

Biztosító

GB1032 JELŰ NEM BALESETI KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

1.§ Általános rendelkezések

(1) A GB1032 jelű Nem baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen Különös Feltételek és a Groupama Garancia Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei (továbbiakban: Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek) alapján jön létre a Groupama Garancia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.

(2) Amennyiben jelen Különös Feltételek bármely rendelkezése eltér a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, a Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak.

(3) A jelen Különös Feltételek szerint létrejövő egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen Különös Feltételekben meghatározott nem baleseti eredetű kórházi ápolása, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeg, mint szolgáltatás teljesítésére vállal kötelezettséget (összegbiztosítás).

2.§ A szerződés létrejötte és tartama

(1) A kiegészítő biztosítás a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2.§-ában foglaltak szerint jön létre. A szerződés megkötését a szerződő ajánlattal kezdeményezi.

(2) A kiegészítő biztosítási szerződés csak akkor köthető meg, ha a szerződő a biztosító rendelkezései szerint szerződője a biztosító által meghatározott életbiztosítási szerződésnek (továbbiakban: főbiztosítás).

(3) A kiegészítő biztosítás a főbiztosítással egyidejűleg vagy a főbiztosítás biztosítási díjfordulóján köthető meg.

(4) A kiegészítő biztosítás tartama a főbiztosítás tartamának végéig tart, de legfeljebb addig az évig, amikor a biztosított 65. életévét betölti. A szerződés legalább 5 éves tartamra jöhet létre. A biztosítási szerződés lejáratának napja a tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

3.§ Fogalmak

Jelen Különös Feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) **Kezdeti biztosítási díj:** A szerződő által az ajánlattételkor vállalt biztosítási díj.

(2) **Baleset:** A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított egy éven belül meghal, vagy 2 éven belül végleges munkaképtelenséget, maradandó egészségkárosodást (rokkantságot) és/vagy azonnali mulékony sérülést szenved. Jelen feltételekben balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

- vízbefúlás;
- égési sérülések, leforrázás, villámcsapás, elektromos áram hatásai;
- károsító gázok, gőzök belélegzése, mérgező vagy maró anyagok szervezetbe való kerülése.

A betegségek bekövetkezése nem minősül balesetnek, a fertőző betegségek bekövetkezése nem tekinthető baleseti következménynek. Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet nem baleset.

(3) **Betegség:** Az orvostudomány aktuális, általánosan elfogadott álláspontja szerint a biztosított egészségében bekövetkező rendellenes testi vagy szellemi állapot, mely nem minősül baleseti eredetűnek és objektív tüneteket mutat.

(4) **Kórházi ápolás:** legalább 24 órás kórházi benntartózkodást jelent,

mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik. A ápolás olyan, az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit tartalmazza és az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodásának megakadályozása céljából szükséges.

(5) **Kórház:** Az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és felügyelet alatt állnak; az üzemi kórházak; a fegyveres testületek kórházai; minden olyan, az erre jogosult egészségügyi hatóság által elismert egyéb gyógyintézmény, ahová az orvos a biztosítottat beutalja.

Jelen feltételek alapján létrejövő szerződések szempontjából nem minősülnek kórháznak különösen:

- a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok;
- az időlt, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetek;
- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok;
- az idősök szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek.

4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

A kiegészítő biztosítás esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a főbiztosítással egyidejűleg történő kötés esetén az ajánlat biztosító vagy alkusz részére történő átadását követő nap, főbiztosítás tartama alatt történő kötés esetén az ajánlat átadását követő díjfizetési időszak első napja.

5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi kockázatfelmérés

(1) A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt szabályozáson túl jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele lehet a biztosított írásban tett egészségi nyilatkozata.

(2) Ajánlattételkor a már meglévő betegség, rokkantság, egészségkárosodás megfelelő dokumentálásának kötelezettsége az ajánlattevőt terheli.

(3) Ajánlattételkor a már meglévő betegség vonatkozásában a biztosító további orvosi vizsgálatot, véleményt kérhet, ez lehet: kezelőorvosi dokumentáció, vizsgálati eredmények, orvosszakértői véleményezések.

(4) Az egészségügyi kockázatfelmérés során a biztosító kötelező orvosi vizsgálatot is előírhat, melynek költsége a biztosítót terheli.

6.§ A biztosítási szerződés alanyai

(1) **Szerződő:** A kiegészítő biztosítás szerződője azonos a főbiztosítás szerződőjével.

(2) **Biztosított:** Az az ajánlattételkor 16–60 év közötti természetes személy, akit az ajánlatban a szerződő biztosítottként nevezett meg, és aki a szerződés megkötésekor biztosítható volt.

(3) **Kedvezményezett:** Az a személy, aki a jelen Különös Feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás szerint a biztosító szolgáltatására jogosult.

7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosított be-

tegség miatt orvosilag indokolt kórházi ápolása (fekvőbeteg-ellátása) a kórházátvitelési tartamon belül, amennyiben a kórházban való benntartózkodás meghaladja a 24 órát.

8.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen Különös Feltételek alapján betegségi okból bekövetkező kórházi ápolásra vonatkozóan kórházi napi térítést nyújthat a kórházi ápolás első napjától kezdve.

(2) A biztosító a szolgáltatási igény elbírálását követően kifizeti a szerződő által az ajánlattételkor választott biztosítási összegnek indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában aktuális értékével megegyező szolgáltatást.

(3) A biztosító egy betegségből adódó biztosítási esemény esetén legfeljebb 150 kórházi nap megtérítését vállalja át. A kórházi ápolás lehet egy-egy vagy megszakított is.

9.§ A biztosítási díj

(1) Jelen Különös Feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás folyamatos díjas lehet.

(2) A biztosítás díja a szerződő választása szerint havonta, negyedévente, félévente vagy évente esedékes. A díjfizetés gyakorisága és módja nem térhet el a főbiztosításnál választott díjfizetési gyakoriságtól és módtól.

(3) A szerződő az első vállalt biztosítási díjat az ajánlat átadásakor, a folytatólagos díjat minden ezt követő, díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakra az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

10.§ Értékkövetés

(1) Jelen kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással azonosan történik.

(2) Jelen feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítás csak akkor indexálható, ha a szerződő a főbiztosításnál is vállalta a magasabb díj fizetését.

11.§ A biztosító teljesítése

A biztosítási esemény bejelentésekor a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeknek 17.§ (4) pontjában felsoroltakon kívül az alábbi iratok bemutatását kéri a biztosító:

- a. az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátja, továbbá az ellátás indokát (a beteg diagnózisát);
- b. nem Magyarországon történt kórházi ápolás esetén a teljes orvosi dokumentációt, hiteles magyar fordítással, amelynek költségei a biztosítottat terhelik.

12.§ Kizárt kockázatok

(1) A biztosító nem nyújt szolgáltatást – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt kizárési okokon túl – a mandulaműtét miatti kórházi ápolásra és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve az ehhez szükséges beavatkozások miatti kórházi ápolásra.

(2) Nem számítanak biztosítási eseménynek a baleset miatt szükségessé váló műtéti eljárások.

13.§ A szerződés megszűnésének esetei

A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg;
- ha a főbiztosítás díjmentessé válik, akkor a díjmentessé válás napján;
- a biztosított halála esetén a biztosított halála napján;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelynek során a biztosított a 65. életévét betölti;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek a 2.§ (9)-(10) pontokban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek a 2.§ (11) pontban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 4.§ (2) pontban feltüntetett esetben;
- a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal.