

MedHotel kórházi hotelszolgáltatást nyújtó költségfedező kiegészítő biztosítás különös feltételei (HOTEL2006)



GENERALI-PROVIDENCIA Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság

GENERALI-PROVIDENCIA Zrt. 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44. Generali TeleCenter: (06-40) 200-250

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek MedHotel kórházi hotelszolgáltatást nyújtó költségfedező kiegészítő biztosítást tartalmazó részére érvényesek feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen biztosítási feltételekben (a továbbiakban: különös feltételek) nem szabályozott kérdésekre a Generali-Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság. Általános személybiztosítási feltételei (EÁSZF06) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Általános rendelkezések

Az általános feltételektől eltérő szabályozások.

1. Biztosított az a természetes személy, aki a szerződés megkötésekor 14. életévét már betöltötte, de legfeljebb 60 éves.
2. A biztosítási szerződés megkötésének feltétele a biztosítottnak a biztosító által meghatározott orvosi szűrővizsgálaton való részvétele. A biztosító a szűrővizsgálat díját a szerződés létrejöttekor a biztosítási díjba beszámítja.
3. Amennyiben a biztosító az ajánlatot elfogadja, de a szerződő a kötvény kézbesítését követő 15 napon belül mégsem kíván szerződést kötni, akkor a biztosító az előlegnek a szűrővizsgálat díjával csökkentett részét utalja vissza a szerződőnek.
4. Díjigazítás (általános feltételek III.6.)
- 4.1. A biztosító a költségfedező egészségbiztosítások szolgáltatásfinanszírozó-képességének megőrzése érdekében évente, a biztosítási évforduló napján egyoldalú díjmódosítást (a továbbiakban: díjigazítás) végezhet.
- 4.2. A díjigazítás indoka a biztosítással fedezett szolgáltatások és egészségügyi ellátások körének, ezek költségének, vagy e szolgáltatások és egészségügyi ellátások biztosítottak által való igénybe vétele gyakoriságának rendkívüli változása. A díjigazítás nincs összefüggésben a biztosított egészségi állapotával, vagy a szerződő és a biztosított közlési, valamint változás-bejelentési kötelezettségének gyakorlásával.
- 4.3. A díjigazítás alapja a Központi Statisztikai Hivatal által a tárgyévét megelőzően közzétett egészségügyi árindex, valamint a biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál az igénybe vehető költségértékes szolgáltatások díjának – az előző évhez, illetve a korábbi évekhez viszonyított – változása, a biztosító szolgáltatásai körének, továbbá a szolgáltatások igénybe vétele gyakoriságának változása.
- 4.4. A díjigazítás technikája a biztosítási díjnak és a biztosítási összegnek (jelen feltételek III.7. és III.8. pontjában foglaltak szerinti biztosítási összeg szolgáltatásnak) a módosítás előtt meghatározott százalékkal való – nem minden esetben azonos arányú – emelése.
- 4.5. A biztosító minden évben folyamatosan figyelemmel kíséri a szükségessé váló és a kalkulált biztosítási szolgáltatások mértékét és gyakoriságát. Amennyiben ez az összehasonlítás bármely tényező tekintetében 10%-nál nagyobb mértékű eltérést mutat, a biztosító ellenőrzi a tarifa valamennyi díjtételét és a biztosítási összegeket, és ha szükséges, az évfordulón díjigazítást hajt végre. A díjigazítás útján végrehajtott díjmódosítás mértéke egyik díjigazítási technika önmagában való alkalmazása esetében sem haladhatja meg a díjigazítás alapját képező tényezők közül a legnagyobb mértékben változó tényező változásának mértékét.

4.6. A biztosító a díjigazításról a biztosítási évfordulót legalább 2 hónappal megelőzően értesítést küld a szerződőnek.

4.7. Amennyiben a szerződő a díjigazítást nem fogadja el, a biztosítónak a díjigazításról szóló értesítése kézhezvételét követő 30 napon belül a szerződést a biztosítási évfordulóra felmondhatja.

4.8. A szerződő felmondásának hiányában a biztosítási szerződés hatályban marad és a szerződő a díjigazítás alapján számított mértékű biztosítási díjat köteles megfizetni a biztosító részére, amely a biztosítási évforduló napján esedékes.

