

AZ ING BIZTOSÍTÓ RT. 917 JELŰ MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

1. A biztosítás szolgáltatása

- a) Az ING Biztosító Rt. (a továbbiakban: biztosító) a biztosítási összeget vagy annak meghatározott többszörösét fizeti ki a kedvezményezettnek, ha a biztosítotton – a biztosítás tartamán belül bekövetkezett balesetből eredő sérülés vagy – a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelte után kialakult betegség következtében szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által kórházban, illetve rendelőben elvégzett műtétet hajtanak végre.
- b) Nem minősül biztosítási eseménynek az a műtét, amelyre a szerződéskötés előtt meglévő betegség vagy állapot, illetve bekövetkezett baleset miatt kerül sor.
- c) A biztosító a műtétek után járó térítést elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg. Amennyiben az orvosi dokumentumokban feltüntetett WHO-kód nem felel meg a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak, úgy a biztosító orvosa jogosult a WHO-kódot meghatározni. A biztosító orvosa jogosult felülvizsgálni a térítési kategóriákat a megadott WHO-kód alapján. A felülvizsgálat alapelve, hogy az azonos veszélyességi, illetve súlyossági fokozatot képviselő műtétek azonos kategóriába kerüljenek. Egyes műtétek térítési kategóriáit – kizárólag tájékoztató jelleggel – jelen szabályzat melléklete tartalmazza.
- d) Egy baleset vagy egy betegség miatt szükségessé váló, eltérő időpontban elvégzett műtétek esetén a biztosító által fizetendő műtéti térítés összege megegyezik az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriába tartozó műtét után járó térítési összeggel – függetlenül attól, hogy az azt megelőző, illetve az azt követő műtéteket mi tette szükségessé (például szövődmény felépése, az előző műtét sikertelensége stb.).
- e) Amennyiben bármely okból egyszerre több műtéti beavatkozásra van szükség, akkor a térítés megegyezik az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriájú műtét után járó térítési összeggel.
- f) A biztosító által teljesített szolgáltatás legfeljebb a választott biztosítási összeg ötszöröse lehet. Az egy biztosítási éven belül teljesített kifizetések egy biztosított személyre vonatkozóan nem haladhatják meg a biztosítási összeg ötszörösét.
- g) A biztosító lehetőséget ad arra, hogy a főbiztosítottal együtt biztosítottá váljon az a személy is, aki fölött a főbiztosított törvényes képviselőt gyakorol.
- h) A főbiztosított halála esetén a biztosítás megszűnik, az egyéb biztosított(ak) halála esetén azonban a biztosítás érvényben marad.
- i) Ha a szerződő rendelkezik a 903, a 913 vagy a 914 jelű Díjmentesítés rokkantság esetén kiegészítő biztosítással és e biztosítás alapján a biztosító szolgáltatást teljesít, akkor a jelen szerződés nem szűnik meg, de a rokkantságot okozó

betegség vagy baleset miatti egészségkárosodás következtében – a díjmentesítés kezdő időpontját követően – szükségessé váló műtetre a biztosító nem visel kockázatot.

2. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

- a) *Biztosított(ak)* az(ok) a személy(ek), aki(k)nek egészségére, testi épségére a biztosító kockázatviselése vonatkozik. Ezen belül:
 - *Főbiztosított*: a szerződés biztosítottja, több biztosított esetén az egyéb biztosított(ak) fölött törvényes képviselőt gyakorló személy.
 - *Egyéb biztosított(ak)*: a szerződés biztosítottja(i), aki(k) fölött a főbiztosított törvényes képviselőt gyakorol.
- b) Jelen szerződés alapján *baleset*nek minősül a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső hatás. Nem minősül balesetnek a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a nap általi égés és az orvosi műhiba.
- c) Jelen szerződés alapján a *kórház* elsősorban a sürgős ellátást igénylő betegek számára fenntartott egészségügyi intézmény, amely a mindenkor hatályos jogszabályok szerint kórházi besorolást kapott és annak megfelelően működik. *Rendelő*nek minősül az a helyiség, amely a mindenkori illetékes hatósági előírásoknak megfelelő érvényes engedéllyel rendelkezik, és a biztosítási eseményként megjelölt műtét elvégzésére az engedély alapján jogosult.
- d) Jelen szerződés alapján *műtét*nek nevezzük a biztosított számára káros betegségi vagy baleseti következmények elkerülésére vagy mérséklésére orvosilag szükségesnek tartott és szakorvos által végzett eljárást, valamint a betegség pontosabb okának megállapítása érdekében végzett sebészeti beavatkozást, amelyeket az orvosszakmai szabályok betartásával végeznek. A műtétet kórházban, orvosi rendelőben kell elvégezni, s erről műtéti leírással, kórházi zárójelentéssel vagy a beavatkozás ambuláns naplóban rögzített dokumentációjával kell rendelkezni.

3. A biztosítási esemény bekövetkezése

Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja a biztosító által térített műtét elvégzésének napja.

4. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- a) A biztosított (vagy a kedvezményezett) a szolgáltatás iránti igényt a biztosítási esemény bekövetkezése utáni 15 napon belül köteles bejelenteni.
- b) A biztosító a biztosítási összeget a műtéttel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum (kórházi jelentés, műtéti leírás) együttes megléte esetén fizeti ki. A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvosszakértője bírálja el.

5. Kizárások

A biztosító mentesül a műtéti térítés szolgáltatásának megfizetése alól,

- a) ha a császármetszésre a kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül kerül sor;
- b) ha igazolható, hogy a műtét olyan baleset vagy betegség miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet, alkoholizmus*, alkoholos befolyásoltság, kábítószer vagy egyéb vegyi anyag kábító- vagy bódítószerként való alkalmazása következtében alakult ki;
- c) ha a műtét a biztosított jogellenes magatartásának, illetve a biztosított által szándékosan vagy súlyos gondatlanságból okozott, előidézett eseménynek a következményeként vált szükségessé;
- d) ha a biztosított fogászati beavatkozást hajtanak végre;
- e) ha a műtét oka kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat);
- f) ha a műtétre orvosi műhiba miatt kerül sor;
- g) ha a műtétet Magyarország területén kívül végzik el.

6. A biztosítás tartama, korhatárok

- a) A biztosítás tartama egy év. A biztosítási tartam minden következő biztosítási évre meghosszabbodik, amennyiben a biztosító által meghatározott és felajánlott – a következő biztosítási évre érvényes – biztosítási díj esedékes részét a szerződő megfizeti. Ha a szerződő rendelkezik a 931 vagy a 932 jelű Kritikus betegségekre, illetve halálesetre szóló kiegészítő biztosítással is, akkor a biztosítás tartama nem lehet hosszabb ezen kiegészítő biztosítás tartamánál.
- b) A biztosítást 16 és 55 év közötti főbiztosítottra lehet megkötni. A biztosítás tartamát az alapt biztosítás díj-fizetési tartamának végéig, de legfeljebb a főbiztosított 62 éves koráig lehet meghosszabbítani.
- c) Az egyéb biztosított(ak) életkora a biztosításba való belépéskor 3–17 év között lehet. A biztosító egyéb biztosított(ak)ra vonatkozó kockázatviselése a biztosítási tartam lejártáig, de legfeljebb addig a biztosítási évfordulóig tarthat, melyhez az egyéb biztosított(ak) 18. születésnapja közelebb esik.

7. Az egyéb biztosítottal kapcsolatos rendelkezések

- a) Az egyéb biztosított(ak) után a szerződőnek kiegészítő díjat kell fizetnie.
- b) Az egyéb biztosítottal kapcsolatos szolgáltatások esetén a kedvezményezett a főbiztosítottnál aktuálisan megnevezett személy.
- c) Az egyéb biztosított(ak)nak és a főbiztosítottnak járó szolgáltatások összege megegyezik.
- d) Az egyéb biztosítottak száma nincs korlátozva.
- e) A biztosítás hatályát az egyéb biztosított(ak)ra a szerződés megkötésekor vagy a biztosítási évfordulón lehet kiterjeszteni.
- f) A biztosítást azokra a személyekre is ki lehet terjeszteni – figyelembe véve a 6. pontban leírt korhatárokat –, akik a szerződés hatálybalépése után születnek.

8. A biztosítás díja

- a) Jelen kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítás díjával együtt a kiegészítő biztosítás lejártáig vagy annak a biztosítási hónapnak a végéig kell fizetni, amelyben a főbiztosított halála bekövetkezett.
- b) A kiegészítő biztosítás díja változó. A szerződés megkötésekor megállapított díj a biztosítás első évére érvényes.
- c) A kiegészítő biztosítás további egy-egy évre szóló díjainak meghatározásánál a biztosított neme és aktuális életkora mellett a biztosító a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változásait veszi figyelembe.
- d) Az új biztosítási díjról a biztosító legkésőbb 30 nappal a biztosítás évfordulója előtt értesíti a szerződőt. Az új díj elfogadása az első részlet megfizetésével történik. Amennyiben a szerződő az új biztosítási díjat írásban elutasítja, akkor a kiegészítő biztosítás a biztosítási évfordulón megszűnik.
- e) Az alapt biztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díj-nagyság után járó díjkezdményben a kiegészítő biztosítás díja is részesedik.
- f) Az egyéb biztosított(ak) után fizetendő kiegészítő díj csak a biztosítási összegtől függ, az egyéb biztosított(ak) nemétől és korától független. A kiegészítő díjat az összes egyéb biztosított után meg kell fizetni, de több egyéb biztosított esetén a biztosító díjengedményt adhat. A díjengedmény egy biztosítási évre érvényes.

9. A biztosítási összeg

- a) A biztosítási összeget a szerződő fél választja meg a szerződéskötéskor.
- b) A biztosítási összeget növelheti a 10. pontban meghatározott díjnövelési lehetőség. A díjnöveléssel megnövekedett biztosítási összeg a következő növelésig érvényes.

10. Automatikus díjnövelés

Az alapt biztosítás feltételeiben meghatározott automatikus díjnövelésre vonatkozó szabályok ezen kiegészítő biztosításra maradéktalanul érvényesek.

11. Maradékjogok

Jelen biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, ezért nem érvényesek rá az Általános Életbiztosítási Szabályzatnak a visszavásárlásra, díjmentesítésre és kölcsön felvételére vonatkozó rendelkezései.

12. Egyéb szabályok

A jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító Általános Életbiztosítási Szabályzata és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

Budapest, 2004. június 1.

*Alkoholizmus: a szeszartalmú italok rendszeres, tartós, mértéktelen fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus-pszichés, kóros elváltozások együttese; amikor a testi-lelki megbetegedés kóroki tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.