



C 1100 Kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás különös feltételek

Az AXA Biztosító Zrt. (a továbbiakban Biztosító) által kiadott Általános Személybiztosítási Feltételek ezen szerződés részét képezik. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekre a magyar jogszabályok és a Biztosító Általános Személybiztosítási Feltételei vonatkoznak. Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag főbiztosítás mellé köthető.

I. fejezet

A biztosítási eseménnyel összefüggő alapfogalmak és meghatározások

- (1) A kórházi fekvőbeteg-gyógyellátás alatt a legalább 24 órás kórházi benntartózkodást kell érteni, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.
- (2) Balesetnek minősül a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, sérülést okozó külső behatás, amelynek következtében a Biztosított 1 éven belül kórházi ellátásra szorul.
- (3) Betegség a mindenkor orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.
- (4) A gyógykezelés olyan, az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit alkalmazza az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodása megakadályozása céljából.
- (5) Magyarországon kórháznak minősülnek az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete által engedélyezett és nyilvántartott kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak, valamint a fegyveres testületek kórházai.
- (6) Jelen feltétel szempontjából nem minősülnek kórháznak a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek, a társadalombiztosítás által fenntartott rehabilitációs központok és a szanatóriumok, valamint az idült, gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők, utógondozó szanatóriumok, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, valamint a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógy-, pszichiátriai- és gondozóintézetei és az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.

II. fejezet

A biztosítási esemény

- (1) Biztosítási esemény a Biztosított betegség miatt orvosilag indokolt, kockázatviselési tartamon belül 3 napot meghaladó folyamatos kórházi fekvőbeteg ellátása, amennyiben a Biztosított kórházi kezelése ok-okozati összefüggésben áll a kockázatviselési tartam alatt bekövetkező betegséggel.
- (2) Biztosítási esemény továbbá a Biztosított baleset miatt orvosilag indokolt, a kockázatviselési tartamon belüli folyamatos kórházi fekvőbeteg ellátása, amennyiben a Biztosított kórházi kezelése ok-okozati összefüggésben áll a kockázatviselési tartam alatt bekövetkező balesettel és a kórházban való benntartózkodás meghaladja a 24 órát.
- (3) Folyamatos ápolásnak a Biztosító a legfeljebb 3 napra – a gyógyulás céljából – megszakított kórházi ápolást tekint, amennyiben a Biztosított igazolni tudja a megszakítás szükségességét. Amennyiben a kórházi ápolást nem egészségügyi indokból szakítják meg, úgy a Biztosító a további kórházi ápolásokat új biztosítási eseményként kezeli.
- (4) Nem képeznek biztosítási eseményt a következők:
 - a geriátriai, rehabilitációs, gyógygyógyászati, logopédiai kezelések, a házi ápolás és a gyógytorna,
 - a terhesség alatti – terhességgel összefüggő – kórházi ápolás és a terhességmegszakítás,
 - a mesterséges megtermékenyítés vagy fogamzásgátlás valamennyi formája,
 - a kozmetikai és plasztikai műtétekkel kapcsolatos kórházi ápolások,
 - a szülés [kivéve a III. fejezet (8)],
 - az előzőleg ismert betegségek és műtétek, valamint
 - a természetgyógyászati gyógyellátások miatti kórházi kezelések,
 - pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés,
 - alkohol-elvonókúra, illetve drogfüggőség megszüntetésére irányuló kórházi ápolás,
 - orvosi műhibából adódó kórházi ápolás,
 - Biztosítotton végrehajtott fogászati beavatkozás miatti kórházi ápolás,
 - krónikus vesedialízissel kapcsolatos kórházi ápolás,
 - rutinkivizsgálás miatti kórházi ápolás.
- (5) Nem képeznek biztosítási eseményt a kockázatviselés kezdetét követő első 6 hónapban végzett következő műtétek miatti kórházi ápolások: sérvműtétek (comb-, lágyék-, köldökműtétek), aranyér, aranyeres csomó műtéte, mandula és/vagy orrandula műtét, vakbélműtét, még abban az esetben sem, ha bármely fél kérésére orvosi vizsgálatra került sor.
- (6) Olyan balesetek, betegségek és azok közvetlen következményei, amelyek szakorvosi megítélés alapján időben és térben jól elhatárolhatók korábbi és későbbi biztosítási eseményektől és azok következményeitől, új biztosítási eseménynek minősülnek. Ezt az elhatárolást a Biztosító orvosa végzi az Általános Személybiztosítási Feltételek XXII. fejezet (5) pontja szerint.
- (7) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórházi ápolás első napja.

