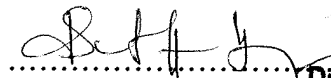


Biztosítási keretszerződés

a

**Semmelweis Egyetem külföldi hallgatóinak
szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítására**

A közbeszerzési dokumentumokat ellenjegyzem:



Dr. Schäffer Kinga
felelős akkreditált közbeszerzési szakértő

Lajstromszám: 00275

Levellezési cím: 1091 Bp., Üllői út 55.

E-mail: schaffer.kinga@semmelweis-univ.hu

Biztosítási keretszerződés

a

Semmelweis Egyetem külföldi hallgatóinak szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítására

(azonosító szám: 39589/GFI/BSZI//2017)

amely létrejött egyrészről

a **Semmelweis Egyetem**

székhely: 1085 Budapest, Üllői út 26.

adószám: 15329808-2-42

bankszámlát vezető bank neve: Magyar Államkincstár

bankszámlaszáma: 10032000-00282819-00000000

felelős szervezeti egység:

képviseli: Dr. Szász Károly kancellár,

mint szerződő fél (a továbbiakban: **Szerződő fél**),

másrészről

a(z) XY Biztosító

székhely:

adószám:

cégjegyzékszám:

bankszámlát vezető bank neve:

bankszámla száma:

képviseli:

mint biztosító (a továbbiakban: **Biztosító**), a továbbiakban együttesen felek (a továbbiakban: Felek)

között,

a Szerződő által a „**A Semmelweis Egyetem külföldi hallgatóinak szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítása**” tárgyban lefolytatott, az alábbiakban részletezett közbeszerzési eljárás eredményeként.

I.

BIZTOSÍTÁSI RÉSZLETEZŐ

1. A szerződéskötés előzményei

A Szerződő, mint ajánlatkérő „A Semmelweis Egyetem külföldi hallgatóinak szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítása” tárgyában a közbeszerzésekről szóló 2015. évi CXLI. törvény (a továbbiakban Kbt.) 85. § (2) bekezdés c) pontja szerinti, hirdetmény közzétételével induló, közösségi eljárásrendben bonyolított, tárgyalásos közbeszerzési eljárást folytatott le.

A Szerződő a hivatkozott közbeszerzési eljárást az Európai Unió Hivatalos Lapjában 2017/S 109-219556 nyilvántartási számon, 2017. június 09. napján megjelent részvételi felhívás közzétételével indította meg.

A jelen biztosítási szerződés megkötésére a Szerződő által XXXXX napján tartott eredményhirdetésen kihirdetett, az eljárás nyertes ajánlatára, illetve azt benyújtó nyertes ajánlattevőre vonatkozó döntése alapján kerül sor, az eljárást megindító felhívásban, az ajánlattételi felhívásban (együttesen továbbiakban: Felhívás) és a közbeszerzési dokumentumokban, valamint a nyertes ajánlatban rögzített feltételek mellett.

2. Biztosítási alapadatok

Szerződő:	Semmelweis Egyetem
Szerződő értesítési címe:	1085 Budapest, Üllői út 26.
Biztosító:	XXXXXX
Biztosító értesítési címe:	XXXXXX
Szerződés típusa:	egyedi, csoportos biztosítási keretszerződés
Biztosítási szerződés időbeli hatálya:	határozatlan
Biztosítási szerződés területi hatálya:	Magyarország
Biztosítási időszak:	minden év szeptember 01-től augusztus 31-ig
Kockázatviselés kezdete:	2017.09.01. 00.00 óra
Biztosítási évforduló:	minden év szeptember 1.
Díjfizetés gyakorisága:	félévente

Díjfizetés módja:	banki átutalás, papír alapú számla alapján, a számla kézhezvételétől számított 30 napra
Szerződő tevékenysége:	a Szerződő mindenkor hatályos Alapító Okiratában felsorolt tevékenységek
A biztosítási szerződés megszűnése:	A biztosítási szerződés megszűnik, ha azt a Biztosító, vagy a Szerződő a jelen biztosítási szerződésben rögzített módon, írásban felmondja. Megszűnik a biztosítási szerződés, amennyiben a Szerződő a fizetendő díjat, az esedékesség időpontjától számított 60 napon belül nem fizeti meg, ha addig a hátralékos díjat nem pótolta, és a Szerződő Fél nem kapott halasztást, illetve erről a felek írásban másképpen nem állapodtak meg.
Felmondási határidő:	A biztosítási szerződés csak írásban, a biztosítási évfordulóra, a biztosítási évfordulót megelőző legalább 180 nappal mondható fel.

3. A létrejövő biztosítási szerződések alkusz gondozója

A jelen biztosítási szerződés kezelését, gondozását a **Reticulum Insurance Biztosítási Alkusz Kft.** (székhely: 1113 Budapest, Bartók Béla út 152. 3. em; cégjegyzékszám: 01-09-292325; adószám 12490408-1-43; MNB törzsszám: 12490408) látja el.

4. A biztosítási szerződés tárgya

A biztosítási szerződés célja, hogy a jelen biztosítási szerződés keretében biztosított személyek a szerződésben meghatározott kockázatviselési tartam alatt, és a jelen biztosítási szerződésben megjelölt kockázatokra vonatkozóan egészségbiztosítási védelemben részesüljenek.

A biztosítási szerződés alapján a Biztosító a jelen biztosítási szerződésben 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.

Jelen biztosítási szerződés egészségbiztosítási szolgáltatás finanszírozására vonatkozik, a Semmelweis Egyetem külföldi hallgatóinak részére, a jelen biztosítási szerződésben részletezett tartalmi követelmények szerint.

II.

FOGALOMMEGHATÁROZÁSOK

- 1.1. **Betegség** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.
- 1.2. **Baleset** az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, és amellyel összefüggésben a Biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a biztosított halálát okozza.
- 1.3. **Egészségügyi ellátás** az egészségügyi 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 (pl. betegszállítás).

- 1.4. **Alapellátás (egészségügyi vagy orvosi rendelkezésre állás):** betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, általánosan igénybe vehető „alap” (nem szak) egészségügyi szolgáltatás: háziorvosi jellegű ellátás.
- 1.5. **Orvosi szakellátás:** a Biztosított által orvosi rendelvény alapján igénybe vett egészségügyi ellátások.
- 1.6. **Egészségügyi szolgáltató:** a jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult szervezet, amely az egészségügyi hatóság (magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet) által elismert, és amelynek a működése engedélyezett Magyarországon.

Jelen biztosítási szerződés szempontjából nem minősülnek egészségügyi szolgáltatónak - még abban az esetben sem, ha azokban egészségügyi ellátást végeznek - a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmeóros 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 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.

