

## STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételei

Jelen STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (továbbiakban: feltétel, vagy általános feltételek) a **Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződéseire (továbbiakban: biztosítási szerződés)** érvényesek feltéve, hogy a szerződést jelen általános feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen általános feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezései, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályok** az irányadóak.

**A biztosítási szerződés részét képező „Ügyfélértékelő és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” elnevezésű dokumentumban és a feltételben foglaltak eltérése esetén a feltételek rendelkezései irányadóak.**

### Értelmező rendelkezések

- Ajánlat és kötvény** (rajta biztosított nyilatkozatok): olyan sorszámmal ellátott írásbeli dokumentum, mellyel a Biztosító ajánlati nyomtatványa egyben kötvényként is szolgál, így ez az ajánlat elfogadását és a szerződés létrejöttét igazoló okirat is egyben. (Az ajánlat a biztosítási igényt megfogalmazó és a szerződéskötésre irányuló egyoldalú írásbeli nyilatkozat.) Az Ajánlat és kötvény tartalmazza 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 Biztosítottak a szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos – a biztosított nyilatkozat részét képező – nyilatkozatát. Az Ajánlat és kötvény elnevezésű dokumentum a STUDIUM szerződés részét képezi.
- Alapellátás** (egészségügyi vagy orvosi rendelkezésre állás): betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, általánosan igénybe vehető „alap” (nem szak) egészségügyi szolgáltatás: háziorvosi jellegű ellátás.
- 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.
- 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.
- Betegség** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.
- 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, orvosszakmai 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 a részben jogszabályban is szabályozott 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, vénny(másolat), beutaló(másolat).
- Egészségbiztosítási kártya** (Health insurance card): A biztosító által kiállított, a biztosítási jogviszonyra vonatkozó legfontosabb adatokat és az Ajánlat és kötvény számát tartalmazó kártya, mely az Egészségügyi szolgáltató előtti biztosított jogosultság igazolására szolgál. Az Ajánlat és kötvényt illetve az Egészségbiztosítási kártyát a biztosítási jogviszony létesítésekor állítja ki a Biztosító. A biztosítási díjjal fedezett biztosítási időszakot az elektronikus Egészségbiztosítási kártya (STUDIUM E-Card) igazolja.
- 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.

9. **Éves limit/részlimit:** a szerződés részét képező STUDIUM Ajánlat és kötvényen meghatározott, a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összeghatár (éves limit), amely felett a Biztosító a Biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott biztosítási évben a nevesített szolgáltatás típusok tekintetében további szolgáltatás nyújtására nem köteles. Részlimit: a szerződés részét képező STUDIUM Ajánlat és kötvényen meghatározott, a Biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott biztosítási évben a nevesített szolgáltatás típusok tekintetében az éves limit része.
10. **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.
11. **Gyógyszer, kötszer és gyógyászati segédeszköz:** gyógyszernek, kötszernek, gyógyászati segédeszköznek csak azok a szerek, kellekek, 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.
12. **Járóbeteg-szakellátásban** részesül az a személy, aki betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált olyan egyszeri, illetve alkalmoszerű orvosi, szakorvosi beavatkozást igénylő egészségügyi ellátást kap, amely a 24 órát nem haladja meg, és nem minősül fekvőbeteg-ellátásnak.
13. **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.
14. **Kijelölt szolgáltató** az a kijelölt egészségügyi szolgáltató, illetve kijelölt ellátásszervező, amellyel a Biztosító az egészségügyi ellátásra és/vagy az egészségügyi ellátás megszervezésére szerződést köt és amelyet a Biztosító az Egészségbiztosítási Kártyán (Health insurance card) nevesít.
15. **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 gondozóintézetei, geriátriai, krónikus intézetek, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények (a továbbiakban együtt: egyéb egészségügyi intézmények), illetve orvosi ellátást végző intézménynek a jelen pontban meghatározott egyéb egészségügyi intézmények jellegének megfelelő szolgáltatást nyújtó osztályai (jelen bekezdésben a továbbiakban: osztály), feltéve, hogy a Biztosított az egyéb egészségügyi intézmény, illetve az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.
16. **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.
17. **Ellátásszervező:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül olyan fél, amely a Biztosítóval kötött szerződés alapján jogosult és kötelezett a Biztosított által a szerződése terhére igénybe vehető - elsősorban a tervezhető módon hozzáférhető - egészségügyi szolgáltatások megszervezésére, a

