

AZ ING BIZTOSÍTÓ ZRT. 909 JELŰ KÓRHÁZI HOTELSZOLGÁLTATÁST NYÚJTÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

1. A biztosítás szolgáltatása

- a) Az ING Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) a jelen kiegészítő biztosítás szabályzata alapján a szerződő díj-fizetése ellenében természetbeni szolgáltatást nyújt a biztosított kórházi ápolásának tartamára (a felvételtől az elbocsátásig tartó időszakra) a biztosítóval szerződésben álló Állami Egészségügyi Központ Podmaniczky utcai Telephelyének (a továbbiakban: kórház) Vitalitás osztályán. A természetbeni szolgáltatás minőségi kórházi hotelszolgáltatást jelent.
- A biztosított a természetbeni szolgáltatást a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelte után veheti igénybe, kivéve a balesetből eredő sürgősségi ellátás utáni, orvos-szakmai szempontból indokolt kórházi ápolás esetét.
- b) A szolgáltatás tartalma:
- barátságos, otthonos környezetben kialakított, maximum 2 ágyas exkluzív berendezésű légkondicionált szoba, hozzá tartozó fürdőszobával (zuhanyozó, WC), korszerű betegágygal, hűtőszekrénnel, tévékészülékkel, telefon- és Internet-kapcsolattal (a telefonhasználat díját a szolgáltatás nem tartalmazza);
 - felszerelt teakonyha, igényesen kialakított étkező, társalgó és tárgyaló;
 - az ápolási környezet tisztán tartásának gondos megszervezése és biztosítása;
 - a beteg választásához és egészségi állapotához igazodó étrend, amely minőségi alapanyagok felhasználásával készül;
 - a beteg gyógyítási folyamatának (szakvizsgálatok, műtétek) megszervezése a Vitalitás osztály orvosainak irányításával;
 - az egészségügyi ellátást végző szakorvosok egyéni érdekeltségi rendszerének fenntartása s ezáltal a hálapénz kiváltása;
 - a fejlett országok egészségügyi ellátásában elfogadott arányú ápoló személyzet biztosítása, amely lehetővé teszi, hogy a beteg a kórházi ápolás során több odafigyelésben, törődésben részesüljön;
 - a Vitalitás osztályon szolgáltatást nyújtó személyzet (osztályos orvosok, nővérek és egyéb kiszolgáló személyzet) gondos kiválasztása, rendszeres továbbképzése.
- c) A szolgáltatás nem terjed ki a járóbeteg-szakrendeléseken igénybe vehető, továbbá az OEP által nem térített szolgáltatásokra.
- d) A biztosító kizárólag a b) pontban meghatározott természetbeni szolgáltatások színvonalát garantálja. Az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó mindenkor hatályos jogszabályok betartásáért, valamint az egészségügyi szolgáltató tevékenység körében okozott kárért kizárólag a kórház a felelős.
- e) A beteg orvosi és ápolási ellátásában részt vevő személy-

zet a biztosítottól, illetve hozzátartozójától pénzbeli juttatást semmilyen formában nem fogadhat el.

- f) A biztosító nem téríti meg az egészségügyi szolgáltatások költségeit. Az OEP által bármely okból nem térített vagy csak részben térített egészségügyi szolgáltatások költségeit a biztosított viseli.

2. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

Biztosított: az a személy, aki az életbiztosítási kötvényben meghatározott biztosítási feltételeknek megfelel és akinek az egészségi állapotával kapcsolatban a biztosítási esemény bekövetkezik.

Beteg: az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő vagy abban részesülő biztosított.

Biztosítási hónapforduló: minden hónapban a kockázatviselés kezdetének megfelelő nap; amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, a hónap utolsó napja.

Biztosítási hónap: két egymást követő biztosítási hónapforduló közötti időszak.

Egészségügyi szolgáltatás: minden olyan tevékenység, amely az egyén megbetegedésének felismerésére, diagnosztizálására, gyógykezelésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagának feldolgozására irányul.

Egészségügyi (beteg)ellátás: a beteg állapotához kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége.

Kórházi ápolás: a kórházi egészségügyi ellátás.

Egészségügyi szolgáltatást nyújtó személyzet: az orvosok, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek.

Vizsgálat: az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása és a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.

Egészségügyi beavatkozás: a káros betegségi vagy baleseti következmények elkerülésére vagy mérséklésére orvosilag szükségesnek tartott és szakorvos által végzett eljárás, illetve a betegség pontosabb okának megállapítása érdekében történő beavatkozás, amelyeket az orvos-szakmai szabályok betartásával végeznek.

Baleset: a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső hatás.

Sürgős szükség: az egészségi állapot hirtelen megváltozása, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

Sürgősségi ellátás: a sürgős szükség fennállása esetén nyújtott egészségügyi ellátás.

Egészségügyi dokumentáció: a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától.

Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP): a kormány irányítása alatt működő társadalombiztosítási költségvetési

szerv, amely a vele szerződésben álló egészségügyi szolgáltató részére – a jogszabályban részletezett formában – az egészségügyi ellátások működési költségeit finanszírozza.

TAJ-szám: a társadalombiztosítási rendszerben az egyének azonosítására, a biztosított jogviszonyukból származó adminisztráció biztosítására szolgáló szám.

TAJ-kártya: a TAJ-számot igazoló okmány.

OEP-szerződött egészségügyi szolgáltató: az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral finanszírozási szerződésben álló intézmény, amely biztosítási jogviszonnyal rendelkező személyek részére egészségügyi ellátást nyújt. A szolgáltatást az OEP finanszírozza.

Háziorvos: a hozzá bejelentkezett személyek egészségügyi ellátását jogszabály alapján koordináló, illetve alapellátást nyújtó orvos.

Szakorvos: valamely orvosi szaktárgyból szakvizsgabizottság előtt vizsgát tett orvos.

Zárójelentés: a beteg kórházi kezelésének rövid, tömör összefoglalása, amely a kórtörténet alapján készül, és tartalmazza a további kezelésre, valamint az életmódra vonatkozó javaslatokat is.

Beutaló: az első szakorvosi ellátást nyújtó orvos (háziorvos, szakorvos) által kiállított dokumentum, amely szükség esetén a beteget járóbeteg-szakellátásra vagy fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalja. A beutaló – kórházi átirányítás esetén ideértve a zárójelentést is – egyértelműen tartalmazza a vizsgálatra vagy gyógykezelésre felkért intézmény pontos megjelölését, a beteg állapotának, eddigi kezelési eredményeinek rövid leírását és a feltételezett kórismét.

Vitalitás kártya: a jelen kiegészítő biztosítással rendelkező biztosított számára kibocsátott kártya, amely a szolgáltatások igénybevételekor a biztosított azonosítását, ellenőrzését segíti. A kártya száma megegyezik a biztosított biztosítási kötvényszámával.

Minőségi kórházi hotelszolgáltatás: a szerződött kórház szerves részeként működő, a fekvőbetegek ellátását az átlagos kórházi hotelszolgáltatásnál magasabb színvonalon biztosító természetbeni szolgáltatás, amely kiterjed a beteg kórházi gyógykezelésének megszervezésére, valamint a minőségi ellátást nyújtó személyzet és ápolási környezet biztosítására.

Vitalitás osztály: a kórház azon osztálya, ahol a biztosított a biztosítási szolgáltatást igénybe veheti.

3. A biztosítási esemény bekövetkezése

A biztosítási esemény a biztosított – orvos-szakmai szempontból szükséges és indokolt, valamint a kórház által elfogadott – kórházi ápolása a Vitalitás osztályon. A biztosítás szempontjából a jelen szabályzat 6. pontjában meghatározott feltételek fennállása, valamint az ott kizárt betegségek következtében szükségessé váló egészségügyi szolgáltatások nem minősülnek biztosítási eseménynek.

A biztosító a biztosított részére az ellátást a Vitalitás osztályon kizárólag azon egészségügyi szolgáltatások esetén szavatolja, amelyekre a kórház az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral kötött finanszírozási szerződéssel rendelkezik.

