



C 1321 Csoportos, keresőképtelenség esetére szóló biztosítás különös feltételek

AXAB/C1321.0808

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) Baleset a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesettől számított egy éven belül keresőképtelenné válik, orvosi kezelésre vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul.
- (2) Betegség a mindenkor orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.
- (3) Betegszabadság: a munkavállalót a betegsége miatti keresőképtelensége idejére – ide nem értve a társadalombiztosítási szabályok szerinti üzemi baleset és foglalkozási betegség miatti keresőképtelenséget – naptári évenként 15 munkanap betegszabadság illeti meg.
- (4) Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésének pillanatában nem keresőképtelen, illetve nem áll orvosi kezelés alatt.
- (5) Gyermekeápolás alatt azt kell érteni, ha a táppénzre jogosult anya vagy az egyedülálló apa egyévesnél fiatalabb gyermekét vagy a házassági életközösségben élő szülők egyévesnél idősebb, de tizenkét évesnél fiatalabb beteg gyermekét ápolja és ezt az arra jogosult orvos igazolja.
- (6) 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.
- (7) Keresőképtelen az, aki saját betegsége vagy balesete miatt munkáját – orvosi szempontból indokoltan – nem tudja ellátni és aki a vonatkozó jogszabályok alapján a betegszabadság, illetve a táppénz igénybevételére jogosult. A keresőképtelenség tartamát és okát csak az arra érvényes jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.
- (8) Keresőképtelenség igazolása: a keresőképtelenséget – a keresőképeség orvosi elbírálásáról szóló rendelkezéseknek megfelelően – a kezelőorvos igazolja.
- (9) Kórháznak minősülnek Magyarországon 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.
- (10) Nem minősülnek kórháznak jelen feltétel szempontjából 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 idősok szociális otthonai és azok betegosztályai, valamint a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógyintézetei, gondozóintézetei, valamint az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.
- (11) Táppénz: a Biztosított betegség miatt fennálló keresőképtelenség esetén táppénzre legkorábban a betegszabadságra való jogosultság lejáratát követő naptól jogosult (a munkavállaló a betegszabadságot teljes mértékben kimerítette).
- (12) Nem köthető biztosítás olyan személyekre, akik saját jogon nem jogosultak táppénzre (tanuló, nyugdíjas, munkanélküli, háztartásbeli, gyed, gyes), illetve akik részére rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat, járadékot állapítottak meg. Továbbá nem lehet Biztosított az sem, aki szervátültetésen esett át vagy krónikus vesedializált beteg.

III. fejezet

A biztosítási esemény

- (1) Biztosítási esemény, ha a Biztosított a kockázatviselés hatálya alatt egészségi állapotának romlása miatt, amelynek oka baleset vagy betegség, keresőképtelen állományba kerül és ezt a mindenkor törvényi rendelkezések értelmében a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház a megfelelő előírásoknak megfelelően írásban hitelesíti.
- (2) Biztosítási eseményt képez egy biztosítási éven belül maximum 10 napig a gyermekeápolás.
- (3) Nem képeznek biztosítási eseményt:
 - a terhesség miatti keresőképtelenség (betegszabadság, táppénz),
 - a kockázatviselés kezdete előtt megkezdődött keresőképtelenség,
 - a gyermekeápolás egy biztosítási éven belül 10 napot meghaladó részei,
 - a mesterséges megtermékenyítés vagy fogamzásgátlás valamennyi formája miatti keresőképtelenség,

- a kozmetikai és plasztikai beavatkozások, műtétek miatti keresőképtelenség,
- pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek, illetve a pszichoterápiás gyógykezelés miatti keresőképtelenség,
- az alkohol-elvonókúra, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelésből eredő keresőképtelenség.

IV. fejezet

A Biztosító szolgáltatása

- (1) A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a biztosítási összeget. A Biztosító minden olyan napra fizet, mely a Szerződő által választott önrészt meghaladja [IV. fejezet (3)], valamint amelyen a Biztosított orvosilag igazoltan keresőképtelen (betegszabadság, táppénz), és amely az Egészségbiztosítási törvény szerint táppénzes napnak bizonyul.
- (2) Nem jár táppénz (és biztosítási szolgáltatás) a betegszabadság lejártát követő szabadnapra és heti pihenőnapra, ha az azt követő munkanapon (munkaszüneti napon) a keresőképtelenség már nem áll fenn.
- (3) A Szerződő a szerződés megkötésekor választhat, hogy a folyamatos betegállomány első hány napjára nem igényel biztosítási fedezetet. A Biztosító a választott önrész függvényében állapítja meg a biztosítás díját. A Biztosító az önrészként választott napokra nem nyújt térítést. Nem folyamatos betegállomány esetén az egy évben betegállományban töltött napok nem adódnak össze és az önrész minden alkalommal levonásra kerül.
- (4) A szolgáltatás kiszámítása úgy történik, hogy a biztosítási összeget meg kell szorozni a táppénzben töltött napok számával, figyelembe véve a IV. fejezet (2) és (3) pontokat.
- (5) A Biztosító egy biztosítási éven belül maximum 100 keresőképtelen napra térít egy Biztosított vonatkozásában (a 100 nap tartalmazza az önrészt is).
- (6) A biztosítási esemény bekövetkezése után, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett tovább folytatódik.

V. fejezet

A biztosítási összeg

A biztosítási összeget a Szerződő választhatja meg a szerződés megkötésekor.

VI. fejezet

A Szerződő és a Biztosított kötelezettségei

A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosítónak írásban bejelenteni, ha a Biztosított táppénzre való jogosultsága a biztosítási tartam alatt szűnik meg.

VII. fejezet

A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

- (1) A Biztosítóhoz a kárigény teljesítéséhez a következő iratokat kell az önrész letelte után 8 munkanapon belül benyújtani:
 - a Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételekben szabályozott iratok,
 - a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos, kórház által kiállított hiteles nyomtatvány másolata,
 - kórházi kezelés esetén a kórházi zárójelentés másolata.
- (2) Folyamatos, hosszan tartó betegállomány esetén a VII. fejezet (1) pontban szabályozott nyomtatványokat 10 naponta kell a Biztosítónak benyújtani.
- (3) A Biztosító hosszan tartó betegállomány esetén kérheti a kezelőorvos eseteleírását.
- (4) A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a keresőképtelenséget a Biztosító orvosával ellenőriztesse és megfelelő orvosszakmai indoklás mellett azt felülbírálja.