Biztosítottak teljesített egészségügyi szolgáltatások minőségi és szakmai ellenőrzésére. A szolgáltatásszervező - amennyiben lehetséges - a vele szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatókon keresztül teljesíti azokat az egészségügyi szolgáltatásokat, amelyek a szerződésre vonatkozó szolgáltatások alapján a Biztosított által igénybe vehetők.

18. **Ellátásszervezés:** orvosszakmai szempontból szükséges egészségügyi szolgáltatások (különösen a tervezhető járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás) megszervezése a Biztosított részére. Szolgáltatásszervezés az általános feltételek alkalmazásában: a Biztosított egészségügyi ellátásának menedzselése, az egészségügyi ellátások és az ellátások útjának figyelése, ellenőrzése, kapcsolattartás a Biztosított ellátását végző egészségügyi szolgáltatókkal, Biztosított által a szolgáltatásszervező szervezésében vagy tudtával illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások adminisztrálása.
19. **Önrész:** a szerződés részét képező STUDIUM terméktájékoztatóban meghatározott szolgáltatási összeghatár, melyet biztosítási eseményenként a terméktájékoztatóban meghatározott esetekben a Biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban saját maga köteles viselni.
20. **Orvosi szakellátás:** a Biztosított által orvosi rendelvény alapján igénybe vett egészségügyi ellátások.
21. **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.
22. **Szolgáltatásfinanszírozó:** egészségügyi szolgáltatás költségeinek - biztosítási szolgáltatásként részben vagy egészben való - megtérítése biztosítási szerződés keretében és az abban foglalt és meghatározott feltételek szerint.
23. **Vizsgálat (orvosi):** olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja a Biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.

## I. A biztosítási szerződés tartalma

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

## II. Általános rendelkezések

### II.1. A biztosítási szerződés alanyai (a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított)

II.1.1. A **Biztosító** az a jogi személy, amely biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen általános **feltételekben meghatározott szolgáltatások költségeinek megtérítésére kötelezettséget vállal.**

II.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, 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.)

II.1.3. Jelen termék esetében Biztosított lehet az a Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgársággal rendelkező természetes személy, akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön, aki a biztosítási szerződés megkötésének időpontjában a **18. életévét betöltötte, de a 65. életévét még nem érte el, és aki a biztosítási szerződés tartama alatt a Ajánlat és kötvény** nevesített egyetemmel / oktatási intézménnyel hallgatói jogviszonyban áll.

Biztosított lehet továbbá az a külföldi állampolgársággal rendelkező természetes személy is, aki az előzőekben meghatározott Biztosított közeli hozzátartozója, és aki a szerződés megkötésének időpontjában a 18. életévét már betöltötte, de a 65. életévét még nem érte el, és nem áll társadalombiztosítási védelem alatt Magyarországon.

## II.2. A biztosítási szerződés létrejötte és módosítása

II.2.1. A szerződés a Szerződő/Biztosított és a Biztosító **írásbeli megállapodása** alapján jön létre oly módon, hogy a Szerződő/Biztosított az Ajánlat és kötvény dokumentumot kitölti és aláírja, valamint az Ajánlat és kötvényen meghatározott első biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási díjat egy összegben megfizeti.

II.2.2. A Biztosító jogosult a szerződés megkötése előtt a biztosítás első biztosítási időszakra vonatkozó díjának megfelelő összeget beszedni, melyet kamatmentes előlegként kezel.

II.2.3. A Biztosító a biztosított jogviszonyra vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazó Egészségbiztosítási kártyát (Health insurance card) állít ki.