- 1.7. **A kijelölt egészségügyi szolgáltató** az az egészségügyi szolgáltató, amellyel a Biztosító az egészségügyi ellátásra szerződést köt és amelyet a Biztosító az Egészségbiztosítási Kártyán (Health insurance card) nevesít.

- 1.8. Járóbeteg-szakellátásban** részesül az a személy, aki betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált olyan orvosi, szakorvosi beavatkozást igénylő egészségügyi ellátást kap, amely a 24 órát nem haladja meg, és nem minősül fekvőbeteg-ellátásnak.
- 1.9. 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.
- 1.10. Sürgősségi eset:** sürgősségi eset 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 vagy sürgősségi ügyeletet kell felkeresni.
- 1.11. 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.
- 1.12. Biztosítotti nyilatkozat** az a sorszámmal ellátott írásbeli dokumentum, amely tartalmazza a Biztosított egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatait, 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 Biztosítotti nyilatkozat részét képező – Engedményező nyilatkozatát. A Biztosítotti nyilatkozat a szerződés részét képezi.
- 1.13. Egészségbiztosítási kártya (Health insurance card):** A Biztosító által kiállított, a biztosítotti jogviszonyra vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazó, az 1.12. pontban nevesített Biztosítotti nyilatkozat sorszámmal azonos sorszámmal ellátott kártya, mely az Egészségügyi szolgáltató előtti biztosítotti jogosultság igazolására szolgál.
- 1.14. Éves limit:** a szerződés 1.5.4. pontjában meghatározott, a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összeghatár (éves limit), amely felett a Biztosító a Biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott biztosítási/üzleti évben a nevesített szolgáltatás típusok tekintetében további szolgáltatás nyújtására nem köteles.
- 1.15. Részlimit:** a szerződés 1.5.4. pontjában meghatározott, a Biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott Biztosított biztosítotti jogviszonyának teljes tartama alatt (max. 12 hónapra) a nevesített szolgáltatás típusok tekintetében az éves limit része.
- 1.16. Önrész:** a szerződés 1.5.4. pontjában meghatározott, a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó, biztosítási eseményenként és Biztosítottanként értelmezendő és alkalmazandó alsó szolgáltatási összeghatár, amelynek megfelelő összeget a Biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban saját maga köteles viselni.

- 1.17. 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.
- 1.18. 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. A szerződés 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, vény(másolat), beutaló(másolat).
- 1.19. 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.
- 1.20. 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.
- 1.21. 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.

III.

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1. A biztosítási szerződés alanyai

- 1.1. **Biztosító:** a biztosítási díj ellenében a szerződésben meghatározott időtartam alatt viseli a biztosítási kockázatot, és a jelen biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatások költségeinek megtérítésére vállal kötelezettséget.
- 1.2. **Szerződő:** aki a csoportos biztosítási szerződést megköti és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- 1.3. **Biztosított:** az a külföldi természetes személy, akinek az egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön, és aki a biztosítási szerződés tartama alatt a **Semmelweis Egyetemen, mint Szerződővel** hallgatói jogviszonyban áll, feltéve, ha a Szerződő a Biztosítónak Biztosítottként bejelentette és a rá vonatkozó biztosítási díjat megfizette. Biztosítottként a Szerződő azon természetes személyeket jelentheti be, akik Szerződővel a biztosított jogviszony tartama alatt hallgatói jogviszonyban állnak, Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgársággal rendelkező magánszemélyek, akik 18. életévüket már betöltötték, de 65. életévüket még nem töltötték be, és akik mint Biztosítottak a külön íven kelt biztosított nyilatkozat és Egészségbiztosítási kártya aláírásával kifejezetten kérik a jelen biztosítási szerződés hatályának rájuk történő kiterjesztését.

1.4. A szerződés létrejötte és módosítása

- 1.4.1. A szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre.
- 1.4.2. A szerződésre a felek alkalmazni rendelik a Biztosító Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések című mindenkor hatályos általános szerződési feltételt (a továbbiakban: Ügyféltájékoztató), mely jelen biztosítási szerződés 1. számú melléklete és annak esetleges módosításai a Biztosító honlapján érhetők el.
- 1.4.3. Szerződő jelen biztosítási szerződés aláírásával kijelenti, hogy a hatályos Ügyféltájékoztatót a szerződés aláírása előtt átvette, és annak tartalmát megismerte.
- 1.4.4. Az Ügyféltájékoztató és a jelen biztosítási szerződésben foglaltak eltérése esetén a szerződés rendelkezései irányadóak.
- 1.4.5. Felek megállapodnak, hogy a szerződés írásban, közös megegyezéssel, de a Kbt. 141. §-ában foglalt feltételek fennállása esetén módosítható. A biztosítási szerződés módosításához a Biztosított hozzájárulására nincs szükség. Az Ügyféltájékoztató módosítására a Biztosító a Szerződő hozzájárulása nélkül is jogosult.

1.5. Kijelölt egészségügyi szolgáltató

- 1.5.1.** A Biztosító a jelen biztosítási szerződésben kijelölt egészségügyi Szolgáltatónál igénybe vett, illetve a kijelölt Szolgáltató által szervezett, e szerződésben meghatározott egészségügyi ellátások költségeit téríti meg, mint biztosítási szolgáltatást.
- 1.5.2.** A Biztosító ebből a célból a **Semmelweis Egészségügyi Kft-t (székhelye: 1085 Budapest, Üllői út 26. cégjegyzékszám: 01-09-879749; adószám: 13916974-2-42)** bízta meg, mint kijelölt egészségügyi szolgáltatót (a továbbiakban: Szolgáltató.)
- 1.5.3.** A Szolgáltató adatait és elérhetőséget (rendelő címe, telefonszáma, rendelési idő stb.) a jelen biztosítási szerződés **3. számú melléklete**, a **terméktájékoztató** tartalmazza.
- 1.5.4.** A Szolgáltató a Biztosítóval létrejött Megbízási szerződésben foglaltak szerint gondoskodik az alapellátásról (rendelkezésre állásról), valamint a Biztosítottak részére e szerződésben szabályozott olyan járóbeteg-ellátás teljesítéséről, amely szakorvosi ellátásokat a kijelölt szolgáltató jogosult nyújtani.
- 1.5.5.** A Biztosítottak egyéb elsősorban járóbeteg-ellátásaira, illetve fekvőbeteg-ellátásaira a kijelölt egészségügyi szolgáltatóval szerződött járóbeteg-ellátóknál, szakorvosi rendelőkben, illetve fekvőbeteg gyógyintézetekben, kórházakban kerül sor.

