



C 1300 Csoportos kórházi napi térítés biztosítás különös feltételek

AXAB/C1300.0808

I. fejezet

Általános rendelkezések

Az AXA Biztosító Zrt. (a továbbiakban Biztosító) Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételei ezen szerződés részét képezik. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a magyar jogszabályok az irányadók.

II. 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 külső behatás, amelynek következtében a Biztosított sérülést szenved és 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- és gondozóintézetei és az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.
- (7) 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.
- (8) 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 állapítottak meg. Továbbá nem lehet biztosított az sem, aki szervátültetésen esett át vagy krónikus vesedializált beteg.

III. fejezet

A biztosítási esemény

- (1) A Biztosító a szerződésben meghatározott napi térítés összegét fizeti a Biztosítottnak betegség vagy baleset miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátása esetén.
- (2) A Szerződő a szerződés megkötésekor választhat, hogy kórházi benntartózkodás első hány napjára nem igényel biztosítási fedezetet. A Biztosító a választott önrész függvényében állapítja meg a biztosítás díját. A Biztosító az önrészként választott napokra visszamenőleg nyújt térítést, amennyiben a folyamatosan kórházban töltött napok száma meghaladja az önrész mértékét. Nem folyamatos kórházi benntartózkodás esetén az egy évben kórházban töltött napok nem adódnak össze és az önrész esetenként levonásra kerül.
- (3) Nem képeznek biztosítási eseményt a következők:
 - a geriatrai, rehabilitációs, gyógytornász, logopédiai kezelések, a házi ápolás és a gyógytorna, fizioterápia,
 - 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 IV. fejezet (4)],
 - az előzőleg ismert betegségek és műtétek, valamint
 - a természetgyógyászati gyógyellátások miatti kórházi kezelések.

IV. fejezet

A biztosítási szolgáltatás

- (1) A szerződésben meghatározott kórházi napi térítés összege a szükséges iratok bemutatása után kifizetésre kerül.
- (2) A Biztosító egy biztosítási éven belül minden olyan naptári napra fizet, figyelembe véve a III. fejezet (2) pontját, (legalább 24 óras benntartózkodás), amelyen a biztosítottak a baleset vagy betegség következtében, annak megtörténtétől számított egy éven belül orvosilag indokolt fekvőbeteg-ellátásban részesül. A Biztosító egy biztosítási éven belül maximum 100 napra (beleértendő az önrészként választott napok száma is) fizeti a kórházi napi térítést.
- (3) A Biztosító az egész biztosítási tartamon belül egy biztosítási eseményre maximum 150 napra (beleértendő az önrészként választott napok száma is) fizeti a kórházi napi térítést [II. fejezet (7)].
- (4) A Biztosító a női biztosítottak esetén kilenc hónap várakozási idő eltelte után minden szülés esetében, függetlenül a szülés miatt a kórházban töltött napok számától, 3 nap kórházi napi térítést nyújt.
- (5) A biztosítási esemény bekövetkezése után, a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad, figyelembe véve a IV. fejezet (2), (3) pontját.

V. fejezet

A kockázatviselés korlátozása

- (1) Nem esnek biztosítási védelem alá a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett orvosi gyógykezelések.
- (2) A kockázatviselést megelőzően keletkezett betegségek és baleseti következmények gyógykezelésére a kockázatviselés kezdete után csak a Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételekben meghatározott közlési kötelezettség megtartásával kerülhet sor.