

A kórházi napi térítésre vonatkozó önrészes kollektív biztosítás különös feltételei (KEKNT199)



GENERALI-PROVIDENCIA Biztosító Rt. 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. Telefon: 301-7100 Fax: 269-3996 Forrádrót: 452-3232, 452-3434

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Rt. (továbbiakban: biztosító) kollektív biztosítási szerződéseinek kórházi napi térítést tartalmazó részére hatályosak, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító Kollektív élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános feltételei (továbbiakban: általános feltételek) az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett betegség vagy baleset, melynek következtében a biztosított kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben részesül, amennyiben az orvosilag szükséges.
2. Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben részesül az a személy, aki az éjszakát is a kórházban tölti. A kórházi fekvőbeteg-gyógykezelés a kórházi ápolás első napjával kezdődik és annak utolsó napjáig tart.
3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a biztosított baleset miatti kórházi fekvőbeteg-gyógykezelése esetén a baleset időpontja, a biztosított betegség miatti kórházi fekvőbeteg-gyógykezelése esetén a kórházi fekvőbeteg-gyógykezelés első napja.

2. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésre, a biztosított balesete esetén a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésre nyújt szolgáltatást.
2. A folyamatos kórházi ápolás első, a szerződésben meghatározott számú napjára (továbbiakban önrész) a biztosító nem térít.
3. Az önrész letelte utáni napokra a biztosító az adott napon hatályos kötvényben szereplő biztosítási összeget téríti. Amennyiben a biztosított balesete miatt szükséges kórházi ápolás – vagy annak egy része – a tartamon túl következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben szereplő biztosítási összeget kell figyelembe venni.

4. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

3. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a kórházi ápolás befejeztét követő 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.
2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek 4.1.(2) bekezdésében rögzített következményeket vonhatja maga után.
3. A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani:
a) az általános feltételek 4.3. pontjában felsorolt dokumentumokat,
b) a kórházi zárójelentést.

4. A kockázatviselésből kizárt események

1. A kockázatviselés nem terjed ki az általános feltételek 5.2. pontjában felsorolt eseményekre.
2. A kockázatviselés nem terjed ki továbbá:
a) a terhesség alatti kórházi ápolásokra, kivéve a baleset következtében szükséges kórházi fekvőbeteg-gyógykezelést,
b) a szülésre és annak következményére,
c) az olyan kórházi ápolásokra, amelyeknek nem a biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása a célja,
d) a biztosított nem a saját egészségi állapotának helyreállítása érdekében történő kórházi tartózkodására (pl. szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodására, szülő ápolása miatti kórházi tartózkodásra), az esztétikai, illetve kozmetikai kezelésekre,
e) a művi terhesség-megszakítás, illetve a spontán vetélés eseteire,
f) a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos kórházi kezelésekre, illetve a terhesség létrejöttét elősegítő beavatkozásokkal kapcsolatos kórházi kezelésekre, a sterilizáció kezelésére,
g) geriátriai kezelésre, rehabilitációra, utógondozásra, gyógy-pedagógiára, logopédiára, gyógytornára, fizio- és fizioterápiára, masszázsra, fürdőkúrára vagy fogyókúrára.