

Biztosító

GB1036 JELŰ NEM BALESETI NŐI MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

1.§ Általános rendelkezések

(1) A GB1036 jelű Nem baleseti női műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen különös feltételek és a Groupama Garancia Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei és Ügyféléltájékoztató (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 műtete, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeg, mint szolgáltatás teljesítésére vállal kötelezettséget (összegebiztosítás).

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, leforrások, 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) **Műtét:** Minden olyan – orvos által – orvosszakmai szempontok szerint végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy kórmegállapítás cél-

jából hajtottak végre. A biztosítónál megtekinthető azoknak a műtéteknek a teljes, WHO kóddal ellátott és a biztosító által kis-, közepes és nagyműtét kategóriába besorolt listája, amelyekre a biztosító szolgáltatást nyújt. A műtétek összevont listáját a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2-4. számú mellékletei tartalmazzák.

(5) **Kórházi ápolás:** legalább 24 órás kórházi benttartózkodást jelent, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik. A kórházi 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.

(6) **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 idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei;
- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok;
- az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

(7) **Kiemelt műtéti eljárások:** Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából a biztosító az alábbi szerveket érintő műtéti eljárásokat, sebészeti beavatkozásokat kiemelt műtétként kezeli és kiemelt szolgáltatást nyújt rá:

- emlő rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- méhtest (uterus) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- méhnyak (cervix) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- petefészek (ovarium) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- petevezeték (tuba uterina) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- méhszalag (ligamentum) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- hüvely (vagina) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét;
- külső női nemi szerv, szexuális szerv (vulva) rosszindulatú daganatos megbetegedése miatti műtét.

(8) **Rosszindulatú daganat (rák betegség):** Egy vagy több rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, amelyeket a rosszindulatú sejtek ellenőrizhetetlen növekedése és áttételei, valamint az egészséges szövetekre történő ráterjedése és azok megsemmisítése jellemeznek. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia. A megfelelő kórszövettani vizsgálati eredmény, onkológiai lelet alapján a biztosító orvosszakértője állapítja meg, hogy az orvosi dokumentumokban jelzett diagnózis megfelel a jelen feltételekben biztosítási eseménynek minősülő rosszindulatú daganatnak.

Jelen biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:

A rák rosszindulatú elváltozásait in situ mutató daganatokra (beleértve a CIN-1, CIN-2, CIN-3 típusú cervicalis dysplasiát is), vagy amelyeket szövettanilag rosszindulatúvá válása előtti állapotúnak írtak le.

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 eseménynek minősülnek a biztosított nem baleseti eredetű betegség miatt végrehajtott, orvosilag indokolt, a kockázatviselési tartamon belül orvos által elvégzett műtéti eljárások, sebészeti beavatkozások, vagy a betegségek pontosabb okait feltáró műtétek.

8. § A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen különös feltételek alapján műtéti támogatást nyújthat a biztosított betegsége miatt szükségessé vált **nagy-, közepes vagy kisműtetre**, amelyet Magyarországon végeznek el.

(2) A műtétek tájékoztató jellegű besorolását a biztosító Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeinek 2., 3. és 4. számú melléklete tartalmazza. A műtétek WHO kódok szerint besorolásának részletes listája a biztosítónál tekinthető meg.

(3) A biztosító a szolgáltatási igény elbírálását követően kifizetheti a műtétekre a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegnek a műtéti besorolás szerint meghatározott százalékát.

(4) A nagyműtéti szolgáltatás mértéke a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálással megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összege. A közepes műtéti szolgáltatás mértéke a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálással megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összegének 50%-a. A kisműtéti szolgáltatás mértéke a kötvényben szereplő biztosítási összegnek az indexálással megnövelt, a biztosítási esemény időpontjában érvényes összegének 25%-a.

(5) A biztosító ugyanabból a betegségből származóan egy műtéti szolgáltatás teljesítését vállalja.

(6) Amennyiben a biztosító jelen szerződési kikötések alapján kis- vagy közepes műtéti szolgáltatást teljesített, és ugyanazon betegségből származóan a későbbiekben közepes vagy nagyműtét elvégzésére is sor kerül, a biztosító pótlólagos szolgáltatási kötelezettsége a különbözet megfizetésére terjed ki. A különbözet kifizetésére az alábbi esetekben kerül sor:

- kisműtétet követően közepes műtét elvégzése;
- kisműtétet követően nagyműtét elvégzése;
- közepes műtétet követően nagyműtét elvégzése.

(7) Ha a biztosított ugyanabból a betegségből származóan egyidejűleg többféle műtéti beavatkozást (nagy-, közepes, kisműtét) hajtanak végre, a biztosító a legmagasabb összegű szolgáltatást teljesíti.

(8) Ha a biztosított különböző betegségből származóan egyidejűleg többféle műtéti beavatkozást (nagy-, közepes, kisműtét) hajtanak végre, a biztosító a legmagasabb összegű szolgáltatást teljesíti.

(9) A szolgáltatás mértéke egy éven belül nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg kétszeresét.

(10) A biztosító a 3. § (7) pontban meghatározott kiemelt műtéti eljárásokra vonatkozóan a 8. § (3) pontjában meghatározott szolgáltatás 150%-át fizeti ki.

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 időszaknak az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

10. § Értékkövetés

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

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

11. § Kizárt kockázatok

(1) A biztosító nem nyújt műtéti térítést – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt kizárási okokon túl – a mandulaműtetre és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve ehhez szükséges beavatkozásokra.

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

12. § A biztosító teljesítése

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

- az intézmény igazolását arról, hogy a biztosítottat ellátja, továbbá az el-látás indokát (a beteg diagnózisát);
- kórházi zárójelentést, az elvégzett műtét tényének igazolásával és a WHO kódjának megjelölésével.

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 fel-tüntetett esetben;
- a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólítá-sban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal.