

AZ ING BIZTOSÍTÓ ZRT. G45 JELŰ MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ CSOPORTOS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

1. A biztosítás szolgáltatása

- a) Az ING Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) a csoportos biztosítási kötvényben meghatározott 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 90 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 műteti 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 fellépése, az előző műtét sikertelensége, stb.).
- e) Amennyiben bármely okból egyszerre több műteti 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 vásárolt biztosítási összeg ötszöröse lehet. Az egy biztosítási éven belül teljesített kifizetések az adott biztosított személyre vonatkozóan nem haladhatják meg a biztosítási összeg ötszörösét.

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. Rendelőnek 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.

- b) Jelen szerződés alapján műtétnek 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 műtégi leírással, kórházi zárójelentéssel vagy a beavatkozás ambuláns naplóban rögzített dokumentációjával kell rendelkezni.
- c) Jelen szerződés alapján balesetnek 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, a hóguta és az orvosi műhiba.

3. A biztosítási esemény bekövetkezése

Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének 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, műtégi leírás) együttes megléte esetén fizeti ki. A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvosszakértője bírálja el.

5. Kizárások

A biztosító mentesül a műteti 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, illetve HIV-fertőzés következtében alakult ki;
- c) ha a műtét a biztosított jogellenes magatartásának, illetve a biztosított által szándékosan vagy súlyos gondatlan-

*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.

A G45 jelű Csoportos kiegészítő biztosítás feltételei

ságból okozott, előidézett eseménynek a következményeként vált szükségessé;

- d) ha a biztosítotton 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 műtét a biztosított személy bármely sportversenyen vagy az arra történő felkészülésben való részvétele következtében vált szükségessé;
- g) ha a műtetre orvosi műhiba miatt kerül sor;
- h) ha a műtétet Magyarország területén kívül végzik el.

6. Korhatárok

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

7. A biztosítás díja

A biztosítás díját a csoportos életbiztosítási kötvény határozza meg.

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

8. A biztosítási összeg

A biztosítás összege a csoportos életbiztosítási kötvényen szereplő összeg.

9. Maradékjogok

Jelen biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik.

10. 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.