

Érvényes: 2014. április 1-jei és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. Jelen kórházi napi térítést nyújtó kiegészítő biztosításra az alapt biztosítás szabályai érvényesek kivéve azokban a részletekben, ahol a kiegészítő az alapt biztosítás szabályaitól eltér. Ennek megfelelően az alapt biztosításra érvényes általános szabályzatok szerint kell eljárni. (általános szabályzatok: Általános Személybiztosítási Szerződéses Feltételek, rövid neve: ÁSZSZF; Általános Életbiztosítási Szabályzat, rövid neve: ÁÉSZ; Általános Személybiztosítási Szabályzat, rövid neve: ÁSZSZ)
- 1.2. Jelen kiegészítő egészségbiztosítás a biztosító által meghatározott, folyamatos díjas alapt biztosításokhoz, az alapt biztosítással egyidejűleg, illetve annak tartamán belül megköthető, illetve megszüntethető az általános szabályzatok megszüntetésére vonatkozó pontjai alapján.

2. BIZTOSÍTOTT

- 2.1. Jelen kiegészítő egészségbiztosítás biztosítottja lehet a szerződés megkötésekor legalább 16, de legfeljebb 57 éves természetes személy, aki nem részesül semmilyen rokkantsági ellátásban (ideértve a rehabilitációs járadékot), és akit a biztosító biztosítottként elfogad
- 2.2. Jelen kiegészítő biztosításnak csak egy biztosítottja lehet.
- 2.3. Jelen kiegészítő biztosítás legkésőbb a biztosított 62. életének betöltését követő biztosítási évfordulót követő első nap 0. órájában megszűnik.
- 2.4. Jelen kiegészítő biztosítás **társbiztosított**jaként egy személy jelölhető meg, feltéve, hogy az alapt biztosítás vagy arra vonatkozó általános szabályzat erre lehetőséget ad.

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- 3.1. A biztosítási esemény a biztosított orvosi szempontból szükséges, a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése alatt megkezdődő, 3 napot, terhességgel és szüléssel összefüggően nem baleseti okból eredő ápolás esetén 10 napot meghaladó, Magyarországon történő folyamatos, úgynevezett aktív fekvőbeteg-ellátó intézményben történő ápolása.
- 3.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórházi ápolás első napja.
- 3.3. A biztosító kockázatviselésének megszűnése után kezdődő kórházi ápolás nem minősül biztosítási eseménynek még akkor sem, ha az a kockázatviselés alatt bekövetkező baleset vagy kialakuló betegség következménye.
- 3.4. Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából aktív fekvőbeteg-ellátó intézménynek minősül az az intézmény, amely állandó orvosi felügyeletet nyújt, szakképzett

ápolószeméllyel rendelkezik és a mindenkor hatályos magyar jogszabályok szerint aktív fekvőbeteg-szakellátásra engedélyt kapott.

- 3.5. **Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősülnek aktív fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézménynek az alábbiak:**
- a) az alkoholisták és kábítószerfüggők kezelésére szolgáló intézmény;
 - b) a tébécés betegek kezelésére szolgáló intézmény;
 - c) az elmebetegek, illetve elmebeteg-ellátók számára fenntartott intézmény;
 - d) a gyógyfürdő-kórház, illetve gyógyfürdőhely;
 - e) rehabilitációs osztály, egyéb rehabilitációt végző gyógyintézmény;
 - f) az úgynevezett elfekvő betegek ápolására szakosodott intézmény (krónikus belgyógyászati), illetve az utógondozási feladatokat ellátó intézmény.

4. AKTUÁLIS NAPI TÉRÍTÉSI ÖSSZEG

Az aktuális napi térítési összeg a szerződő által az ajánlat aláírásakor meghatározott és a tartam során az alapt biztosításnál alkalmazott értékkövetés szerint növelt napi térítési összeg.

5. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

- 5.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a 3 napot meghaladó, terhességgel és szüléssel összefüggően nem baleseti okból eredő ápolás esetén 10 napot meghaladó kórházi ápolás minden napjára napi térítést fizet. A napi térítés összege megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális napi térítési összeggel.
- 5.2. A kórházi ápolás napjainak számlálásánál a kórházi ápolás minden megkezdett naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás, vagy az esetleges halál napja is.
- 5.3. A biztosító a szolgáltatását a biztosító orvosának véleménye alapján teljesíti. A biztosító a szolgáltatás teljesítését a biztosított biztosító orvosa általi felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.
- 5.4. A biztosítási szolgáltatás igényléséhez – az általános szabályzatokban felsorolt, a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumokon felül – kórházi zárójelentés, továbbá – amennyiben a zárójelentésben ez nem szerepel – minden olyan kórházi, orvosi dokumentum szükséges, amely tartalmazza a kórházi kezelés leírását, okát, előzményeit, időpontját, tartamát.