1.6. A Biztosított csatlakozása a szerződéshez

- 1.6.1.** A Biztosítottak jelen csoportos egészségbiztosításhoz a Biztosítotti nyilatkozat (2. számú melléklet) aláírásával egyénileg csatlakozhatnak (biztosítotti jogviszony létesítése). A Biztosítotti nyilatkozat a biztosítási szerződés részét képezi.
- 1.6.2.** A Biztosítottnak valamennyi nyilatkozatát a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.
- 1.6.3.** A Biztosítottnak a Biztosítotti nyilatkozatban minden olyan körülményt a valóságnak megfelelően kell közölni a Biztosítóval, amelyre vonatkozóan a Biztosító kérdéseket tett fel, vagy nyilatkozattételi kötelezettséget írt elő.
- 1.6.4.** A Szerződő és a Biztosított kötelesek a közlési- és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.
- 1.6.5.** A Szerződő és a Biztosított kötelesek a biztosítás fennállása alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a Biztosítotti nyilatkozaton közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását.
- 1.6.6.** Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a Biztosító kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a Szerződő vagy a Biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, különösen a Szerződő és a Biztosított nevének, címének, levelezési címének, telefonszámának megváltozására.

1.6.7. A Biztosító a Biztosított részére a biztosítotti jogviszonyra vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazó Egészségbiztosítási kártyát (Health Insurance card) (3. számú melléklet) állít ki. Az Egészségbiztosítási kártya arra az időszakra állítható ki, amelyre a díj rendezésre került.

1.6.8. A Biztosító kockázatbírálást nem végez.

1.6.9. A Szerződő vállalja, hogy a biztosítandó személyektől a valóságnak megfelelően, hiánytalanul kitöltött és aláírt Biztosítotti nyilatkozatot beszerzi, és azt eredetiben eljuttatja a Biztosító részére legkésőbb a Biztosítotti nyilatkozat aláírását követő 3 munkanapon belül.

1.7. A szerződés hatálybalépése

1.7.1. A biztosítási szerződés hatálybalépése: 0 órakor kezdődik.

1.7.2. A Biztosító a szerződésben várakozási időt nem köt ki.

2. Kockázatviselés kezdete

A Biztosító kockázatviselése az egyes Biztosítottak tekintetében a Biztosítotti nyilatkozat Biztosított általi aláírását követő nap 0. órájától kezdődik, de nem korábban, mint (dátum/a szerződés hatálybalépése), feltéve, hogy a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási díj teljes összegét a Biztosító részére megfizette.

3. Kockázatviselés megszűnése

3.1. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése az egyes Biztosítottak vonatkozásában:

- a) a Biztosítotti nyilatkozaton meghatározott időpontban, a határozott időszak leteltével vagy
- b) a Biztosított halála esetén a halál időpontjában vagy
- c) jelen biztosítási szerződés megszűnésével,
- d) amennyiben a Biztosított Szerződővel fennálló hallgatói jogviszonya bármely okból megszűnik, azzal egyidejűleg, vagy
- e) annak a naptári évnek a végén, amelyben a Biztosított a 65. életévét betöltötte.

4. Biztosítási időszak az egyes Biztosítottak tekintetében, a biztosítási szerződés díja

A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke. A biztosítási díj a Biztosítót a kockázatviselése teljes tartamára megilleti. A biztosítási díj megfizetésére a Szerződő köteles.

4.1. A Biztosító a fedezetet az egyes Biztosítottak tekintetében a következő biztosítási időszakokra nyújtja, a Biztosított választása szerint:

éves fedezet: 2017.09.01. – 2018.08.31-ig, évenkénti automatikus megújítással, az éves díj megfizetése ellenében,

6 hónapra (szemeszterre) szóló fedezet: XXX hónap XXX nap 0 órától XXX hónap XXX nap 24 óráig

4.2. A biztosítás éves díja XXXXXX Ft/fő/év.

4.3. Az egy évnél rövidebb tartamú biztosítási időszakokra fizetendő biztosítási díjak:

6 hónapra (szemeszterre) szóló fedezet: XXXXXX Ft/fő/időszak.

Szerződő felek rögzítik, hogy egy Biztosítottnak egy biztosítási évre vagy biztosítási időszakra kizárólag egy egészségbiztosítása lehet.

A biztosítási szerződés aktuálisan fizetendő díja, a Biztosított személyek létszámában történő változásokkal arányosan, a biztosítási szerződésben részletezettek szerint módosulhat.

5. A biztosítási díj megfizetésének feltételei

Szerződő felhívja Biztosító figyelmét, hogy nem kerülhetnek kifizetésre, illetve elszámolásra a szerződés teljesítésével összefüggésben olyan költségek, melyek a Kbt. 62. § (1) bekezdés k) pont ka-kb) alpontja szerinti feltételeknek nem megfelelő társaság tekintetében merülnek fel, és melyek a Biztosító adóköteles jövedelmének csökkentésére alkalmasak.

A biztosítási díj a szerződésben meghatározott ütemezésnek megfelelően, félévente, előre esedékes a Kbt. 135. § figyelembe vételével. A Biztosító a papír alapon kiállított számlákat Szerződő nevére kiállítva, az Alkuszon keresztül köteles benyújtani.

A nem megfelelően kiállított vagy a jelen biztosítási szerződésben előírt tartozékokkal nem rendelkező számlát a Szerződő 10 munkanapon belül visszaküldi a Biztosítónak. A Biztosító által ismételten benyújtott számla kiegyenlítésére vonatkozóan a fizetési határidő az ismételt benyújtás számításától újra kezdődik.

A biztosítási díj esedékességétől számított 90 nap elteltével a szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, és a Szerződő halasztást sem kapott, illetőleg a Biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette.

A Biztosítót a 3. pontban meghatározott biztosítási díjban foglaltakon kívül egyéb költségtérítés nem illeti meg.

A Szerződő banki átutalással, a számla kézhezvételétől számított 30 napon belül, a számlán megjelölt bankszámlaszámra teljesít kifizetést a Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) 6:130. § (1)-(2) bekezdéseiben, és a Kbt. 135. § (1), (5)-(6) bekezdéseiben foglaltak alapján.

A Biztosító számlájának Szerződő általi kifizetése az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény 36/A § hatálya alá esik, ezért a kiállított számlához - *ha a Biztosító nem szerepel a köztartozásmentes adózási adatbázisban* -, minden esetben csatolnia kell az állami adóhatóság és vámhatóság által kibocsátott, a számla kiegyenlítésének dátumától számított harminc naptári napnál nem régebbi nemleges (együttes) adóigazolását.

A digitális aláírással hitelesített adóigazolást elektronikus formában, a **XXXXXXXXXXXXXXXXXX** e-mail címre, vagy faxon/postai úton a Szerződő pénzügyi osztályára kell küldeni.

Amennyiben ez elmarad vagy köztartozása van a Biztosítónak, a Szerződő megtagadhatja a számla kiegyenlítését.

Biztosító köteles a Szerződő részére kibocsátott számlán a jelen biztosítási szerződés azonosító számát, és a „közbeszerzés alá tartozó teljesítés” megjegyzést feltüntetni. Ennek hiányában a Szerződő megtagadja a számlán szereplő ellenérték megfizetését.

A jelen biztosítási szerződés azonosító száma: 39589/GFI/BSZI/ 2017

A Felek ezennel kijelentik, hogy a szerződés fenti rendelkezése az Art. 36/A § (2) bekezdés szerinti tájékoztatásnak minősül az adóigazolás vonatkozásában.

5. A csoportos biztosítási keretszerződés megszűnése, felmondás

Biztosító kötelezettséget vállal, hogy a szerződés teljesítésének teljes időtartama alatt tulajdonosi szerkezetét a Szerződő számára megismerhetővé teszi, és a Kbt. 143.§ (3) bekezdés szerinti ügyletekről Szerződőt haladéktalanul értesíti.

5.1. Jelen biztosítási szerződés megszűnhet az alábbi okok miatt:

- a) a Felek erre vonatkozó közös megegyezése,
- b) bármelyik Fél által történő rendes felmondás,
- c) bármelyik Fél által történő rendkívüli felmondás,
- d) bármelyik Fél jogutód nélküli megszűnése.

5.1.1. Rendes felmondás

A Felek megállapodnak, hogy jelen biztosítási szerződést mind a Szerződő, mind a Biztosító 180 napos felmondási határidővel, biztosítási évfordulóra, írásban, a másik félnek címzett ajánlott, tértivevényes levélben felmondhatja.

5.1.1.1. Szerződő köteles felmondani a szerződést - ha szükséges olyan határidővel, amely lehetővé teszi, hogy a szerződéssel érintett feladata ellátásáról gondoskodni tudjon – ha

- a) a Biztosítóban közvetetten vagy közvetlenül 25%-ot meghaladó tulajdoni részesedést szerez valamely olyan jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság, amely tekintetében fennáll a Kbt. 62. § (1) bekezdés k) pont kb) alpontjában meghatározott feltétel..
- b) a Biztosító közvetetten vagy közvetlenül 25%-ot meghaladó tulajdoni részesedést szerez valamely olyan jogi személyben vagy személyes joga szerint jogképes szervezetben, amely tekintetében fennáll a Kbt. 62. § (1) bekezdés k) pont kb) alpontjában meghatározott feltétel..

A fentiek szerinti felmondás esetén a Biztosító a szerződés megszűnése előtt már teljesített szolgáltatás szerződésszerű pénzbeli ellenértékére jogosult.

A felmondási idő akkor kezdődik, amikor az írásban, ajánlott levélben közölt felmondás a másik Félhez igazoltan megérkezik. A felmondási idő alatt a Szerződő új Biztosítottat a biztosítási szerződésbe nem jelenthet be. A felmondási idő lejártával a biztosítási szerződés megszűnik. A felmondási idő lejártának napján 24 órákor a Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosítottnak minősülő személy tekintetében megszűnik.

5.1.1.2.A Szerződő a Kbt. 143. § (1) bekezdése szerint a Szerződést felmondhatja, vagy - a Ptk.-ban foglaltak szerint - a Szerződéstől elállhat, ha:

- a) feltétlenül szükséges a Szerződés olyan lényeges módosítása, amely esetében a Kbt. 141. § alapján új közbeszerzési eljárást kell lefolytatni;
- b) Biztosító nem biztosítja a Kbt. 138. §-ban foglaltak betartását, vagy a Biztosító (ajánlattevőként szerződő fél) személyében érvényesen olyan jogutódlás következett be, amely nem felel meg a Kbt. 139. §-ban foglaltaknak; vagy
- c) az EUMSZ 258. cikke alapján a közbeszerzés szabályainak megszegése miatt kötelezettségszegési eljárás indult vagy az Európai Unió Bírósága az EUMSZ 258. cikke alapján indított eljárásban kimondta, hogy az Európai Unió jogából eredő valamely kötelezettség tekintetében kötelezettségszegés történt, és a bíróság által megállapított jogsértés miatt a Szerződés nem semmis.

5.1.1.3.Szerződő köteles a Szerződést felmondani, vagy - a Ptk.-ban foglaltak szerint - attól elállni, ha a Szerződés megkötését követően jut tudomására, hogy a Biztosító tekintetében a közbeszerzési eljárás során kizáró ok állt fenn, és ezért ki kellett volna zárni a közbeszerzési eljárásból.

5.1.2. Rendkívüli felmondás

A Felek a biztosítási szerződést a másik fél súlyos szerződésszegése esetén vagy amennyiben a Biztosítónak fel nem róható okból a kijelölt egészségügyi szolgáltatókkal megkötött szerződés megszűnik, írásban, a másik Félhez intézett írásbeli nyilatkozattal, indokolással ellátva, azonnali hatállyal felmondhatják.

5.1.2.1. A Szerződő részéről súlyos szerződésszegésnek minősül:

- a) amennyiben a Szerződő nem fizette meg a lejárt esedékességű biztosítási díjat,
- b) amennyiben a jelen biztosítási szerződés szerinti tájékoztatási kötelezettségeit ismételten és súlyosan megsértette.

5.1.2.2. Szerződő Felek kifejezetten megállapodnak abban, hogy amennyiben a Szerződő díjfizetési kötelezettségének jelen szerződésben rögzített határidőn belül nem tesz eleget, úgy a díjfizetés elmaradásával érintett Biztosított biztosítotti jogviszonya a biztosítási díjra vonatkozó számla szerinti fizetési határidő lejártával egyidejűleg a Biztosító külön ezirányú, póthatáridő tűzését tartalmazó felszólítása nélkül is megszűnik. Ebben az esetben a megszűnéstől függetlenül a

Szerződő a teljes biztosítási évre vagy biztosítási időszakra járó biztosítási díjat köteles megfizetni.

5.1.2.3. A Biztosító részéről súlyos szerződésszegésnek minősül:

- a) ha működése súlyosan vagy ismétlődően sértette a Szerződő vagy a Biztosítottak érdekeit,
- b) ha egy naptári évben bekövetkezett legalább 3 eset tekintetében a bíróság jogerős ítéletben állapítja meg azt, hogy a Biztosító jogalap nélkül tagadta meg a kár kifizetését a Biztosított részére.

5.1.2.4. Bármelyik Fél részéről súlyos szerződésszegésnek minősül, és a másik Fél a Szerződést azonnali hatállyal felmondhatja abban az esetben, ha a szerződésszegő Fél a titoktartásra vonatkozó bármely kötelezettségét megszegi.

5.1.2.5. A rendkívüli felmondás átvételekor a Szerződés azonnali hatállyal megszűnik. A Szerződés rendkívüli felmondás következtében történő megszűnésének napját követő 8. nap 24. órájában a Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosítottnak minősülő személy tekintetében megszűnik.

5.1.3. A Biztosított a Szerződő helyébe nem léphet.

6. Értesítés, kapcsolattartás szabályai

Felek a jelen biztosítási szerződésben foglalt valamennyi hivatalos értesítést – vagy más közlést – írásban kötelesek megküldeni a másik fél részére:

- személyes kézbesítéssel; vagy
- postán ajánlott küldeményként; illetve
- telefaxon vagy e-mailen.

A kézbesítés időpontjának személyes kézbesítés esetén a címzett fél általi személyes átvétel időpontját, telefax esetében a sikeres küldést igazoló adási jelentésben szereplő időpontot, ajánlott postai küldeménynél legkésőbb a postára adást követő 5. (ötödik) munkanapot, míg e-mailes értesítés esetén a címzett fél szerverére történő megérkezés időpontját kell figyelembe venni.

Szerződő kapcsolattartó(i)nak neve, címe, telefonszáma:

Név:

Beosztás:

Szervezeti Egység:

Cím:

Tel.:

Fax:

E-mail:

Biztosító kapcsolattartójának neve, címe, telefonszáma a szerződés vonatkozásában:

Név:

Beosztás:

Szervezeti Egység:

Cím:
Tel.:
Fax:
E-mail:

Alkusz kapcsolattartójának neve, címe, telefonszáma a szerződés vonatkozásában:

Név:
Beosztás:
Szervezeti Egység:
Cím:
Tel.:
Fax:
E-mail:

Felek az előzőekben megnevezett kapcsolattartók személyében vagy a megadott elérhetőségekben bekövetkezett bármely változást kötelesek haladéktalanul jelezni a másik félnek, mely tájékoztatást a változástól számított legkésőbb 3 munkanapon belül írásban is kötelesek megismételni.

7. Adatszolgáltatás, statisztika

A Biztosító vállalja, hogy a jelen biztosítási szerződéshez tartozó szolgáltatásokról, azok teljesítéséről, a Szerződő vagy Alkusz kérésére, 15 napon belül részletes, szolgáltatási kategóriánként kimutatott statisztikát készít. A Biztosító a statisztikát szerkeszthető elektronikus formában, az Alkusz útján küldi meg a Szerződőnek.

8. Díjvisszatérítés

???

9. A biztosítási feltételek értelmezése

A Felek megállapodnak abban, hogy amennyiben a jelen biztosítási szerződés és annak mellékletei között bármilyen eltérés, ellentmondás, értelmezési kérdés van, úgy Felek jogviszonyára elsődlegesen a jelen biztosítási szerződés rendelkezései, másodlagosan a mellékletek irányadóak.

IV.

BIZTOSÍTÁSI FEDEZET

10. Biztosítási esemény

10.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt, *a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlanul, akut módon bekövetkező* betegsége, kóros állapota vagy baleset következményeként szükségessé vált orvosilag indokolt egészségügyi ellátása, amit a szerződés feltételeinek megfelelő, az Egészségbiztosítási kártyán (Health insurance card) nevesített

(kijelölt) egészségügyi szolgáltatónál, annak szervezésében, vagy tudtával, illetve jóváhagyásával vett igénybe.

- 10.2. 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.
- 10.3. 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 eset) és az ellátás megkezdését követő legfeljebb 48 órán belül értesíti a kijelölt szolgáltatót.
- 10.4. A biztosítási esemény időpontja az egészségügyi ellátás igénybevételének első napja. Jelen biztosítási szerződés 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.

11. A Biztosító szolgáltatása

- 11.1. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott orvosi, egészségügyi és egyéb szolgáltatások költségeinek megtérítésére terjed ki a jelen biztosítási szerződésben foglalt szabályok szerint.
- 11.2. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag a Magyarországon igénybe vett egészségügyi ellátásra terjed ki.
- 11.3. A Biztosító megtéríti a Biztosított orvosilag szükséges egészségügyi ellátásával kapcsolatos, a jelen biztosítási szerződésben meghatározott költségeket abban az esetben, ha a Biztosított annak indokolt igénybevételét megfelelően igazolja.
- 11.4. Szerződő Felek megállapodása értelmében – a jelen biztosítási szerződés 1.5.1. pontjában meghatározott szolgáltatási kötelezettsége alapján, a 13. pontban nevesített mentesülések és a 14. pontban nevesített kizárások figyelembe vételével, várakozási idő nélkül – a Biztosító a kockázatviselése tartamára mindösszesen **legfeljebb 2.000.000,- Ft, azaz kétmillió forintot** térít meg Biztosítottanként. Ebből **gyógyszerekre legfeljebb 100.000,- Ft, gyógyászati segédeszközökre legfeljebb 100.000,- Ft** az alkalmazott részösszeg-határ.

A gyógyszerekre és a gyógyászati segédeszközökre vonatkozó biztosítási szolgáltatás esetén a Biztosító 50%-50% mértékű önrészt állapít meg, a fenti korlát figyelembe vételével. Ez azt jelenti, hogy a Biztosító a Biztosítottnak a felmerült gyógyszer költségének 50% és a gyógyászati segédeszközök költségének 50% feletti részét téríti meg.
- 11.5. 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 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.

11.6. A járóbeteg-ellátás keretében megtérítésre kerülnek:

- a) az orvosi alapellátás költségei,
- b) az orvosi szakellátás költségei,
- c) a külön vizsgálatok költségei (pl. laboratóriumi vizsgálat, röntgendiagnosztika, ultrahang-vizsgálat); amelyeket a Biztosító csak akkor téríti meg, ha azok a betegség feltárásához, gyógyításához szükségesek.

11.7. A fekvőbeteg-ellátás keretében a Biztosító a Biztosított kórházi tartózkodásának és kezelésének költségeit téríti meg. Ezen belül megtérítésre kerülnek különösen:

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

11.8. A Biztosító megtéríti az egészségügyi ellátáshoz szükséges gyógyszer, kötszer, ideiglenes gyógyászatai segédeszköz (gyógyászati segédeszközök hivatalos listáján szereplő termékek) költségeit biztosított nyilatkozaton szereplő éves limit, részlimit és önrész figyelembevételével.

Az egészségügyi ellátáshoz szükséges gyógyszer, kötszer, ideiglenes gyógyászati segédeszköz költségét a Biztosítottnak kell előfinanszíroznia. 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 biztosítási szerződés 12.4. pontjában leírtak szerint szolgáltatási igényt terjeszt elő a kijelölt egészségügyi szolgáltatónál, és a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a feltételek alapján fennáll.