## II.3. A kockázatviselés kezdete

A Biztosító kockázatviselése a biztosítási jogviszony létrejöttekor **az Ajánlat és kötvény Szerződő/Biztosított általi aláírását és az első biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási díj megfizetésének napját követő nap 0. órájától kezdődik** (ha a két időpont egymástól eltér, a kockázatviselés az azt követő nap 0. órákor kezdődik, mikor mindkét feltétel teljesült), **de legkorábban a biztosítási időszak kezdő napján.**

## II.4. A biztosítási tartam

II.4.1. A STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződés **határozott időtartamra, a Biztosított Debreceni Egyetemmel aktív hallgatói jogviszonyának időtartamára** jön létre.

**II.4.2. A szerződés időtartama biztosítási évekre és biztosítási időszakokra oszlik.**

**Biztosítási év:** 1 (egy) év, mely igazodik a tanévhez, így **tárgyév szeptember 01. napján kezdődik és a következő naptári év augusztus 31. napjáig tart.**

**Biztosítási időszak:** egy biztosítási évben két biztosítási időszak van, **I. időszak szeptember 1.-től február 28/29.-ig illetve II. időszak március 1.-től augusztus 31-ig tart.**

**II.4.3. A biztosítási időszakokat az elektronikus Egészségbiztosítási kártya (E-Card) igazolja.**

**II.4.3. A biztosított jogviszony 1 (egy) hónapnál rövidebb időtartamra nem létesíthető. Biztosítási hónap alatt biztosítási díjjal fedezett naptári hónapot kell érteni azzal, hogy a biztosítási hónap a díjjal fedezett naptári hónap 01. napjától az adott hónap utolsó napjáig tart azzal, hogy a biztosított jogviszony első biztosítási hónapjának kezdő napja a kockázatviselés kezdő időpontjával azonos.**

## II.5. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

II.5.1. A szerződés megszűnik:

- a hallgatói jogviszony megszűnésekor,
- a díjfizetés elmulasztása esetén a IV.2. pontban leírt időpontban,
- annak a biztosítási időszaknak a végén, amelyben a Biztosított a 65. életévét betöltötte,
- a Biztosított halála esetén a halál időpontjában

## II.6. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése illetve szolgáltatási kötelezettsége **kizárólag a Magyarország területén igénybevett** egészségügyi ellátásokkal és egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos költségekre terjed ki.

## III. Biztosítási díj

**III.1. A biztosítás féléves díjfizetésű,** a biztosítás első díja a szerződés létrejöttekor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak (biztosítási időszak) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Az első biztosítási időszakra vonatkozó díjat az **Ajánlat és Kötvény tartalmazza.**

III.2. A Szerződő/Biztosított a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a **biztosítási díj a Biztosító számlájára beérkezik.**

**III.3. A Szerződő/Biztosított vállalja, hogy az esedékes biztosítási díjat az adott biztosítási időszakra (annak tartamára) előre egy összegben megfizeti.**

**III.4. Az adott biztosítási időszak tartama alatt bármely időpontban történő szerződéskötés esetén a folyamatban lévő biztosítási időszakra vonatkozó teljes díjat meg kell fizetni.**

### **III.5. A biztosítási díjfizetés elmulasztásának következményei**

III.5.1. Amennyiben a Szerződő/Biztosított a biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki, a Biztosító - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a szerződő felet legalább 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja.

III.5.2. Ha a Szerződő/Biztosított a **kitűzött póthatáridőig** fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a Biztosító a biztosítási szerződést a díjrendezettség napjával megszünteti.

