

## AZ ING BIZTOSÍTÓ ZRT. 917 JELŰ MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

### 1. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

- a) *Biztosító*: ING Biztosító Zrt., székhely: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/b.
- b) *Alapbiztosítás*: az a főbiztosítás, amelyhez a szerződő kiegészítő biztosításokat köthet.
- c) *Kiegészítő biztosítás*: a biztosítási szerződés alapbiztosításának szolgáltatásai a kiegészítő biztosítás(ok) szolgáltatásaival egészíthetők ki. Jelen biztosítás kiegészítő biztosításnak minősül és csak meghatározott alapbiztosítás mellé köthető.
- d) *Biztosított(ak)*: az(ok) a természetes személy(ek), aki(k)-nek egészségére, testi épségére a biztosító kockázatviselése vonatkozik. Ezen belül:
- *Főbiztosított*: az a biztosított személy, akit az alapbiztosítás főbiztosítottként nevez meg vagy – ennek hiányában – az alapbiztosítás biztosítottja.
- A biztosító lehetőséget ad arra, hogy a főbiztosítottal együtt több egyéb biztosított is biztosítottá váljon az alábbiak szerint:
- *Egyéb biztosított(ak)*: jelen kiegészítő biztosításban megnevezett egyéb biztosított(ak), aki(k) fölött a főbiztosított törvényes képviselője gyakorol.
- A továbbiakban főbiztosított és az egyéb biztosított együttesen biztosítottként kerül a jelen szerződési feltételekben megnevezésre. Amennyiben a jelen szerződési feltételek valamely rendelkezése csak a főbiztosítottra, vagy csak az egyéb biztosítottra vonatkozik, így a főbiztosított, vagy az egyéb biztosított megnevezés kerül használatra.
- e) *Kedvezményezett*: a biztosító teljesítésére jogosult személy, aki
- a főbiztosított esetében a 917 jelű kiegészítő biztosításnál kedvezményezettként megjelölt személy, ennek hiányában a főbiztosított,
  - az egyéb biztosított esetében a főbiztosítottnál a 917 jelű kiegészítő biztosítás kedvezményezettjeként megjelölt személy, illetve ennek hiányában a főbiztosított, feltéve, hogy a kedvezményezett ilyen módon történő kijelöléséhez az egyéb biztosított törvényes képviselője írásban hozzájárult.
- f) *Várakozási idő*: jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a biztosító várakozási időt köt ki, amelynek időtartama, a szerződés hatálybalépésétől számított 180 nap. A biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan biztosítási eseményekre, amelyek a várakozási idő alatt következnek be, és nem állnak balesettel okozati összefüggésben. Ez esetben a biztosítót szolgáltatási kötelezettség nem terheli. Amennyiben a biztosítási tartam alatt egyéb

biztosítottat vonnak be a szerződésbe, úgy az egyéb biztosított vonatkozásában a várakozási idő attól a naptól számított 180 nap, amelytől a biztosító az adott egyéb biztosított vonatkozásában kockázatban áll.

- g) Jelen kiegészítő biztosítás 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 napszúrás, a nap általi égés, a hóguta és az orvosi műhiba. Nem minősül balesetnek a biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete.
- h) Jelen kiegészítő biztosítás alapján *kórháznak* minősül a szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek:
- a szanatóriumok, rehabilitációs intézmények, rehabilitációs osztályok,
  - pszichiátriai intézetek, pszichiátriai osztályok,
  - gyógyfürdők, gyógyfürdőkórházak, gyógyüdülők,
  - elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei,
  - geriátriai ellátók, szociális otthonok,
  - alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények,
  - ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei feltéve, hogy a biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.
- i) *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.
- j) Jelen kiegészítő biztosítás alapján *műtétnek* minősül a biztosított számára káros betegségi vagy baleseti következmények elkerülésére vagy mérséklésére orvosilag szükségesnek tartott és szakorvos által végzett eljárás, valamint a betegség pontosabb okának megállapítása érdekében végzett sebészeti beavatkozás, amelyeket az orvosszakmai szabályok betartásával végeznek. A műtétet kórházban, illetve orvosi rendelőben kell elvégezni, s erről műtéti leírással, kórházi zárójelentéssel vagy a beavatkozás ambuláns naplóban rögzített dokumentációjával kell rendelkezni.