11.9. 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 a szerződés szerint biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges.

11.10. A Biztosító megtéríti az éves limit figyelembevételével a 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/otthoni gyógykezelést.

12. A Biztosító teljesítése

12.1. A kijelölt egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett, vagy a kijelölt szolgáltató szervezésében, közreműködésével (tudtával, illetve jóváhagyásával) elvégzett biztosítási eseménynek minősülő egészségügyi ellátás költségeit a Biztosító közvetlenül a kijelölt szolgáltató részére teljesíti.

12.2. A nem a kijelölt szolgáltatónál vagy nem a kijelölt szolgáltató szervezésében, sürgősségi esetben igénybe vett egészségügyi szolgáltatás esetén a Biztosítottnak előfinanszírozási kötelezettsége keletkezik.

12.3. A Biztosított által előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás, illetve gyógyszer-, kötszer- és gyógyászati segédeszköz vásárlása esetén az egészségügyi szolgáltatás költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igényt a számla keltét követő 15 napon belül be kell jelenteni a Biztosítónak.

12.4. A Biztosított által előfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás, illetve gyógyszer-, kötszer- és gyógyászati segédeszköz költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

- a) az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről (az egészségügyi ellátásról) az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének utolsó napján, az orvosi ellátást végző orvos által vényre felírt és kiváltott gyógyszerről, gyógyászati segédeszközről a gyógyszerértékelésben kell igényelni a Biztosított nevére (szerződésszámának feltüntetésével) kiállított számlát,
- b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum másolatát,
- c) a Biztosított magyarországi (forint) bankszámlaszámát tartalmazó nyilatkozatot (aláírással és dátummal ellátva).

A Biztosító a szolgáltatási igényt a jogalap fennállása esetén az igény elbírálásához szükséges összes dokumentum benyújtásától számított 15 napon belül teljesíti.

13. A Biztosító mentesülése

13.1. 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) Biztosított; vagy
- b) a vele közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.

13.2. A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha

- a) 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 bekövetkeztében közrehatott,
- b) a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll azzal, hogy a Biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti szabályt megszegett.

13.3. Ha a Szerződő vagy a Biztosított közlési, illetve változás bejelentési 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.

13.4. 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. Ha a Biztosított ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól. 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 fentiek nem jelentik a Biztosított korlátozását a szabad orvosválasztási és egészségügyi szolgáltató-választási jogában.

14. Kizárások

14.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakkal okozati összefüggésben álló egészségügyi szolgáltatásokra, eseményekre:

- a) a 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 fogamzásgátlással, terhességgel és a szüléssel, gyermekágyal kapcsolatos egészségügyi ellátások, felmerülő költségek,
- c) a művi terhesség-megszakítás, felmerülő költségek (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit),
- d) kizárólag a meddőség megszüntetésével kapcsolatos műtétek, illetve a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos orvosi ellátás, felmerülő költségek,
- e) sterilizáló műtét és következményei, felmerülő költségek,
- f) nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtét, felmerülő költségek,
- g) esztétikai (kozmetikai) célból végzett kezelés és sebészeti beavatkozások következményei, felmerülő költségek,
- h) szaruhártyán végzett szemkorrekciós műtétek, felmerülő költségek,
- i) dioptriás szemüveg/napszemüveg, kontaktlencse és tartozékai, felmerülő költségek,
- j) hallókészülék és kellékeik, felmerülő költségek,
- k) a fogászati és szájsebészeti ellátások és kezelések, felmerülő költségek
- l) a HIV-vírusfertőzés miatti egészségügyi ellátások, felmerülő költségek,
- m) alkohol, drog vagy kábítószer, illetve egyéb szenvedélybetegség miatti elvonókúrák, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, és felmerülő költségek,
- n) a kiemelt szintű (V.I.P.) egészségügyi ellátás (pl. egyágyas szoba), felmerülő költségek,
- o) az akupunktúra, akupresszúra kezelés, keleti gyógyászat, felmerülő költségek,
- p) pszichiátriai és pszichoterápiás kezelés, felmerülő költségek,
- q) védőoltások vakcinájának beszerzése, költségterítése
- r) a szanatóriumi, ill. ápolási otthonban történő ellátások,
- s) transzplantáció, művesekezelés, rosszindulatú daganatos betegek onkológiai kezelése, gondozása, kontrollja, a daganatos betegség következményeihez kapcsolódó egyéb ellátások (pl. bélelzáródások, csonttáttétek műtéti ellátása),
- t) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása, felmerülő költségek (különösen geriátriai, hospice ellátás, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra) kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával 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, ill. igénybe vehető szűrővizsgálat, munkaegészségügyi és egyéb alkalmassági vizsgálatok, a szülőnek a

gyermeke miatti vagy a Biztosítottak 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) emberen végzett orvostudományi kutatások, kísérleti stádiumban lévő diagnosztikus és terápiás eljárásokhoz kapcsolódó ellátások, költségek,
- x) fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények (pl. TBC, tetanusz, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, trópusi betegségek, mint malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz, SARS, továbbá a szexuális úton átvihető betegségek miatti események).

14.2. 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 puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határvillongások, felkelés.

Jelen biztosítási szerződés szempontjából háborús eseménynek minősül a háború (hadüzenettel vagy anélkül), határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború.

14.3. A Biztosító kockázatviselése a 14.2. d) pontban foglaltakkal ellentétben kiterjed a Biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a Biztosítottak 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.

14.4. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett eseményre, ha

- a) az esemény a Biztosított rendszeres alkohol-fogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedésével okozati összefüggésben következett be 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 és ez a tény az esemény bekövetkeztében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, 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, és az esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,
- d) a Biztosított az esemény időpontjában alkoholos állapotban vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett, és az esemény ezzel okozati összefüggésben következett be.

- 14.5.** 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.
- 14.6.** A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre sem, amelyek okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével: bűvárkodás 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, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival), quad, privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés, bázisugrás).
- 14.7.** 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, pénzállító, hadseregben dolgozó hivatásos vagy katonai szolgálatot teljesítő olyan személy, aki fokozott veszélynek kitett tevékenységet végez (pl.: tűzszerész, bűvár).

15. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos egyéb Szerződő nyilatkozatai

- 15.1.** Szerződő tudomásul veszi, hogy a Biztosító ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vonatkozó olyan adatait, továbbá azon üzleti titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a Biztosító szolgáltatásával összefüggnek. A Biztosító adatkezelésének célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, állományban tartásához, módosításához, a szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, továbbá a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló törvényben meghatározott egyéb cél lehet.
- 15.2.** Szerződő tudomásul veszi, hogy a Biztosító a szerződéssel összefüggő adatokat a biztosítási szerződés, illetve a biztosított jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási szerződéssel, illetve biztosított jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, illetve ameddig azt jogszabály kötelezővé teszi. A Biztosító köteles törölni minden olyan adatot, amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és a titkot a jogszabályi rendelkezések szerint időbeli korlátozás nélkül megtartani.
- 15.3.** A Szerződő hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a biztosítási szerződéssel, illetve a biztosított jogviszonnyal kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – adatokat a Biztosító anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak adatfeldolgozás céljából továbbítsa, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül.
- 15.4.** Szerződő hozzájárul ahhoz, hogy a biztosítási titkot képező személyes adatokat a Biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett elektronikus adatfeldolgozási célból elektronikus

adatfeldolgozó részére, továbbá szerződött szakértői részére szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja. Szerződő kijelenti továbbá, hogy tudomással bír arról is, hogy a Biztosító az érintett kérelmére tájékoztatást ad az általa kezelt, illetőleg az általa megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatairól, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevééről, címéről (székhelyéről) és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről.

- 15.5.** Szerződő tudomásul veszi, hogy jelen biztosítási szerződés létrejöttkor a jelen biztosítási szerződésben meghatározott egészségügyi szolgáltatások körében a **Semmelweis Egészségügyi Kft. (székhelye: 1085 Budapest, Üllői út 26. cégjegyzékszám: 01-09-879749; adószám: 13916974-2-42)** a kijelölt egészségügyi szolgáltató (a továbbiakban: Szolgáltató), amely a Biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy a jelen biztosítás keretében az ellátásszervezői tevékenységet a Biztosítottak tekintetében elvégezze. Szerződő kijelenti, hogy hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a jelen pontban rögzített célból a biztosítási szerződés adatait – a díjfizetésre vonatkozó adatokat is beleértve – a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett az egészségügyi szolgáltatónak, valamint az egészségügyi szolgáltató egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.
- 15.6.** Alulírott Szerződő a jelen biztosítási szerződés aláírásával megerősíti, hogy a biztosítási szerződés megkötését megelőzően tájékoztatást kapott a szerződés jellemzőiről, az **XY Biztosító** főbb adatairól, Biztosító fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó fő szervezeti egysége és felügyeleti szerve megnevezéséről, azok elérhetőségéről és főbb adatairól.
- 15.7.** A Szerződő tudomásul veszi, hogy a biztosítási szerződés, illetve a szerződés részét képező Ügyféltájékoztató a Ptk. rendelkezéseitől lényegesen eltérő rendelkezéseket tartalmaz, amely eltérő rendelkezéseket Szerződő kifejezetten elfogadja.

16. Elévülés

Jelen biztosítási szerződésből származó igények a káresemény bekövetkezésének időpontjától számított 1 év elteltével elévülnek.

Amennyiben a 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 igénybe vett 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.

17. Egyéb rendelkezések

- 17.1.** A szerződéskötés nyelve a magyar.

- 17.2.** A Szerződő köteles a biztosítási szerződés, illetve a biztosított jogviszony teljes időtartama alatt a Biztosítottakat folyamatosan tájékoztatni a jelen biztosítási szerződés tartalmáról, illetve az abban bekövetkezett esetleges változásokról.
- 17.3.** A Szerződő Biztosítottak irányában fennálló tájékoztatási kötelezettségének úgy tesz eleget, hogy a biztosítandó személy szerződéshez való csatlakozása előtt rendelkezésére bocsátja az 1. számú mellékletben szerződéshez csatolt **Ügyfélértékelő és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések** című általános feltételt, valamint a 4. számú mellékletet képező **Terméktájékoztató a Semmelweis Egyetem szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításáról** elnevezésű dokumentumot magyar és angol nyelven, valamint folyamatosan elérhetővé teszi azokat a Szerződő által fenntartott és üzemeltetett honlapon is.
- 17.4.** Az egészségügyi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi ellátás hibás teljesítéséből eredő károkért az ellátást nyújtó szolgáltató a felelős.

A Biztosító az egészségügyi szolgáltató által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvos szakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja.

- 17.5.** Az adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat az Ügyfélértékelő tartalmazza.

18. Vitás kérdések rendezése

Ha az ügyfél vitatja a Biztosító – szolgáltatási igénnyel kapcsolatos – álláspontját, írásban 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.

A panaszkezelés részletes szabályait az Ügyfélértékelő (1. számú melléklet) tartalmazza.

- 19.** Szerződő Felek megállapodása értelmében a jelen szerződésben és annak mellékleteiben nem szabályozott kérdésekben a Ptk., az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló törvény, valamint az egyéb hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

A jelen biztosítási szerződésnek a Ptk.-tól lényegesen eltérő rendelkezései a következők:

- 19.1.** Jelen szerződés III. 1.4.1. pontja értelmében – a Ptk. 6:443. § (1) bekezdésétől eltérően – a biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre.
- 19.2.** A szerződés III. 1.4.5. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:475. § – a biztosítási szerződés módosításához a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.
- 19.3.** A szerződés III. 3.1. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:447. § (2) – a biztosítási időszak lehet egy éves, de igazodhat a hallgatói jogviszony időtartamához is.

- 19.4.** Jelen szerződés III. 5.6.1.1. pontja értelmében – a Ptk. 6:466. § (1) bekezdésétől és a 6:490. § (2) bekezdésétől eltérően – a biztosítási szerződést mind a Szerződő, mind a Biztosító 180 napos felmondási idővel rendes felmondással felmondhatja.
- 19.5.** Jelen szerződés III. 5.1.3. pontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:451. § (1) bekezdésétől összhangban a Ptk. 6:442.§ (3) bekezdésével - a Biztosított nem léphet a Szerződő helyébe.
- 19.6.** Jelen szerződés III. 4. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:449. § (1) bekezdésétől – a biztosítási díj esedékességétől számított 90 nap elteltével a szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, és a Szerződő halasztást sem kapott, illetőleg a Biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette.
- 19.7.** Jelen szerződés IV. 16. 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.

V.

ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

A Felek szavatolják, hogy a jelen szerződésben rögzített valamennyi adat a valóságnak megfelelő.

Felek megállapodnak abban, hogy az esetlegesen felmerülő vitás kérdéseket egymással tárgyalásos úton, közös szándékuk esetén mediátor közreműködésével rendezik. Amennyiben a tárgyalás nem vezet eredményre, érdekeiket a magyar jog és a magyar polgári peres eljárás szabályai szerint bírósági úton érvényesítik. Felek rögzítik, hogy mind az eseti, mind az állandó választott bírósági eljárás igénybevételenek lehetőségét kizárják.