### **III.6. A biztosítási díj módosításának a szabályai**

**III.6.1. A biztosítások költségfedező képességének megőrzése és a kockázatarányos díj elvének alkalmazása érdekében a Biztosító naptári évenként egyszer díjigazítást hajthat végre.**

- a) Díjigazításra a biztosítással fedezett szolgáltatások költségeinek, a szolgáltatások körének, és a szolgáltatások igénybevétele gyakoriságának változásakor kerül sor.
- b) A díjigazítás technikája a biztosítás díja módosítás előtt meghatározott százalékkal történő változtatása.
- c) A díjigazítás alapja a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) által megadott tárgyévvel megelőző naptári évre vonatkozó egészségügyi árindex, valamint a biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál az igénybe vehető költségtérítéses egészségügyi szolgáltatások díjának - az előző évhez viszonyított – változása, továbbá a biztosító szolgáltatásainak változása (pl. új szolgáltatások bevezetése, stb.).
- d) A biztosító minden évben legalább egyszer összehasonlítja a szükségessé váló és a kalkulált biztosítási szolgáltatásokat. Amennyiben ez az összehasonlítás 2%-nál nagyobb mértékű eltérést mutat, a biztosító ellenőrzi a tarifa valamennyi díjtételét, és ha szükséges, díjigazítást hajt végre.

**A biztosítási díj jelen pont szerinti módosítása esetén a Biztosító a biztosítási díj módosításáról és annak mértékéről a módosítás hatálybalépését legalább 30 nappal megelőzően (különös tekintettel a biztosítási időszak kezdetére) írásban értesíti a Szerződőt/Biztosítottat.**

**Amennyiben a Szerződő/Biztosított a Biztosító által közölt módosításokkal a biztosítási szerződését nem kívánja fenntartani, a szerződést az aktuális biztosítási időszak végére – felmondási idő figyelembevétele nélkül - írásban felmondhatja.**

**Felmondás hiányában a Szerződő/Biztosított a következő biztosítási időszak első napjától kezdődő hatállyal a megváltozott mértékű biztosítási díjat köteles megfizetni.**

## **IV. Biztosítási esemény, a Biztosító szolgáltatása és teljesítésének feltételei**

### **IV.1. Biztosítási esemény**

IV.1.1. Biztosítási esemény az olyan egészségügyi szolgáltatás, melyet a Szerződő/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 vagy kijelölt ellátásszervező (továbbiakban együttesen: kijelölt szolgáltató)** szervezésében, vagy tudtával, illetve jóváhagyásával vett igénybe.

IV.1.2. Jelen pont szempontjából előzmény nélküli betegségnek, balesetnek vagy kóros állapotnak minősül az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegséggel vagy balesettel vagy kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással okozati összefüggésben nem áll.

IV.1.3. Amennyiben a Szerződő/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 eset) és az ellátás megkezdését követő legfeljebb 48 órán belül értesíti a kijelölt szolgáltatót.

IV.1.4. **Nem minősül biztosítási eseménynek az azonnali ellátási esettel kapcsolatos egészségügyi ellátás, ha az a társadalombiztosítási rendszer által finanszírozott illetve finanszírozandó.**

IV.1.5. A **biztosítási esemény időpontja** az egészségügyi ellátás igénybevételének első napja. A jelen általános feltételek alkalmazásában **egy biztosítási eseménynek azok az azonos sérülési, egészségkárosodási, megbetegedési okra, okokra, illetve egészségi problémára visszavezethető egészségügyi szolgáltatások minősülnek, amelyek egy napon vagy egy egészségügyi ellátás keretében történtek, és ugyanahhoz a szolgáltatásfajta-hoz tartoznak.**

## IV.2. A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai

IV.2.1. A Biztosító megtéríti a Szerződő/Biztosított orvosilag szükséges egészségügyi ellátásával kapcsolatos, a jelen feltételekben meghatározott költségeket abban az esetben, ha azt a Szerződő/Biztosított a kijelölt egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe, vagy annak indokolt igénybevételét megfelelően igazolja.

IV.2.2. A Biztosító az Ajánlat/kötvényen meghatározott éves szolgáltatási limit és részlimit keretein belül, önrészek alkalmazása mellett - amennyiben ilyet alkalmaz a Biztosító - téríti meg a jelen feltételekben meghatározott egészségügyi ellátással kapcsolatos költségeket.