### 2. A biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a biztosítás tartamán belül bekövetkezett balesetből eredő sérülés vagy a biztosítás tartamán belül, de a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelté után – e vonatkozásban a biztosító vára-

kozási időt köt ki – kialakult betegség következtében szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által kórházban, illetve rendelőben a biztosítás tartamán belül elvégzett műtét.

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

### 3. A biztosítás szolgáltatása

- a) A biztosító ezen kiegészítő biztosítás szabályzata alapján a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezésekor a mindenkor aktuális műtéti listájában feltüntetett WHO-kódok alapján meghatározott műtéti térítési kategóriák szerint a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási összeget vagy annak meghatározott többszörösét fizeti ki a kedvezményezettnek.
- b) Jelen szabályzat melléklete – kizárólag tájékoztató jelleggel – a teljes műtéti lista kivonatos tájékoztatóját tartalmazza. A teljes, az egyes WHO kódhoz tartozó műtéti térítési kategóriákat a mindenkor aktuális és teljes műtéti lista tartalmazza. **A biztosító jogosult arra, hogy a teljes műtéti listát, illetve az abban szereplő műtétek térítési kategóriáit naptári évenként egyszer felülvizsgálja és jogosult arra, hogy azokat indoklás nélkül egyoldalúan módosítsa. A biztosító a módosítás hatályba lépését megelőzően legalább 30 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt a változás tényéről.** A mindenkor aktuális és teljes műtéti lista a biztosító ügyfélszolgálatán, illetve az értékesítési igazgatóságain tekinthető meg. A biztosító ügyfélszolgálatának és értékesítési igazgatóságainak elérhetőségét a [www.ing.hu](http://www.ing.hu) weboldal tartalmazza.
- c) A mindenkor aktuális műtéti lista tartalmazza az összes, WHO-kóddal ellátott műtétek listáját. A biztosító a műtéti térítési kategóriát elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg oly módon, hogy a mindenkor hatályos műtéti listában az adott WHO-kódhoz műtéti térítési kategóriát rendel. Az orvosi dokumentumban feltüntetett WHO-kódnak meg kell felelnie a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak. Amennyiben az orvosi dokumentumokban feltüntetett WHO-kód nem felel meg a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak vagy nem került feltüntetésre a zárójelentésen, úgy a biztosító orvosa jogosult a WHO-kódot meghatározni. A biztosító orvosa jogosult felülvizsgálni a műtéti leírásban, illetve kórházi zárójelentésben foglaltak alapján a megadott WHO-kódot. Amennyiben az elvégzett beavatkozás WHO kódját a biztosító orvosa állapítja meg a felülvizsgálat alapelve, hogy az azonos veszélyességi, illetve súlyossági fokozatot képviselő műtétek azonos térítési kategóriába kerüljenek.
- d) Egy baleset vagy egy betegség miatt szükségessé váló, eltérő időpontban elvégzett műtétek esetén az egyes műtétekre vonatkozó térítési összegek nem adódnak össze. A biztosító által fizetendő műtéti térítés összege az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriába tartozó műtét után járó térítési összeggel egyezik meg, füg-

getlenül 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 azonos időpontban egyszerre több műtéti beavatkozásra van szükség, az egyes műtétekre vonatkozó térítési összegek nem adódnak össze. Ekkor a biztosító szolgáltatása az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriájú műtét után járó térítési összeggel egyezik meg.
- f) A biztosító által teljesített szolgáltatás – egy biztosítási esemény vonatkozásában – 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.