5. Értelmező rendelkezések

- 5.1. Jelen biztosítási feltételek alkalmazásában betegség az orvostudomány általánosan elismert állása szerinti rendellenes testi vagy szellemi állapot.
- 5.2. Jelen biztosítási feltételek alkalmazásában nem tervezhető, sürgősségi ellátásnak minősül az előzmény nélküli, a kiváltó ok utáni azonnali beavatkozás (ellátás), amelynek elmaradása a biztosítottnál helyrehozhatatlan károsodást okozna. Minden egyéb ellátás nem sürgősségi ellátásnak minősül.
- 5.3. Engedményező nyilatkozat: a kedvezményezett (a biztosított) a biztosító szolgáltatásáról engedményezés útján lemond a hotelszolgáltatást nyújtó biztosítóval szerződött állami vagy önkormányzati kórház javára.

II. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset (általános feltételek VII.3.), melynek következtében a biztosított folyamatos kórházi (általános feltételek VII.4.1.) fekvőbeteg-ellátásban részesül, amennyiben az orvosilag szükséges.
2. Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül az a személy, aki az orvosi ellátás igénybevételével összefüggésben az éjszakát is a kórházban tölti. Folyamatos kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása szempontjából a kórházi ápolás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ápolás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.

III. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti kórházi fekvőbeteg ellátásra, a biztosított balesete esetén a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges kórházi fekvőbeteg ellátásra nyújt szolgáltatást.
2. A biztosító egy biztosítási éven belül legfeljebb 75 nap kórházi fekvőbeteg ellátási napra nyújt szolgáltatást.
3. A biztosító szolgáltatása akkor sem haladja meg a 2. pontban meghatározott mértéket, ha a biztosítottnak a biztosító kockázatviselése alatt bekövetkezett balesete miatt szükséges kórházi fekvőbeteg-ellátása a tartamon túl, de a baleset napjától számított két éven belül válik szükségessé.
4. Szülés esetén a biztosító kizárólag a hatályos biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeg szolgáltatást nyújt, függetlenül attól, hogy a biztosítóval szerződött, vagy nem a választott kategóriának megfelelő, vagy a biztosítóval nem szerződött kórházban kerül sor a kórházi fekvőbeteg-ellátásra.

5. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásának indokoltságát, és az egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
6. A biztosítóval szerződött kórház igénybevétele esetén
 - 6.1. A biztosító a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásának tartamára kizárólag természetbeni (hotel) szolgáltatást nyújt, mely a magasabb színvonalú kórházi elhelyezés, az egészségügyi szolgáltatásokat kiegészítő minőségi szolgáltatások megszervezésére és költségeinek finanszírozására terjed ki.
 - 6.2. Az egészségügyi szolgáltatásra (orvosi vizsgálatra, műtéti beavatkozásra, kezelésre, szakápolói tevékenységre, stb.) vonatkozó hatályos jogszabályok, valamint szakmai szabályok betartásáért kizárólag a kórház a felelős.
 - 6.3. A hotelszolgáltatás tartalmát és a szolgáltatást nyújtó kórházak listáját az egészség- és baleset-biztosítási ajánlat részét képező (hatályos) záradék tartalmazza.
 - 6.4. A biztosítóval szerződött kórházban történő kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító az Engedményező nyilatkozat alapján teljesít. A biztosított számára biztosítási összeg fizetésére nincs lehetőség.
7. Nem a választott kategóriának megfelelő vagy a biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató igénybevétele esetén
 - 7.1. A biztosító szolgáltatása kizárólag a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeg.
 - 7.2. A szolgáltatás mértékének megállapítása úgy történik, hogy a hatályos kötvényen rögzített biztosítási összeget meg kell szorozni azon napok számával, amikor a biztosított a kórházban fekvőbeteg-ellátásban részesült. Amennyiben a biztosított balesete miatt szükséges kórházi fekvőbeteg-ellátás a tartamon túl következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben szereplő biztosítási összeget kell figyelembe venni.
8. A biztosító szolgáltatása a biztosítási díjjal nem fedezett időszakban
 - 8.1. Amennyiben a szerződő a biztosítási szerződés tartama alatt díjfizetési kötelezettségének esedékességgkor nem tesz eleget, és a biztosítási szerződés megszűnése előtt biztosítási esemény következik be, úgy a biztosító a kórházi hotelszolgáltatással összefüggésben felmerülő költségeket nem köteles átvállalni.
 - 8.2. A biztosító e díjjal nem fedezett időszak alatt csak az összegbiztosítás hatálya alá tartozó – a hatályos biztosítási kötvényben szereplő – kórházi napi térítés összegbiztosítás szolgáltatást teljesíti a jogalap fennállása esetén, a jelen különös feltételek 7.2. pontja alapján.