A Felek rögzítik, hogy a jelen szerződés módosítására, csak a Kbt. 141. §-ában foglalt feltételek fennállása esetén, írásban jogosultak.

Jelen szerződésben és mellékleteiben nem szabályozott kérdésekben a Kbt., a Ptk. , valamint a biztosítási jogviszonyra vonatkozó jogszabályok (különösen a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény) az irányadóak.

A Felek a jelen szerződést, mint akaratukkal mindenben megegyezőt, elolvasás és értelmezés után írják alá. A szerződés 5 (öt) eredeti azonos tartalmú példányban készült, melyből 4 (négy) példány a Szerződőt, 1 (egy) példány a Biztosítót illet. és amelynek minden oldalát a Felek képviselői szignójukkal láttak el. A jelen okirat bizalmas iratnak minősül.

Szerződő Felek megállapítják, hogy jelen okiratot egymás távollétében, külön időpontban, jóváhagyólag, mint akaratukkal mindenben megegyezőt írják alá.

Mellékletek:

1. számú melléklet: Ügyfélértékelő és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések magyar és angol nyelven
2. számú melléklet: Biztosítotti nyilatkozat elnevezésű dokumentum magyar és angol nyelven
3. számú melléklet: Egészségbiztosítási kártya (Health insurance card) minta

4. számú melléklet: Terméktájékoztató a Biztosítottak részére magyar és angol nyelven
5. számú melléklet: Aktuális névjegyzék adatai (xls táblázat)
6. számú melléklet: Kapcsolattartók

Budapest, 2017.

Budapest, 2017.

Dr. Szász Károly
kancellár
Simmelweis Egyetem
Szerződő fél

XY

Biztosító

Pénzügyileg ellenjegyzem a Megrendelő részéről:
Budapest, 2017. _____ hó ___ napján:

Dr. Borbélyné Balogh Zsuzsanna
gazdasági főigazgató

Jogilag ellenjegyzem a Megrendelő részéről:
Budapest, 2017. _____ hó ___ napján:

.....
jogtanácsos

Reticulum Insurance
Biztosítási Alkusz Kft.
(Alkusz)

1. sz. melléklet

**ÜGYFÉL-TÁJÉKOZTATÓ ÉS A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSRE VONATKOZÓ
ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK MAGYAR ÉS ANGOL NYELVEN**

**Biztosítotti nyilatkozat
szolgáltatás-finanszírozó egészségbiztosításhoz**

Szerződő adatai:

Név: **Semmelweis Egyetem**
Székhely: 1085 Budapest, Üllői út 26.

Intézmény azonosító:

A biztosított a **Semmelweis Egyetemmel** (oktatási intézménnyel) hallgatói jogviszonyban áll.

Biztosított személyi adatai:

Vezetéknév: _____ Neme: férfi nő
Keresztnév: _____ Állampolgársága: _____

Születési dátum (év/hó/nap): _____ Útlevélszám: _____

Státusz: hallgató/student egyéb: _____

Biztosított e-mail címe: _____

Szerződésszám: _____ Biztosított OM azonosítója: _____

Biztosítási időszak/ Év/hó/nap:

A jelen biztosítotti nyilatkozat a fentiekben megjelölt szerződő (a továbbiakban: szerződő) és az **XY Biztosító** (a továbbiakban: biztosító) között létrejött Egészségbiztosítási szerződés (a továbbiakban: szerződés) részét képezi. A szerződés részét képező kapcsolódó dokumentumok letölthetők a **XXXXX** webhelyről.

Biztosítotti nyilatkozat

- Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy az előző bekezdésben hivatkozott biztosítási szerződés hatálya rám, mint biztosítottra kiterjedjen.

Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a fenti biztosítási szerződéshez való csatlakozásom előtt megismertem az „**Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések**”, és a „**Terméktájékoztató az XY Biztosító szolgáltatás-finanszírozó egészségbiztosításról**” nyomtatványokat, kijelentem továbbá, hogy az azokban foglaltakat **megértettem és elfogadtam**, különös tekintettel az egészségügyi szolgáltatások körére, tartalmára továbbá az éves szolgáltatási limit, részlimit és az önrészek és a kizárások/mentesülések alkalmazására vonatkozó feltételeket.

- Felhatalmazom a Biztosítót, hogy a bejelentett szolgáltatási igényeimmel, illetve a részemre teljesített biztosítási szolgáltatásokkal kapcsolatban a szerződő részére a következő adatokat átadja:

név, kárszám, káresemény dátuma, egészségügyi szolgáltató, a kifizetett szolgáltatás összege.

A Biztosító és a Biztosított kapcsolattartása valamint a **Biztosítottak tájékoztatása magyar és angol nyelven történik** azzal, hogy véleménykülönbség esetén a magyar nyelvű szöveg az irányadó.

Kelt: _____

Biztosított aláírása

Nyilatkozatok

A biztosított egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozata

- Alulírott biztosított felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló törvényben meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.
- Alulírott biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel, illetve a biztosítotti jogviszonnyal kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak továbbítsa, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül.
- Alulírott biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony adatait – az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat is beleértve – a szerződés szerinti biztosítási eseménnyel kapcsolatban engem ellátó alábbi kijelölt egészségügyi szolgáltatónak a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett, valamint a kijelölt egészségügyi szolgáltató egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa:

Semmelweis Egészségügyi Kft.

székhelye: 1085 Budapest, Üllői út 26.

cégjegyzékszám: 01-09-879749

adószám: 13916974-2-42

Kelt: _____

Biztosított aláírása

Tanúk:

Név: _____

Név:

Cím: _____

Cím:

Aláírás: _____

Aláírás:

3. sz. melléklet

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI KÁRTYA MINTA

**TERMÉKTÁJÉKOZTATÓ A BIZTOSÍTOTTAK RÉSZÉRE
MAGYAR ÉS ANGOL NYELVEN**

KAPCSOLATTARTÓK

Szerződő kapcsolattartó(i)nak neve, címe, telefonszáma:

Név:
Beosztás:
Szervezeti Egység:
Cím:
Tel.:
Fax:
E-mail:

Biztosító kapcsolattartójának neve, címe, telefonszáma a szerződés vonatkozásában:

Név:
Beosztás:
Szervezeti Egység:
Cím:
Tel.:
Fax:
E-mail:

Kijelölt egészségügyi szolgáltató kapcsolattartójának neve, címe, telefonszáma a szerződés vonatkozásában:

Név:
Beosztás:
Szervezeti Egység:
Cím:
Tel.:
Fax:
E-mail:

Alkusz kapcsolattartójának neve, címe, telefonszáma a szerződés vonatkozásában:

Név:
Beosztás:
Szervezeti Egység:
Cím:
Tel.:
Fax:
E-mail: