

AZ ING BIZTOSÍTÓ ZRT. G46 JELŰ KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ CSOPORTOS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

1. A biztosítás szolgáltatása

- a) Az ING Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) a csoportos biztosítási kötvényben 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 90 nap eltelte után kialakult betegség vagy
 - a kockázatviselés kezdetétől számított 360 nap eltelte után szülés
 következtében kórházi ellátásban részesül.
- b) Nem minősül biztosítási eseménynek az a kórházi ápolás, amelyre a szerződéskötés előtt meglévő betegség vagy állapot, illetve bekövetkezett baleset miatt kerül sor.
- c) A biztosító a kórházi napi térítést az a) pontban foglaltak teljesülése esetén a szerződő biztosítási kötvényben meghatározott választásától függően az alábbi feltételek szerint nyújtja:
 - I. a kórházi ápolás tartamára, az ápolás 4. napjától; a biztosító az ápolás első három napjára nem fizet térítést;
 - II. a kórházi ápolás tartamára, a 3 napot meghaladó kórházi ápolás esetén az ápolás első napjától; ha a kórházi ápolás időtartama a 3 napot nem haladja meg, a biztosító nem teljesít szolgáltatást;
 - III. a kórházi ápolás tartamára, a kórházi ápolás 1. napjától.
- d) Függetlenül attól, hogy a szerződő a fenti szolgáltatási feltételek közül melyiket választja, szülést követő kórházi ápolás esetén a biztosító kizárólag akkor teljesít szolgáltatást, ha a kórházi ápolás időtartama az 5 napot meghaladja. Ebben az esetben a biztosító a térítést a szülést követő ápolás 6. napjától nyújtja.
- e) Függetlenül attól, hogy a szerződő a fenti szolgáltatási feltételek közül melyiket választja, a biztosító a kórházi napi térítést legfeljebb a kórházi ápolás 120. napjáig nyújtja.
- f) Amennyiben a biztosítási kötvény nem tartalmaz rendelkezést arról, hogy a fenti szolgáltatási feltételek közül a szerződő melyiket választotta, akkor a biztosító a szolgáltatást az I. pontban foglaltak szerint nyújtja.
- 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 egy biztosítottra vonatkozóan egy biztosítási éven belül legfeljebb 120 napra teljesíti a kórházi napi térítés szolgáltatását függetlenül attól, hogy a szerződő a c) pontban meghatározott szolgáltatási feltételek közül melyiket választotta.

2. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

- a) 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.
- b) 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.
- c) Jelen szerződés alapján balesetnek minősül a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső hatás. Nem minősül balesetnek a megemelések, a rándulások, a habituális ficamok, a patológiás törések, a fertőzések, a rovarcsípések, a fagyások, a nap általi égések, a hőguta és az orvosi műhiba.

3. A biztosítási esemény bekövetkezése

Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az 1. pontban leírt feltételeknek megfelelő kórházi ápolás első napja.

4. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- a) A biztosított (vagy a kedvezményezett) a szolgáltatás iránti igényt a kórházi elbocsátást követő 15 napon belül köteles bejelenteni.
- b) 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.
- c) A biztosító lehetőséget ad arra, hogy a kedvezményezett a biztosított hosszúra nyúló kórházi ápolásának befejezése (a kórházi zárójelentés kibocsátása) előtt hozzájáruljon 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,

- a) 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, illetve HIV-fertőzés következtében alakult ki;
- b) ha a kórházi ápolás a biztosított jogellenes magatartásának, illetve a biztosított által szándékosan vagy súlyos gondatlanságból okozott, előidézett eseménynek a következményeként vált szükségessé;
- c) ha a kórházi ápolás oka kivizsgálás;
- d) ha a kórházi ápolás a biztosított személy bármely sportversenyen vagy az arra történő felkészülésben való részvétele következtében vált szükségessé;
- e) ha a kórházi ápolásra orvosi műhiba miatt kerül sor;
- f) 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) a biztosítotton végrehajtott fogászati beavatkozás;
- b) kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat);
- c) anyagkimetszés szövettani vizsgálatra;
- d) terhességgel, mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos, illetve az ezek során fellépő komplikációk miatt szükségessé váló beavatkozás;
- e) spontán vagy művi abortusz;
- f) a sterilizáció minden formája;
- g) endoszkópos, laparoszkópos vizsgálat;
- h) implantált anyagok eltávolítása;
- i) szervátültetésnél a donornál elvégzett műtét;
- j) arthroscopos ízületi- és szalag műtétek.

7. Korhatárok

Biztosított lehet minden 18 és 62 év közötti személy, aki a csoportos életbiztosítási kötvényben meghatározott feltételeknek megfelel.

8. A biztosítás díja

A biztosítás díját a csoportos életbiztosítási kötvény határozza meg.

A biztosítás díját az alaptbiztosítás díjával együtt kell fizetni. Az alaptbiztosítás díjfizetési gyakorisága után járó díjkezdményben a kiegészítő biztosítás díja is részesedik.

9. A biztosítási összeg

A biztosítás összege a csoportos életbiztosítási kötvényen szereplő összeg.

10. Maradékjogok

Jelen biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik.

11. Egyéb szabályok

A jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító Csoportos Élet-, Baleset- és Betegségbiztosításainak Általános Szabályzata, valamint a hatályos jogszabályok az irányadók.

Budapest, 2006. április 1.

*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.