### 4. A biztosítás területi hatálya

A biztosító kockázatviselése az Európai Unió területén elvégzett műtétekre terjed ki.

### 5. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- a) A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat a biztosító Általános Életbiztosítási Szabályzatának (ÁÉSZ) 16. §-a tartalmazza.
- b) A biztosított (vagy a kedvezményezett) a szolgáltatás iránti igényt a biztosítási esemény bekövetkezése utáni 15 napon belül írásban köteles bejelenteni.
- c) A biztosító a biztosítási összeget a műtéttel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum együttes megléte esetén fizeti ki. A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvosszakértője bírálja el.

### 6. A biztosítási összeg

- a) A műtéti térítésre szóló biztosítási összeget a szerződő fél választja meg a szerződéskötéskor.
- b) A műtéti térítésre szóló kezdeti biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza.
- c) A műtéti térítésre szóló biztosítási összeg a főbiztosított és az egyéb biztosított(ak) vonatkozásában megegyezik.
- d) A műtéti térítésre szóló biztosítási összeget növelheti a 13. pontban meghatározott díjnövelési lehetőség. A díjnöveléssel megnövekedett biztosítási összeg a következő növelésig érvényes.

### 7. A biztosító mentesülése

A teljesítési kötelezettség alóli mentesülés szabályait az ÁÉSZ 17. §-a tartalmazza.

### 8. Kizárások

- a) A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:

- ha a kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül császármetszésre kerül sor,
  - ha igazolható, hogy a műtét olyan baleset vagy betegség miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet vagy alkoholizmus\* következtében, alkoholos befolyásoltság, kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt alakult ki, kivéve ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
  - olyan műtét, amelyre a szerződéskötés előtt meglévő betegség vagy állapot (értve ezalatt különösen, de nem kizárólagosan a biztosított születésekor már fennálló, illetve a szerződéskötés pillanatában még nem ismert és/vagy nem diagnosztizált születéskori betegségeket és állapotokat, továbbá a meglévő, de tünetmentes megbetegedéseket is), illetve bekövetkezett baleset miatt kerül sor,
  - ha a biztosítotton fogászati beavatkozást hajtanak végre,
  - ha a műtét oka kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat),
  - ha a műtétre a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül kialakult betegség miatt kerül sor,
  - ha a műtét a WHO kódokat tartalmazó mindenkor aktuális műtéti listában nem térített műtétként van megjelölve,
  - ha a műtétre az Európai Unió területén kívül kerül sor.
- b) A kockázatviselésből kizárt további kockázatokat az ÁÉSZ 18., 19. és 20. §-a tartalmazza.

## 9. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

A kiegészítő biztosítás a főbiztosított és az összes egyéb biztosított vonatkozásában megszűnik az alábbi esetekben:

- a) a szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,
- b) a főbiztosított halála esetén, a halál időpontjában,
- c) a díjfizetés elmulasztása esetén (ÁÉSZ 9. §),
- d) az alapbiztosítás felmondása és visszavásárlása esetén (ÁÉSZ 12. §),
- e) az alapbiztosítás díjmentes leszállítása esetén (ÁÉSZ 13. §),
- f) jelen szabályzat 12. g) pontja szerinti felmondással,
- g) a szerződő részéről évfordulón történő felmondással:  
A 917 jelű Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás, a szerződő által meg tett írásbeli nyilatkozattal az aktuális biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal – a következő biztosítási évtől kezdődően – az alapbiztosítástól függetlenül írásban felmondható azzal a feltétellel, hogy az alap- és a hozzá tartozó kiegészítő biztosítás(ok) esedékes díjai az évfordulói kiegyenlítésre kerülnek.

## 10. 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. Az egyes biztosítási évekre vonatkozó biztosítási díj megállapítására, módosítására a 12. pont rendelkezései az irányadóak.

\* 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.

- b) A biztosítást 1 és 60 éves kor közötti főbiztosítottokra lehet megkötni. A biztosítás tartamát az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a főbiztosított 65 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.