IV.2.3. Abban az esetben, ha a biztosítási szolgáltatás jogalapja a biztosítási szerződés alapján nem, vagy csak részben áll fenn, és emiatt a Biztosító részben vagy egészben nem kötelezett a költségek megtérítésére, akkor a Szerződő/Biztosított az általa igénybe vett egészségügyi ellátás költségének biztosítással nem fedezett ellenértékét köteles megtéríteni az egészségügyi szolgáltatást nyújtó, illetve arról számlát kiállító félnek.

IV.2.4. A **járóbeteg-ellátás keretében** megtérítésre kerülnek:

- az orvosi (házi orvosi jellegű) **alapellátás költségei,**
- az orvosi **szakellátás költségei, beleértve az ambuláns beavatkozások költségét is,**
- laboratóriumi – és diagnosztikai vizsgálatok költségei,** amelyeket a Biztosító csak akkor téríti meg, ha azok a betegség feltárásához, gyógyításához szükségesek,

IV.2.5. **Egynapos sebészeti** ellátások költségei.

IV.2.6. A **fekvőbeteg-ellátás keretében** a Biztosító a Szerződő/Biztosított kórházi tartózkodásának és kezelésének költségeit téríti meg. Ezen belül megtérítésre kerülnek különösen:

- az orvos előírása szerinti egészségügyi ellátás (ideértve a szükséges műtétek) költségei;
- a kórházi ápolás költségei;
- az orvosilag indokolt, egészségi okból elvégzett terhesség-megszakítás költségei.

IV.2.7. A Biztosító megtéríti **az egészségügyi ellátáshoz szükséges gyógyszer, kötszer, ideiglenes gyógyászatai segédeszköz (gyógyászati segédeszközök hivatalos listáján szereplő termékek) költségeit a biztosított nyilatkozaton szereplő éves limit, részlimit és önrész figyelembe vételével.**

**Ezen termékek költségét a Biztosítottnak kell előfinanszíroznia.** A Biztosító ezt a költséget utólag abban az esetben téríti meg a Szerződő/Biztosított részére, ha a költségek elszámolása céljából a jelen általános feltételek IV.3. pontjában leírtak szerint szolgáltatási igényt terjesztenek elő a Biztosítónál, és a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítási szerződés alapján fennáll.

IV.2.8. **Betegszállítás:** Ha a Szerződő/Biztosított mozgásképtelenné válik, és 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.

IV.2.9. **A Biztosító megtéríti az éves limit figyelembevételével az állandó lakóhelye szerinti országba történő egyszeri hazaszállítás költségeit, ha a Szerződő/Biztosított egészségi állapota alapján orvosilag (az orvos írásos szakvéleménye alapján) indokolt és a Biztosító által kijelölt szolgáltató is javasolja.**

### IV.3. A Biztosító teljesítésének feltételei

IV.3.1. **A kijelölt szolgáltatónál igénybe vett, vagy a kijelölt szolgáltató szervezésében, közreműködésével (tudtával, illetve jóváhagyásával) elvégzett egészségügyi ellátás költségeit a Biztosító közvetlenül a kijelölt szolgáltató részére teljesíti.**

IV.3.2. A nem a kijelölt szolgáltatónál vagy nem a kijelölt szolgáltató szervezésében, sürgősségi esetben igénybe vett egészségügyi szolgáltatás esetén a Szerződő/Biztosítottnak előfinanszírozási kötelezettsége keletkezhet.

IV.3.3. **A Szerződő/Biztosított által előfinanszírozott egészségügyi ellátás** illetve gyógyszer- kötszer- és gyógyászati segédeszköz vásárlása esetén az egészségügyi szolgáltatás költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igényt a számla keltét követő 15 napon belül be kell nyújtani **a kijelölt egészségügyi szolgáltatónak** (Debreceni Egyetem - Alapellátási rendelő, 4032 Debrecen, Egyetem tér 1.).

