

AZ ING BIZTOSÍTÓ ZRT. 987 JELŰ MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

1. A biztosítás pénzneme

Jelen biztosítás keretében a díjak megfizetése, illetve a szolgáltatások nyújtása (a szerződésre történő valamennyi be- és kifizetés) euróban történik.

2. A biztosítás szolgáltatása

- a) Az ING Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) a biztosítási összeget vagy annak meghatározott többszörösét fizeti ki a kedvezményezettnek, ha a biztosított
 - 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 (értve ezalatt a biztosított születésekor már fennálló betegségeket és állapotokat is), 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 973 vagy 983 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.

3. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

- a) *Biztosított(ak)* az(ok) a személy(ek), aki(k)nek egészségre, 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 orvosi szükségességnek 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.

4. A biztosítási esemény bekövetkezése

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

5. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- a) A biztosított (vagy a kedvezményezett) a szolgáltatás irán-

ti 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.
- c) Amennyiben a műtétet nem Magyarország területén végzik, úgy a biztosító kizárólag az alábbi feltételek együttes fennállása esetén fogadja el a szolgáltatás iránti igényt:
 - a műtét előre tervezett, és
 - a biztosított, illetve a szerződő a műtét tervezett időpontja előtt legalább 15 nappal a biztosító székhelyén működő Vezérigazgatóságra írásban bejelenti a tervezett műtétet, és
 - a bejelentéshez mellékeli a tervezett műtét alapjául szolgáló betegségre és az elvégzendő műtét megnevezésére vonatkozó orvosi dokumentumokat, és
 - pontosan megjelöli azt a külföldi kórházat, ahol a beavatkozást el fogják végezni, és
 - a biztosító a műtét tervezett napja előtt írásban előzetesen jóváhagyta a műtét elvégzését.

Amennyiben a biztosított, illetve a szerződő a műtét időpontjáig nem kapja kézhez a biztosító előzetes írásbeli jóváhagyását, úgy azt úgy kell tekinteni, hogy a műtétet a biztosító nem hagyta jóvá.

A műtét elvégzése után az a) és b) pontokban foglaltak szerint kell eljárni. A biztosító előzetes jóváhagyása nem zárja ki a biztosítónak azon jogát, hogy a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó egyéb feltételekre hivatkozva megtagadja a biztosítási szolgáltatás teljesítését.

6. 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.

7. 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 982 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 alapbiztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a főbiztosított 62 éves koráig lehet meghosszabbítani.

- c) 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 biztosítással kapcsolatos rendelkezések

- a) Az egyéb biztosított(ak) után a szerződőnek kiegészítő díjat kell fizetnie.
- b) Az egyéb biztosítással 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 7. pontban leírt korhatárokat –, akik a szerződés hatálybalépése után születnek.

9. A biztosítás díja

- a) Jelen kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítás díjával együtt a kiegészítő biztosítás lejáratáig 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 alapbiztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díjnagyság után járó díjkedvezményben 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.

*Alkoholizmus: a szesztartalmú italok rendszeres, tartós, mértéktelen fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus-pszichés, kóros elváltozások együttese; amikor a testi-lelki megbetegedés kóroki tényezőként 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 alapbiztosítás feltételeiben meghatározott automatikus díjnövelésre vonatkozó szabályok ezen 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, 2007. január 1.