## 11. Az egyéb biztosítottakkal kapcsolatos rendelkezések

- a) A biztosítás hatályát az egyéb biztosított(ak)ra a szerződés megkötésekor vagy a biztosítási évfordulón lehet kiterjeszteni. A biztosítás tartama alatt újonnan megjelölni kívánt egyéb biztosított(ak)at a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal kell írásban bejelenteni a biztosító felé. A biztosító a beérkezéstől számított 15 napon belül elbírálja az igényt és annak eredményéről tájékoztatja a szerződőt. Amennyiben az elbírálás eredményéről a biztosító nem tájékoztatja a szerződőt az igény beérkezésétől számított 15 napon belül, úgy az új egyéb biztosított bejelentésére vonatkozó igényt elfogadottnak kell tekinteni és az egyéb biztosított vonatkozásában a biztosítási évfordulótól kezdődően megkezdődik a biztosító kockázatviselése.
- b) A biztosítást azokra a személyekre is ki lehet terjeszteni – figyelembe véve a 10. pontban leírt korhatárokat –, akik a szerződés hatálybalépése után születnek.
- c) A biztosításban szereplő egyéb biztosított(ak) megjelölésének visszavonása csak biztosítási évfordulóval lehetséges. A biztosítás tartama alatt egyéb biztosított(ak) megjelölésének visszavonását a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal kell írásban bejelenteni a biztosító felé. Ez esetben a visszavonással érintett egyéb biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a biztosítási évfordulóval megszűnik.
- d) Az egyéb biztosítottak száma nincs korlátozva.
- e) Az egyéb biztosított(ak) halála esetén a többi biztosított vonatkozásában a jelen kiegészítő biztosítás érvényben marad.

## 12. A biztosítás díja

- a) Jelen kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt legfeljebb az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a főbiztosított 65 éves koráig vagy annak a biztosítási hónapnak a végéig fizetendő, amelyben a főbiztosított halála bekövetkezett.
- b) Az egyéb biztosított(ak) után a szerződőnek kiegészítő díjat kell fizetnie.
- c) Az egyéb biztosított(ak) után felszámított kiegészítő díj az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végéig vagy annak a biztosítási évről a végéig fizetendő, amelyben az egyéb biztosított halála bekövetkezett, de legfeljebb ad-

- dig a biztosítási évfordulóig, amelyhez az egyéb biztosított 18. születésnapja közelebb esik.
- d) Az egyéb biztosított(ak) után fizetendő kiegészítő díj csak a biztosítási összegtől függ, az egyéb biztosított(ak) 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.
  - e) A kiegészítő biztosítás díja változó. A szerződés megkötésekor megállapított díj a biztosítás első (biztosítási év) évére érvényes. A biztosító kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját a következő biztosítási évre vonatkozóan egyoldalúan módosítsa.
  - f) A kiegészítő biztosítás további egy-egy évre (biztosítási év) szóló díjainak meghatározásánál a biztosító figyelembe veszi a biztosított aktuális életkorát és/vagy a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változását különösen, de nem kizárólagosan, ha a vonatkozó törvényi szabályozás változásából vagy egyéb okból eredően a díjkalkulációnál használt statisztikában lényeges változás állna be.
  - g) 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 az egyúttal a jelen kiegészítő biztosítás szerződő általi felmondásának minősül, és ez esetben a kiegészítő biztosítás valamennyi biztosított vonatkozásában a biztosítási évfordulóval megszűnik.

- h) A kiegészítő biztosítás díjában érvényesítésre kerül az alapt biztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díjnagyság után járó díjkezdvezmény egyaránt.

### 13. Automatikus díjnövelés

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

### 14. Maradékjogok

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

### 15. Egyéb szabályok

A jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító Általános Életbiztosítási Szabályzata és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. Jelen feltételeket és az Általános Életbiztosítási Szabályzatot a biztosítási szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.

*Budapest, 2012. december 3.*