IV.3.3.1. A Szerződő/Biztosított által előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás illetve gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

- a) az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről kiállított a kijelölt egészségügyi szolgáltató nevére (Debreceni Egyetem, 4032 Debrecen, Egyetem tér 1.) a Biztosított nevének feltüntetésével, vagy a Biztosított nevére és címére kiállított eredeti számlát, melyet legkésőbb az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének utolsó napján kell igényelni a szolgáltatást teljesítőtől,
- b) a biztosítási eseménnyel összefüggő valamennyi egészségügyi dokumentum másolatát (pl.: ambuláns lap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény, beutaló stb.), beleértve a vele kapcsolatos korábbi összes egészségügyi dokumentumot és az első egészségügyi ellátás dokumentumát is,
- c) a biztosított magyarországi (forint) bankszámlaszámát tartalmazó nyilatkozatot (aláírással és dátummal ellátva).

IV.3.3.2. **A Biztosító az előző pontban megjelölt iratok mellett a szolgáltatási igény elbírálásához szükség esetén jogosult bekérni az alábbi dokumentumok másolatát is, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és/vagy az igény összegszerűségének megállapításához szükségesek :**

- a) 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 büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll;
- b) A biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (a Szerződő/Biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, boncolási jegyzőkönyv, jogosítvány és forgalmi engedély, munkahely, oktatási intézmény, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv/határozat, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények);
- c) A Biztosító által rendelkezésre bocsátott és a Szerződő/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;
- d) A Szerződő/Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumai: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok;
- e) 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);
- f) A Szerződő/Biztosítottnak a sporttevékenységével kapcsolatos tagsági igazolványa, jogviszonyt igazoló dokumentuma, mérkőzés jegyzőkönyve;
- g) A Szerződő/Biztosított születésének időpontját igazoló hivatalos bizonyítvány (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevel, vezetői engedély);
- h) A Biztosító kérheti az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített magyar nyelvű hiteles fordításának benyújtását;



i) A Biztosító kérheti a fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását és bármely adathordozón rögzített benyújtását.

IV.3.4. A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához egyéb iratokat is beszerezhet.

IV.3.5. Amennyiben a rendelkezésre álló iratok alapján a szolgáltatási igény nem bírálható el, a Biztosító elrendelheti a Szerződő/Biztosított személyes orvosi vizsgálatát (továbbiakban: szolgáltatás elbírálásához szükséges orvosi vizsgálat) is a Biztosító költségére.

IV.3.6. Ha a Biztosító által bekért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy ismételten hiányosan nyújtják be, illetve a Szerződő/Biztosított nem jelenik meg a szolgáltatás elbírálásához szükséges orvosi vizsgálaton, a Biztosító a szolgáltatási igényről a rendelkezésre álló dokumentumok alapján dönt.

**IV.3.7. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő/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 kideríthetetlené válnak.**

#### **IV.4. A biztosítási szolgáltatás teljesítésének szabályai**

A Biztosító a Szerződő/Biztosított vagy nevében más által előfinanszírozott biztosítási szolgáltatást - a jogalap fennállása esetén - **az összes dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül**, törvényes belföldi fizetőeszközben, magyarországi pénzügyintézetnél vezetett bankszámlára való átutalással, a számla és a szolgáltatások, szolgáltatási korlátok figyelembevételével teljesíti.

#### **V. A Biztosító mentesülése, illetve a kockázatviselésből kizárt események**

**V.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 Szerződő/Biztosított; vagy

b) a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.

**V.2. A Szerződő/Biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha**

a) 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 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció;

b) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett, és ez a tény a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésében közrehatott;

c) a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll azzal, hogy a Szerződő/Biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti szabályt megszegett.

**V.3. A Szerződő/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. Ha ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól. Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Szerződő/Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.**

**A fentiek nem jelentik a Szerződő/Biztosított korlátozását a szabad orvosválasztási és egészségügyi szolgáltató-választási jogában.**



V.4. Ha a Szerződő/Biztosított közlési, illetve változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be kivéve, ha bizonyítják, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:

- a) a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
- b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

V.5. 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 puccskísérlés, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviillongások, felkelés.

Jelen feltételek szempontjából háborús eseménynek minősül a háború (hadüzenettel vagy anélkül), határviillongás, felkelés, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, polgárháború.

V.6. A Biztosító kockázatviselése a V.5.d. pontban foglaltakkal ellentétben kiterjed a Szerződő/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.