6. A BIZTOSÍTÁS KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE, TARTAMA, ÉVFORDULÓJA, LEJÁRATA

- 6.1. A jelen kiegészítő biztosítás létrejöttkor az alapt biztosítás tartamából –, illetve, ha az alapt biztosítás különös feltételeinek értelmében az alapt biztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnek hátra kell lennie.
- 6.2. Az alapt biztosításra vonatkozó szabályzat szerint jelen kiegészítő biztosítás:
- határozatlan tartamú, amely a biztosítási év végére a szerződő, illetve a biztosító részéről írásban felmondható; vagy
 - határozott, egy éves tartamra jön létre, de folyamatosan érvényben marad a következő biztosítási évre, kivéve, ha a szerződő vagy a biztosító a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően írásban jelzi, hogy nem kívánja a jelen szerződést megújítani.
- 6.3. Jelen kiegészítő biztosítás díját a biztosító a kiegészítő biztosítás megkötésétől számított 1 éves időszakokra garantálja. Az 1 éves időszakok elteltét követően a biztosító a fizetendő díjat a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős változása miatt felülvizsgálhatja, új díjkalkuláció és díjszabás alapján új díjakat állapíthat meg. A díjmódosítás mértékéről a biztosító legalább 60 nappal a határozott tartam lejárta előtt, írásban tájékoztatja a szerződőt.
- Az így módosított díj a biztosítás évfordulójától kezdődően érvényes. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, vagy erre nem válaszol legkésőbb 30 nappal az új biztosítási időszak első napját megelőzően, a szerződés a díjmódosítás közlését követő 60. napon megszűnik, ha erre a szerződő figyelmét a módosítással egyidejűleg felhívja a biztosító. Ezzel jelen kiegészítő biztosítás a következő biztosítási időszak első napjának 0 órájával maradékjogok nélkül megszűnik.
- Jelen kiegészítő biztosítás utólagos felvétele esetén az 1 éves határozott tartam számítása az alapt biztosítás biztosítási évfordulójához igazodik, így az első biztosítási év tört év is lehet.

7. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ

- 7.1. A biztosítás szolgáltatási összegének nagyságától, a biztosított életkorától, nemétől, foglalkozásától, életmódjától (szabadidős, sporttevékenység) és az egyéb kockázati körülményektől függően, a biztosítási kockázat elbírálásához a biztosított egészségi nyilatkozata vagy orvosi vizsgálata, illetve egyéb orvosi iratai szükségesek.
- 7.2. A biztosító a jelen kiegészítő biztosítás ajánlatának aláírásától számított 6 havi várakozási időt köt ki. Ezen időszak alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag a baleseti eredetű biztosítási eseményekre terjed ki.

8. KIZÁRT KOCKÁZATOK

- Az általános szabályzatok kockázatkizárásokra vonatkozó pontjain túlmenően nem minősül biztosítási eseménynek
- a) a biztosított **veleszületett rendellenességeivel**, illetve a születés körüli időszakban szerzett betegségekkel, állapotokkal, károsodásokkal összefüggő kórházi ápolás;

- b) a biztosított olyan kórházi ápolása, amely **okozati összefüggésben áll** olyan **betegséggel**, vagy **állapottal**, amely a biztosító jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét **megelőző 5 évben már fennállt**, és arról a biztosított tudott vagy tudnia kellett, kivéve, ha a biztosított erről nyilatkozott és a biztosító ennek ismeretében vállalta a kockázatot;
- c) a biztosított olyan kórházi ápolása, amely okozati összefüggésben áll a biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a biztosító jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már kialakult maradandó károsodásával;
- d) a biztosított olyan kórházi ápolása, amely öngyilkossággal vagy öncsonkítással, illetve ezek kísérletével kapcsolatos, függetlenül attól, hogy milyen tudatállapotban követték el;
- e) a mesterséges megtermékenyítés, művi terhesség-megszakítás és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi ápolás;
- f) a kozmetikai és plasztikai műtétekkel kapcsolatos kórházi ápolás;
- g) a krónikus vese-dialízissel kapcsolatos kórházi ápolás;
- h) a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés;
- i) az alkohol-elvonókúra, drog-, illetve egyéb függőség megszüntetésére irányuló kórházi ápolás;
- j) a biztosított olyan kórházi ápolása, amely az alábbi tevékenységekkel összefüggésben következik be: gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járművek használatával kapcsolatos sportok, légi sportok, hegyi-sportok, extrém sportok, küzdősportok, továbbá tereplovaglás akadályokkal, díjugratás, síugrás és akrobatikus síelés;
- k) halasztott kórházi ápolás, amelynek szükségessége a biztosító jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett.

9. VEGYES RENDELKEZÉSEK

Jelen kiegészítő biztosítás vissza nem vásárolható, nem díjmentesíthető és kölcsönrel nem terhelhető; megszűnése esetén maradékjoggal nem rendelkezik.