IV. A biztosító teljesítésének feltételei

1. Biztosítóval szerződött kórház igénybevétele esetén
 - 1.1. A kórházi fekvőbeteg-ellátásra vonatkozó bejelentés határidejét az határozza meg, hogy a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátása sürgősségi vagy nem sürgősségi ellátásnak minősül.
 - 1.2. Nem tervezhető (sürgősségi) kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosított ellátásának megkezdését követően a kórház azonnal írásban (az Engedményező nyilatkozat kitöltésével, faxon) tájékoztatja a biztosítót. Az írásbeli tájékoztatás kézhezvételét követően a biztosító dönt a biztosítási esemény jogalapja tárgyában, a biztosítási szerződés alapján. A biztosító a döntésről a kórházat írásban (faxon) értesíti.

- 1.3. A döntés eredményeként a biztosító a biztosítási szerződés alapján vagy az ellátás teljes tartamára, vagy az ellátás tartamának azon időszakára vállalja a költségeket, amely a kórházi fekvőbeteg-ellátás megkezdésének időpontjától a biztosító döntéséről való írásbeli (faxon történő) tájékoztatás feladásának időpontjáig eltelt.
- 1.4. Tervezhető kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosított legkésőbb öt munkanappal a tervezett kórházi fekvőbeteg-ellátás megkezdését megelőzően köteles a kórházzal egyeztetni és az Engedményező nyilatkozat kitöltésével a biztosítót írásban tájékoztatni a tervezett ellátásról, az ellátás megkezdésének tervezett időpontjáról és várható tartamáról.
- 1.5. A biztosító az Engedményező nyilatkozat alapján ellenőrzi a biztosított adatait, a biztosítási szerződés hatályát (a díjfizetést), az addig igénybe vett szolgáltatások mértékét, és ezek figyelembe vételével – a szerződéses feltételek alapján – nyilatkozik a kórháznak a kórházi fekvőbeteg-ellátás költségének átvállalásáról.
- 1.6. A IV.1.4. pontban meghatározott határidő elmulasztása a biztosító mentesülését eredményezheti, amennyiben a késedelmes bejelentés miatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.
- 1.7. A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.
- 1.8. A szolgáltatást a biztosító – az Engedményező nyilatkozat, valamint a biztosítónak a költségek átvállalására tett nyilatkozata alapján – a biztosító nevére kiállított kórházi számla és a kórházi zárójelentés átvételét követő 15 napon belül a kórház számára teljesíti.
2. Nem a választott kategóriának megfelelő és a biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató igénybevétele esetén
 - 2.1. A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani a biztosító kirendeltségein átvehető hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt, a kórházi zárójelentést, baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, amennyiben ilyen készült. Közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát is be kell nyújtani a biztosítóhoz.
 - 2.2. A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is, és amennyi szükséges okmány beérkezését követő 15 napon belül dönt a jogalap tárgyában.
3. A biztosító szolgáltatása a biztosítási díjjal nem fedezett időszakban
 - 3.1. Az esedékes biztosítási díjjal nem fedezett időszakban a szolgáltatási igényt a jelen különös feltételek IV.2. pontjában foglaltak szerint kell benyújtani.
 - 3.2. A biztosító az elmaradt díjat a szolgáltatási összegből levonja.

V. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatviselésből kizárt események

1. A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a MedHotel kórházi hotelszolgáltatást nyújtó költségfedező kiegészítő biztosítás szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.
2. A biztosító kockázatviselése az általános feltételekben meghatározottakon kívül nem terjed ki azokra a kórházi fekvőbeteg-ellátásokra, amelyeknek oka egészben vagy részben:
 - fogászati ellátás
 - fertőző betegségek ellátása.