III. fejezet

A biztosítási szolgáltatás

- (1) A biztosítási szolgáltatás a biztosítási esemény bekövetkezését igazoló iratok bemutatása után kerül kifizetésre.
- (2) Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító minden olyan naptári napra napi térítést fizet a III. fejezet (3), (4), (5), (6), (7) és (8) pontja figyelembevételével, amelyen a Biztosított a baleset vagy betegség következtében orvosilag indokolt fekvőbeteg-ellátásban részesül.
- (3) Betegségből eredő kórházi benntartózkodásnál, a Biztosító az aktuális kórházi napi térítést a három napot meghaladó kórházi ápolás esetén, az ápolás első napjától nyújtja. Amennyiben a kórházi ápolás időtartama nem haladja meg a három napot, a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.
- (4) Balesetből eredő kórházi benntartózkodás esetén a Biztosító a kórházi ápolás minden naptári napjára fizeti az aktuális kórházi napi térítés összegét, ha a kórházi benntartózkodás időtartama meghaladja a 24 órát.
- (5) A kórházi ápolás napjainak számolásánál a kórházi ápolás minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás, vagy halál napja is, amennyiben a kórházi benntartózkodás időtartama meghaladja a 24 órát.
- (6) A Biztosító egy biztosítási éven belül maximum 100 napra fizeti a kórházi napi térítést.
- (7) A Biztosító az egész biztosítási tartamon belül egy biztosítási eseményre maximum 150 napra fizeti a kórházi napi térítést [II. (6)].
- (8) A Biztosító a nő Biztosítottak esetén kilenc hónap eltelte után minden szülés esetében, függetlenül a szülés miatt a kórházban töltött napok számától, 3 nap kórházi napi térítést nyújt. Ikerszülés egy szülésnek számít.
- (9) A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a kórházi ápolás indokoltságát és az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- (10) A biztosítási esemény bekövetkezése után, a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad, figyelembevéve a III. (6) és (7) pontokat.
- (11) Amennyiben a kórházi ápolás tartama tovább tart, mint a Biztosító kockázatviselése, úgy a kockázatviselés megszűnését követő napokra a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

IV. fejezet

A várakozási idő

- (1) A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, mely az orvosi vizsgálat nélkül kötött szerződések esetén a szerződés hatálybalépésétől a kockázatviselés megkezdődéséig tart. A várakozási idő alatt a Biztosító kockázatviselése nem vagy csak korlátozottan áll fenn.
- (2) A Biztosító az egészségi nyilatkozattal létrejövő szerződések esetén hat hónap várakozási időt köt ki.
- (3) A Biztosító előírhatja a Biztosított korának és a választott kórházi napi térítési összeg függvényében az orvosi vizsgálat elvégzését. A Biztosító eltekint a várakozási időtől, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálatot elvégezteti és a vizsgálatok eredményét a Biztosító rendelkezésére bocsátja.
- (4) Nem vonatkozik a várakozási idő a balesetekre és azok következményeire.

V. fejezet

A Biztosított

- (1) A biztosítás megköthető a Biztosított 20–57 éves kora között.
- (2) Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésének pillanatában nem áll orvosi kezelés alatt (pl. kórházi kezelés, táppénz). Nem lehet Biztosított, akinek a részére rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat, járadékot vagy szociális járadékot alapítottak meg. Továbbá nem lehet Biztosított az sem, aki szervátültetésen esett át vagy krónikus vesedializált beteg.

VI. fejezet

A biztosítás tartama és lejárata

- (1) A biztosítás 5–25 éves tartamra, egész évekre köthető.
- (2) A kiegészítő biztosítás lejárata a főbiztosítás lejárata és a Biztosított 62. életévének betöltését követő biztosítási évforduló közül a korábbi időpont.

VII. fejezet

A kockázatviselés korlátozása

- (1) Nem esnek biztosítási védelem alá a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett orvosi gyógykezelések, továbbá az a kórházi ápolás, amelyre a szerződéskötés előtt meglévő betegség, egészségi állapot vagy bekövetkezett baleset miatt kerül sor.
- (2) A kockázatviselést megelőzően keletkezett betegségek és baleseti következmények gyógykezelésére a kockázatviselés kezdete után, csak az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott közlési kötelezettség megtartásával kerülhet sor.
- (3) A VII. (2) pontban meglévő események esetén a Biztosító csak a kótvényre nyomtatott írásos záradékkal mentesülhet szolgáltatási kötelezettsége alól.

VIII. fejezet

Az aktuális biztosítási összeg

Az aktuális biztosítási összeg az első évben az ajánlaton megválasztott kórházi napi térítés összege, ezt követően a X. fejezetben leírt értékmegőrzési eljárás szerint módosított biztosítási összeg.