V.7. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a Szerződő/Biztosított öngyilkossági kísérletével okozati összefüggésben álló eseményekre, még akkor sem, ha az öngyilkossági kísérletet zavart tudatállapotban követte el.

V.8. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakkal összefüggő egészségügyi szolgáltatásokra:

- a) a Szerződő/Biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a Biztosító kockázatviselése kezdetét megelőzően bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőzően kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényelt, továbbá a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.
- b) a terhességgel (terhesség megállapításával, terhesgondozással) és a szüléssel kapcsolatos egészségügyi ellátások és felmerülő költségek,
- c) a művi terhesség-megszakítás, (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit, valamint a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását),
- d) a kizárólag a meddőség megszüntetésével kapcsolatos műtétek, illetve a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos orvosi ellátás,
- e) sterilizáló műtét és következményei,
- f) nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtét,
- g) esztétikai (kozmetikai) célból végzett kezelés, sebészet és következményei,
- h) szemkorrekciós műtétek,
- i) dioptriás szemüveg/napszemüveg, kontaktlencse (és tartozékai), és az ezek elkészítéséhez szükséges orvosi vizsgálat költségei,
- j) hallókészülék,
- k) fogászati és szájsebészeti kezelések, kivéve az azonnali ellátást igénylő esetekben a gyökérkezelés, tályogkezelés, foghúzás
- l) a HIV-vírusfertőzés miatti egészségügyi ellátások,
- m) az alkohol-, drog vagy kábítószer-fogyasztással illetve egyéb szenvedélybetegséggel összefüggésben elvégzett vizsgálatok, kezelések,
- n) a kiemelt szintű (V.I.P.) egészségügyi ellátás (pl. egyágyas szoba),

- o) az akupunktúra, akupresszúra kezelés, keleti gyógyászat, alternatív gyógyászat, természetgyógyászati kezelés,
- ö) lelki működés zavarai, pszichiátriai megbetegedések; pszichiátriai, pszichoterápiai kezelés,
- p) védőoltások vakcinájának beszerzése, költségtérítése,
- q) a szanatóriumi, ill. ápolási otthonban történő ellátások,
- r) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, hospice ellátás, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra, infúziós keringésjavító vagy infúziós fájdalomcsillapító kezelések) kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,
- s) 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, ill. igénybe vehető szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti vagy a Biztosítottnak a szülője ápolása miatti, az orvosi ellátást végző intézményben való tartózkodása,
- t) 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.

V.9. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a Szerződő/Biztosított alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes (szólóvitorlázás) 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, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival), quad, privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés, bázisugrás).

V.10. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a Szerződő/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).

## **VI. Egyéb rendelkezések**

### **VI.1. Elévülés**

#### **VI.1.1. A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje egy (1) év.**

VI.1.2. Amennyiben a Szerződő/Biztosított előfinanszírozta az egészségügyi szolgáltatást, úgy a Biztosító fizetési szolgáltatására vonatkozó igénye tekintetében az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

- a) az igény bejelentésének elmaradása esetén az igénybevett egészségügyi szolgáltatás utolsó napját követő napon,
- b) az igény bejelentése esetén az utolsó iratnak a Biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. napot követő naptól,
- c) 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.

## **VI.2. Eljárás véleménykülönség esetén**

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

**VI.3.** A Biztosító és a Biztosított kapcsolattartása valamint a Biztosítottak tájékoztatása magyar és angol nyelven történik azzal, hogy a szerződéskötés nyelve a magyar, így véleménykülönség esetén a magyar nyelvű szöveg az irányadó.

## **VII. Az általános feltételek Polgári Törvénykönyvtől lényegesen eltérő rendelkezései**

**Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás általános szerződési feltételeinek azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) rendelkezéseitől lényegesen eltérnek.**

VII.1. Jelen feltételek II.2.1. pontja értelmében – a Ptk. 6:443. § (1) bekezdésétől eltérően – a biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító **írásbeli megállapodása alapján jön létre.**

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