A Vitalitás osztályra történő felvétel rendjét a fekvőbeteg ellátásra vonatkozó mindenkor hatályos jogszabályok határozzák meg. A biztosítottat a Vitalitás osztályra a következőképpen lehet felvenni:

– a biztosított első szakorvosi ellátását nyújtó orvos Állami

Egészségügyi Központba szóló beutalása alapján;

– sürgős szükség esetén a sürgősségi ellátást követően, ha ezt a biztosított egészségi állapota lehetővé teszi;

– ha a biztosított átszállítása egyéb egészségügyi intézményből a saját vagy hozzátartozójának kérése alapján történik.

A sürgősségi ellátást követően a beteg vagy hozzátartozója kérheti az elhelyezést a Vitalitás osztályon, ha a kórházi ápolás orvos-szakmai szempontból indokolt és szükséges.

Amennyiben a beteg egészségi állapota intenzív ellátást vagy egyéb, orvos-szakmai szempontból különleges felszereltséget igénylő egészségügyi ellátást tesz szükségessé, akkor az ellátást az erre a célra kialakított osztályon kell elvégezni. Ennek a kezelési szakasznak a lezárulása után a beteg vagy hozzátartozója kérheti az áthelyezést a Vitalitás osztályra.

Amennyiben az egészségügyi ellátásra vonatkozó mindenkor hatályos jogszabályok alapján a kórházi (fekvőbeteg) ellátásért külön térítést kell fizetni, úgy annak teljesítése alól jelen biztosítási szerződés nem mentesíti a biztosítottat.

A Vitalitás osztályra történő bejelentkezés módját jelen szerződés 1. számú melléklete tartalmazza.

4. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

a) A biztosító a szolgáltatás igénybevételének feltételeként a következőket határozza meg:

- érvényes 909 jelű Kórházi hotelszolgáltatást nyújtó kiegészítő biztosítás,
- háziorvosi vagy szakorvosi kórházi beutaló, illetve a kórházi átirányításról szóló dokumentum.

b) A szolgáltatás tartalma nem terjed ki az egészségügyi ellátásra. Így a TAJ-kártyával nem rendelkező biztosítottak kötelesek a kórháznak megtéríteni az egészségügyi ellátás költségét.

c) A biztosított kórházi felvételének orvos-szakmai szempontjait a kórház mérlegeli, de a biztosítási szolgáltatásra való jogosultság egyéb feltételeit a biztosító ellenőrzi.

d) Amennyiben a biztosítási szerződés megkötésekor a szerződő vagy a biztosított valamely lényeges körülményt elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt, a már igénybevett szolgáltatás ellenértékét a biztosított köteles a biztosítónak megtéríteni. A visszatérítés összegét a 2. számú melléklet határozza meg. A biztosító jogosult az összeget évente felülvizsgálni.

5. Férőhelyhiány, a szolgáltatás lehetetlenné válása

Jelen biztosítási szerződés esetében férőhelyhiányról akkor beszélünk, ha

– akut ellátási szükség esetén az orvosilag megengedhető első határnapig vagy

– orvosi beutalás esetén a szükséges előzetes orvosi vizsgálatokat követő 30 napon belül

a biztosító nem tudja a biztosítottat a Vitalitás osztályon elhelyezni, kivéve ha az elhelyezést a biztosított bármely okból való távolmaradása miatt nem következett be.

Az 1. pontban meghatározott biztosítási szolgáltatás ellehetetlenülése akkor áll fenn, ha a Vitalitás osztály a szolgáltatások teljesítésére felújítási, karbantartási munkák, illetve a Vitalitás osztály állagában bekövetkezett változás miatt alkalmatlan.

Amikor az 1. pontban meghatározott biztosítási szolgáltatás a fenti okok valamelyike miatt nem lehetséges, és ezért a

biztosított kórházi ellátására nem a Vitalitás osztályon kerül sor, a biztosító a zárójelentésben megjelölt betegség normatív ápolási napja és jelen szerződés 3. számú mellékletében meghatározott napi térítés alapul vételével pénzbeli szolgáltatást nyújt a biztosítottnak.

A biztosítottnak a pénzbeli szolgáltatás iránti igényét a biztosítóhoz 15 napon belül be kell jelentenie, és mellékelnie kell a biztosítottat ellátó kórház zárójelentését.

6. Kizárások, mentesülés

a) A kórházi ápolást a Vitalitás osztályon a biztosító olyan megbetegedések esetén nyújtja, amelyek a kórház, vagy az Állami Egészségügyi Központ további telephelyei, szakmai területei közé tartoznak, és orvosi-szakmai szempontok szerint a biztosított egészségügyi ellátása a Vitalitás osztályon történő elhelyezés esetén biztosítható. Az orvos-szakmai kérdésekben kizárólag a kórház nyilatkozata az irányadó.

A kórház működési körébe tartozó szakmai területeket (osztályokat) a mindenkor érvényben lévő rendelkezések határozzák meg.

b) A biztosító az a) pontban foglaltakon túl abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha az egészségügyi ellátás (kórházi ápolás) olyan betegség miatt válik szükségessé, amely jelen biztosítás alapján kizárt betegségnek minősül. A biztosító által kizárt betegségek, egészségügyi ellátások a következők:

- szülés és a szüléssel összefüggő megbetegedések ellátása,
- terhességgel, valamint a terhesség megszakításával kapcsolatos ellátás,
- sterilizáló műtét és következményei,
- meddőség miatt végzett beavatkozás és következményei,
- a nem megváltoztatása céljából végzett műtét és következményei,
- elkülönítést igénylő fertőző betegségek ellátása,
- pszichiátriai betegségek ellátása,
- öngyilkossági kísérlet és az öngyilkossági kísérlet következményei miatt nyújtott orvosi ellátás,
- alkoholizmus*, alkoholos befolyásoltság, kábítószer vagy egyéb vegyi anyag kábító- vagy bódítószerként való alkalmazása következtében kialakult megbetegedések ellátása,
- kozmetikai céllal végzett plasztikai sebészet,
- rehabilitációs gondozás,
- mindazon megbetegedések ellátása, amelyek esetében az egészségügyi ellátást a Vitalitás osztály felszereltsége nem teszi lehetővé, illetve az egészségügyi ellátás egyéb, orvos-szakmai szempontból különleges felszereltséget igényel (ilyenek különösen a dialízis, az intenzív terápiás ellátás, a súlyos fokú égési sérülések ellátása).

A biztosító jogosult a kizárások körét évente felülvizsgálni, és a feltételek módosulása esetén a szerződő félnek a biztosítási évfordulón az új feltételeket tartalmazó szerződést felajánlani. Amennyiben a szerződő az új szerződési feltételeket nem fogadja el, a biztosítási szerződés megszűnik.

7. A biztosítási szolgáltatás tartama

A biztosított egy biztosítási évben maximum 60 napig veheti igénybe a jelen feltételek 1. pontjában felsorolt szolgál-

tatásokat, azaz ennyi ideig tartózkodhat gyógykezelés céljából a Vitalitás osztályon.

A beteg 60 napon túli elhelyezéséről és szükséges ellátásáról a kórház rendelkezik.

8. 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.

A biztosítás tartamát az alaptbiztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a biztosított 70 éves koráig lehet meghosszabbítani.

b) A kiegészítő biztosítás biztosítottja lehet minden, a kiegészítő biztosítás megkötésekor 18 és 55 év közötti személy, aki a biztosítónál érvényben lévő olyan alaptbiztosítás biztosítottjaként szerepel, amelyhez a jelen kiegészítő biztosítást meg lehet kötni.

9. A biztosítás díja

a) Jelen kiegészítő biztosítás díját az alaptbiztosítás díjával együtt a kiegészítő biztosítás lejáratáig vagy annak a biztosítási hónapnak a végéig kell fizetni, amelyben a biztosított 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 minőségi kórházi hotelszolgáltatás költségeinek változását és 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 alaptbiztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díjnagyság után járó díjkedvezményben a kiegészítő biztosítás díja is részesedik.

