

AZ ING BIZTOSÍTÓ ZRT. 918 JELŰ KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

1. A biztosítás szolgáltatása

- a) Az ING Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítésnek megfelelő összeget fizeti ki a kedvezményezettnek, ha a biztosított
 - a biztosítás tartamán belül bekövetkezett balesetből eredő sérülés vagy
 - a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelté után kialakult betegség vagy
 - a kockázatviselés kezdetétől számított 360 nap eltelté után szülés következtében kórházi ellátásban részesül.
- b) A biztosító a kórházi napi térítést a kórházi ápolás tartamára, a 3 napot meghaladó kórházi ápolás esetén az ápolás első napjától nyújtja. Ha a kórházi ápolás időtartama a 3 napot nem haladja meg, a biztosító nem teljesít szolgáltatást.
- c) Szülést követő kórházi ápolás esetén a biztosító akkor teljesít szolgáltatást, ha a kórházi ápolás időtartama az 5 napot meghaladja. Ebben az esetben a biztosító a térítést a szülést követő ápolás első napjától nyújtja. Ha a szülést követő kórházi ápolás időtartama az 5 napot nem haladja meg, a biztosító nem teljesít szolgáltatást.
- d) A biztosító a biztosítási összeg
 - 100%-át fizeti ki, ha a kórházi ápolás során olyan műtetre kerül sor, amelyre a biztosító a 917 jelű Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás alapján kifizetést teljesít,
 - 200%-át fizeti ki, amennyiben az előző bekezdés szerinti kifizetésre nem kerül sor.
- e) Nem minősül biztosítási eseménynek az a kórházi ápolás, amelyre a szerződéskötés előtt meglévő betegség vagy állapot (értve ezalatt a biztosított születésekor már fennálló betegségeket és állapotokat is), illetve bekövetkezett baleset miatt kerül sor.
- f) A biztosító a kórházi napi térítést az a) pont feltételeinek teljesülése esetén a kórházi ápolás legfeljebb 90. napjáig teljesíti.
- g) A gyógyulás érdekében legfeljebb 3 napra megszakított kórházi ápolást, illetve az egymás után több kórházban folyó ápolást a biztosító egy kórházi ápolásnak tekinti, ha a biztosított (vagy a kedvezményezett) igazolni tudja az ápolás megszakításának szükségességét. Amennyiben a kórházi ápolást nem egészségügyi okokból szakítják meg, a biztosító a második, illetve a további kórházi ápolásokat új biztosítási eseményként kezeli.
- h) A szolgáltatás teljesítése után a biztosítás nem szűnik meg, de a biztosító biztosítottanként egy biztosítási éven belül legfeljebb 90 napra teljesíti a kórházi napi térítés szolgáltatását.
- i) A biztosító lehetőséget ad arra, hogy a főbiztosítottal együtt egyéb biztosítottá váljon az a személy is, aki fölött a főbiztosított törvényes képviselőt gyakorol.

- j) A főbiztosított halála esetén a biztosítás megszűnik, az egyéb biztosított(ak) halála esetén azonban a biztosítás érvényben marad.
- k) Ha a szerződő rendelkezik a 903, a 913, a 914 vagy a 916 jelű Díjmentesítés rokkantság esetén kiegészítő biztosítással, vagy a 915 jelű Díjmentesítés a gyermek tartós betegsége, illetve súlyos fogyatékosága esetén kiegészítő biztosítással, és ezen biztosítás alapján a biztosító szolgáltatást teljesít, akkor a jelen szerződés nem szűnik meg, de a rokkantságot okozó betegség vagy baleset, valamint a gyermek tartós betegsége, illetve súlyos fogyatékosága miatti egészségkárosodás következtében – a díjmentesítés kezdő időpontját követően – szükségessé váló ápolásra a biztosító nem visel kockázatot.

2. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

- a) *Biztosított(ak)*: az(ok) a személy(ek), aki(k)nek egészsége, 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 megemelése, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi égés, a hőguta 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. Jelen szerződés szempontjából nem minősül kórháznak:
 - az alkoholisták és kábítószerfüggők kezelésére szolgáló intézmény,
 - a tébécés betegek számára fenntartott intézmény,
 - az elmebetegek, illetve elmebetegségek számára fenntartott intézmény, ideg- és elmebetegek (pszichiátriai betegek) számára fenntartott intézmény, illetve kórházi osztály,
 - a gyógyfürdőkórház, illetve a gyógyüdülőhely,
 - a rehabilitációs gyógyintézmény és
 - az elfekvő (krónikus belgyógyászati), illetve az utógondozási feladatokat ellátó intézmény.

3. A biztosítási esemény bekövetkezése

Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja az 1. pontban leírt feltételeknek megfelelő kórházi ápolás első napja. Ha a biztosítási évforduló napja arra az időtartamra esik, amelyet a biztosított személy kórházban tölt, és a szer-

ződő fél elfogadja az automatikus díjnövelésre vonatkozó lehetőséget, akkor a biztosító a biztosítási évfordulótól kezdve az automatikus díjnövelésnek megfelelő emelt napi térítésű szolgáltatást nyújtja a kedvezményezett részére.

4. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- A biztosított (vagy a kedvezményezett) a szolgáltatás iránti igényt a kórházi elbocsátást követő 15 napon belül köteles bejelenteni.
- A biztosító a napi térítési összeget a kórházi ápolással kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum (kórházi zárójelentés, igazolás) együttes megléte esetén fizeti ki. A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvosszakértője bírálja el.
- A biztosító lehetőséget ad arra, hogy a kedvezményezett a biztosított hosszúra nyúló kórházi ápolásának befejezése (a kórházi zárójelentés kibocsátása) előtt hozzájuthasson a biztosító szolgáltatásának időarányos részéhez. Ennek igénylésére a kórházi ápolás 21. napjától nyílik lehetőség – feltéve, hogy a biztosító nyomtatványát a kezelőintézmény kitölti.

5. Kizárások

A biztosító mentesül a napi térítés megfizetése alól,

- amennyiben igazolható, hogy a kórházi ápolás 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;
- ha a kórházi ápolás a biztosított jogellenes magatartásának, illetve a biztosított által szándékosan vagy súlyos gondatlanságból okozott, előidézett eseménynek a következményeként vált szükségessé;
- ha a kórházi ápolás oka rutinkivizsgálás;
- ha a kórházi ápolásra orvosi műhiba miatt kerül sor;
- ha az ápolásra Magyarország területén kívül kerül sor.

6. Nem térített kórházi ápolások

Nem minősülnek biztosítási eseménynek, s ezért a biztosító nem teljesít szolgáltatást, ha a kórházi ápolás oka

- a biztosítotton végrehajtott fogászati beavatkozás;
- kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat);
- anyagkimetszés szövettani vizsgálatra;
- terhességgel, mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos, illetve az ezek során fellépő komplikációk miatt szükségessé váló beavatkozás;
- spontán vagy művi abortusz;
- a sterilizáció minden formája;
- endoszkópos, laparoszkópos vizsgálat;
- implantált anyagok eltávolítása;
- szervátültetésnél a donornál elvégzett műtét.

7. A biztosítás tartama, korhatárok

- 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 esedé-

kes részét a szerződő megfizeti. A biztosítás tartama nem lehet hosszabb a 917 jelű Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás tartamánál.

- A biztosítást 1 és 55 év közötti főbiztosítottra lehet megkötni. A biztosítás tartamát az alaptartam díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a főbiztosított 62 éves koráig lehet meghosszabbítani.
- Az egyéb biztosított(ak) életkora a biztosításba való belépéskor 1-17 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.

8. Az egyéb biztosítottal kapcsolatos rendelkezések

- Az egyéb biztosított(ak) után a szerződőnek kiegészítő díjat kell fizetnie.
- Az egyéb biztosítottal kapcsolatos szolgáltatások esetén a kedvezményezett a főbiztosítottnál aktuálisan megnevezett személy.
- Az egyéb biztosított(ak)nak és a főbiztosítottnak járó szolgáltatások összege megegyezik.
- Az egyéb biztosítottak száma nincs korlátozva.
- A biztosítás hatályát az egyéb biztosított(ak)ra a szerződés megkötésekor vagy a biztosítási évfordulón lehet kiterjeszteni.
- A biztosítást azokra a személyekre is ki lehet terjeszteni – figyelembe véve a 7. pontban leírt korhatárokat –, akik a szerződés hatálybalépése után születnek.

9. A biztosítás díja

- Jelen kiegészítő biztosítás díját az alaptartam díjával együtt a kiegészítő biztosítás lejáratáig vagy annak a biztosítási hónapnak a végéig kell fizetni, amelyben a biztosított halála bekövetkezett.
- A kiegészítő biztosítás díja változó. A szerződés megkötésekor megállapított díj a biztosítás első évére érvényes.
- 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.
- 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.
- Az alaptartam díjfizetési gyakorisága, valamint a díjnagyság után járó díjkedvezményben a kiegészítő biztosítás díja is részesedik.
- 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.

*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.

10. A biztosítási összeg

- a) A biztosítási összeget a szerződő fél választja meg a szerződéskötéskor.
- b) A biztosítási összeget növelheti a 11. pontban meghatározott díjnövelési lehetőség. A díjnöveléssel megnövekedett biztosítási összeg a következő növelésig érvényes.

11. Automatikus díjnövelés

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

12. Maradékjogok

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

13. Egyéb szabályok

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

Budapest, 2006. március 1.