IX. fejezet

A biztosítási díj

- (1) A biztosítási díj a Biztosított életkora, neme, a választott biztosítási összeg és a Biztosító kockázatbírálása alapján kerül meghatározásra.
- (2) A biztosítás éves díj, de az éves díj fizethető féléves, negyedéves és havi díjrészekben is. Az évesnél gyakoribb díjfizetés esetén a Biztosító pótlékot számít fel, melynek mértéke változhat. A Biztosító a pótlék mértékének változásáról legalább 30 nappal előtte írásban értesíti a Szerződőt.
- (3) A biztosítási díjat a Biztosító mindig 5 éves tartamokra garantálja. Függetlenül a X. fejezetben leírt értékmegőrzéstől, a kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás díja a biztosítás kezdetétől számítva 5 évente a Biztosított aktuális életkora és a biztosítási események bekövetkezési valószínűsége alapján módosul. A módosított biztosítási díj a díjmódosítás biztosítási évfordulóján lép életbe. Erről a Szerződőt a Biztosító a díjindex [X. (2)] mértékének közlésével egyidejűleg értesíti. Amennyiben a Szerződő a módosított díjat nem fogadja el, úgy arról írásbeli nyilatkozatot kell küldenie a Biztosítóhoz az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül és ezzel a kiegészítő biztosítás a biztosítási évfordulón megszűnik. Írásbeli nyilatkozat hiányában vagy késedelmes beérkezés esetén a kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulón automatikusan életbe lép.
- (4) A Biztosítónak lehetősége van a Biztosított szakmájának, foglalkozásának, egészségi állapotának és rendszeresen üzött sporttevékenységének függvényében a Biztosítottat magasabb kockázati osztályba sorolni (az Általános Személybiztosítási Feltételek XIV. fejezet (6) pontjában leírtak szerint).
- (5) A kiegészítő biztosítás díjfizetési gyakoriságának meg kell egyeznie a főbiztosítás díjfizetésének gyakoriságával.

X. fejezet

A biztosítás értékének megőrzése

A biztosítás értékének megőrzését a Biztosító a következők szerint kínálja a Szerződőnek.

- (1) A biztosítás értékének megőrzését a rendszeres biztosítási díj évenkénti emelésének lehetősége biztosítja. Az ehhez tartozó biztosítási összeg a biztosítás díjával azonos arányban növekszik. Ebben az esetben a Biztosító eltekint egy újabb kockázatbírálástól. Amennyiben a Szerződő a felajánlott értékkövetésen felül kívánja emelni a biztosítási összeget, abban az esetben a Biztosító élhet az újbóli kockázatbírálás lehetőségével.
- (2) Az értékkövetéshez használt díjindexet (az évenkénti díjnövekedés mértéke) a Biztosító állapítja meg úgy, hogy az a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindexétől legfeljebb 5 százalékponttal tér el.
- (3) A biztosítási díj és a biztosítási összeg emelkedése a biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődik és évente ismétlődik. A díjnövekedés mértékét a Biztosító minden naptári év július 1-re vonatkozóan határozza meg és ez a mérték július 1-től a következő naptári év június 30-ig van érvényben.
- (4) A biztosítási évfordulót megelőzően (legalább 30 nappal) a Biztosító minden évben értesítést küld a megemelkedett biztosítási összegről és a megemelkedett díjról. A Szerződőnek jogában áll a díjemelést (értékkövetést) 30 napon belül visszautasítani. Ha ezt nem teszi meg, a Biztosító a megnövelt biztosítási összeget és díjat tekinti érvényesnek. Az értékkövetési lehetőség a biztosítási összegre vonatkozóan két egymást követő elutasítás után elvész.
- (5) A Biztosító minden évben együtt és egyidejűleg ajánlja fel a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítás értékkövetését. Amennyiben a főbiztosításra a Szerződő nem kér értékkövetést, a kiegészítő biztosítás értékkövetésére külön nincs mód.
- (6) A biztosítási díj 5 évenként módosul [IX. (3)], ilyenkor az értékkövetés alapja az előző évben érvényes biztosítási összeg.

XI. fejezet

A szolgáltatási igény bejelentése

- (1) A szolgáltatási igény benyújtásához az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratokat és az esetleg egyéb rendelkezésre álló orvosi dokumentumokat [műtėti leírás, kórházi zárójelentések, szövettani vizsgálatlelet (ha van)] kell csatolni. Idegen nyelvű orvosi dokumentáció esetén magyar nyelvű hivatalos fordítást is mellékelni kell.
- (2) A szolgáltatási igény elbírálása során a Biztosító kérheti további dokumentumok benyújtását (pl. a biztosítási eseményt megelőző, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségi állapotra vonatkozó igazolások) és további orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatásának kezdeményezésére és azok elvégzésére a Biztosító orvosa jogosult.

XII. fejezet

Egyéb rendelkezések

- (1) Ha a Szerződő főbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a Kórházi napi térítés kiegészítő biztosítása is.
- (2) A főbiztosítás díjmentesítése esetén a díjmentessé válást megelőző napon megszűnik a Kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás.
- (3) A Kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás a lejáratkor kifizetés nélkül megszűnik abban az esetben is, ha nem történt biztosítási esemény.