10. A biztosítás megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik

- az alaptbiztosítás díjfizetési tartamának lejáratakor,
- az alaptbiztosítás megszűnésével,
- a kiegészítő biztosítás következő biztosítási évére érvényes biztosítási díjának írásbeli elutasításával vagy meg nem fizetésével,
- ha a kórházban az egészségügyi szolgáltatás szünetel, vagy megszüntetésre kerül (ideértve azt az esetet is, ha a kórház a tevékenységét más telephelyen folytatja tovább),
- ha a biztosító a jelen kiegészítő biztosítás értékesítésének megszüntetése miatt nem ajánlja fel a biztosítás tartamának meghosszabbítását.

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

Amennyiben a szerződés nem az alapbiztosítás díjfizetési tartamának lejáratát miatt szűnik meg, a megszűnést követő 5 éven belül a biztosító a biztosított javára újabb 909 jelű Kórházi hotelszolgáltatást nyújtó kiegészítő biztosításra szóló ajánlatot nem fogad el.

Az egészségügyi ellátás szünetelése, vagy megszüntetése esetén jelen kiegészítő biztosítás annak a biztosítási hónapnak a végén szűnik meg, amikor a szünetelés megkezdődött, illetve az ellátás megszűnt.

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, illetve a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

Budapest, 2007. november 15.

MELLÉKLETEK

A mellékletek módosulásáról a biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt.

1. számú melléklet:

Bejelentkezés a Vitalitás osztályra

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosított jogosult a biztosítási szolgáltatás igénybevételére, amennyiben rendelkezik érvényes 909 jelű Kórházi hotelszolgáltatást nyújtó kiegészítő biztosítással, háziorvosi vagy szakorvosi kórházi beutalóval, illetve a kórházi átirányításról szóló dokumentummal.

A szolgáltatás igénybevétele az egyeztetett időpontban kezdődik. Az egyeztetés a bejelentkezés során történik.

Bejelentkezés

A bejelentkezéskor a Vitalitás osztály munkatársa lehetőség szerint figyelembe veszi a biztosítottnak a megjelenés időpontjára vonatkozó igényeit.

A bejelentkezésre telefonon kerülhet sor a következő telefon-számon: 06-1-374-4300.

a) Bejelentkezés az Állami Egészségügyi Központba szóló beutalóval

A bejelentkezés során a következő adatokat kell megadni:

- név,
- biztosítási kötvényszám,
- beutaló diagnózis,
- az igényelt értesítési mód és az elérhetőség.

b) Áthelyezés kérelmezése intenzív ellátás, sürgősségi ellátás, más intézményben folyó előzetes kezelés után

A bejelentkezés során a következő adatokat kell megadni:

- név,
- biztosítási kötvényszám,

- az ellátás helye,
- diagnózis,
- az igényelt értesítési mód és az elérhetőség.

Időpont-egyeztetés

A bejelentkezést követően a Vitalitás osztály munkatársa egyeztet a biztosítottal, és az igényelt értesítési módon tájékoztatja a következőkről:

- a megjelenés helye,
- a megjelenés időpontja,
- az érkezéshez szükséges tudnivalók.

A megjelenés a megadott időben a megadott helyen a biztosított felelőssége. A biztosított nem várt akadályoztatása, a nem megfelelő időpont, illetve egyéb probléma felmerülése esetén a biztosított vagy hozzátartozója köteles értesíteni a Vitalitás osztályt.

2. számú melléklet:

Visszatérítés

A visszatérítés összege napi 25 000 Ft + ÁFA.

3. számú melléklet:

Pénzbeli szolgáltatás

A férőhelyhiány, illetve a természetbeni szolgáltatás lehetlenné válása esetén nyújtott pénzbeli szolgáltatás alapja a beteg zárójelentésében megjelölt betegséghez tartozó, a mindenkor hatályos jogszabályban meghatározott – homogén betegcsoportokhoz rendelt – normatív ápolási nap. Az egy napra jutó térítés összege 25 000 Ft.