a nem a biztosítással összefüggésben elrendelt, illetve igénybe vehető szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti vagy a Biztosítottnak a szülője ápolása miatti, az orvosi ellátást végző intézményben való tartózkodása,
- v) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott, továbbá ilyen személy által végzett kezelés miatt utóbb szükségessé vált orvosi vagy egyéb egészségügyi ellátás,
- w) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott, továbbá ilyen személy által végzett kezelés miatt utóbb szükségessé vált orvosi vagy egyéb egészségügyi ellátás.
- x) emberen végzett orvostudományi kutatások, kísérleti stádiumban lévő diagnosztikus és terápiás eljárásokhoz kapcsolódó ellátások, a magyarországi egészségügyi szolgáltatóknál általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátások, továbbá a magyar társadalombiztosítási ellátást finanszírozó intézet (NEAK/OEP) által be nem fogadott vagy nem finanszírozott eljárások, eszközök, továbbá az egyedi NEAK/OEP finanszírozáshoz kötött eljárások és az ezekhez kapcsolódó költségek, továbbá az egyedi NEAK/OEP finanszírozáshoz kötött eljárások,
- y) fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények (pl. TBC, tetanusz, hepatitis B, C vírusfertőzés), trópusi betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények (malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz, SARS), továbbá szexuális úton átvihető betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények,
- z) jogszabályokban meghatározott, katasztrófa- és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ide értve a kötelező, illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, a bármely védőoltás beadásával kapcsolatos kiadásokat is.
- 3.5.2. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosított jogviszony (a Biztosító kockázatviselésének) fennállása alatt bekövetkezett, azzal egészben vagy részben okozati összefüggésben álló egészségügyi szolgáltatásokra, eseményre, és ezek kapcsán felmerülő költségekre, ha
- a) az esemény a Biztosított alkohol fogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták;
- b) a Biztosított az esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt. Ha történt véralkohol vizsgálat, a jelen pont szempontjából alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5%-ot meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8%-ot meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció,
- c) a Biztosított érvényes vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.
- d) a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában alkohol fogyasztása ellenére vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.
- 3.5.3. A Biztosító kockázatviselése továbbá nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
- a) ionizáló sugárzás
- b) nukleáris energia
- c) HIV-fertőzés
- d) háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskíséret, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviellongások, felkelés.
- Jelen feltételek szempontjából háborús eseménynek minősül a háború (hadüzenettel vagy anélkül), határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskíséret, polgárháború.
- 3.5.4. A Biztosító kockázatviselése a 3.4.3.d. pontban foglaltakkal ellentétben kiterjed a Biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a Biztosítottnak a tüntetés, sztrájk, illetve felvonulás hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított eseményein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek abban az esetben, ha a Biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.
- 3.5.5. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a Biztosított öngyilkossági kísérletével okozati összefüggésben álló eseményekre, még akkor sem, ha a Biztosított az öngyilkossági kísérletet zavart tudatállapotban követte el.

- 3.5.6. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre sem, amelyek okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf, hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, Bungee Jumping (mélybe ugrás), autó- motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, moto-cross sport, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival), quad, privat-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés, bázisugrás).
- 3.5.7. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra az eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a Biztosítottnak az alábbiakban meghatározott tevékenységeivel: kaszkadőr, cirkuszi artista, akrobata, tesztpilóta, berepülő pilóta, ejtőernyős ugró, hadseregben sugárhajtású gép személyzetéhez tartozó egyén, testőr, kommandós, idegenlégiós, békefenntartó, hírszerző, fegyveres őr, pénzszállító, hadseregben dolgozó hivatásos vagy katonai szolgálatot teljesítő olyan személy, aki fokozott veszélynek kitett tevékenységet végez (pl.: tűzszerész, búvár).

3.6. Mentésülés

- 3.6.1. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosító bizonyítja, hogy a biztosítási esemény alapjául szolgáló eseményt jogellenesen és szándékosan vagy jogellenesen és súlyosan gondatlan magatartással:
- a) a biztosított; vagy
 - b) a velük közös háztartásban élő hozzátartozója okozta.

- 3.6.2. A biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni, így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie (kárenyhítési kötelezettség).

Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá. A biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.

Ha a biztosított a kármegelőzési illetve kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

- 3.6.3. A fentiek nem jelentik a biztosított korlátozását a szabad orvosválasztási és egészségügyi szolgáltató-választási jogában.

4. § EGYÉB RENDELKEZÉSEK

4.1. Elévülés

- 4.1.1. A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje kettő (2) év.

- 4.1.2. Amennyiben a Biztosított előfinanszírozta az egészségügyi szolgáltatást (3.3.4. pont), úgy a biztosító fizetési szolgáltatására vonatkozó igénye tekintetében az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

- az igény bejelentésének elmaradása esetén az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás utolsó napját követő napon,
- az igény bejelentése esetén az utolsó iratnak a biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. napot követő naptól,
- az igény bejelentése esetén, amennyiben a biztosító által igényelt iratcsatolás, vagy információszolgáltatás elmarad, a biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő naptól, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. napot követő naptól,
- egyéb esetekben a követelés esedékessé válásának napján.

4.2. Eljárás véleménykülönbség esetén

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

4.3. Az általános feltételek Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő rendelkezései

- 4.3.1. Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételeinek (STUDIUM22) azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) rendelkezéseitől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérnek.

- 4.3.2. Jelen feltételek 2.2.1. pontja értelmében – a Ptk. 6:443. § (1) bekezdésétől eltérően – a biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre.

- 4.3.3. Jelen feltételek 4.1.1. pontjában foglalt elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. **Jelen szerződésből eredő igények kettő (2) év elteltével évülnek el.**

- 4.3.4. Jelen feltételek 2.5.1.e) pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:449. § (1) bekezdésétől – a biztosító a Szerződő felet **legalább 30 napos póthatáridő tűzésével** hívja fel írásban a teljesítésre, amennyiben a Szerződő az esedékes biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki.