

AZ ING BIZTOSÍTÓ ZRT. 918 JELŰ KÓRHÁZI NAPI 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 képviselget 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 918 jelű kiegészítő biztosításnál kedvezményezettként megjelölt személy, ennek hiányában a főbiztosított,
 - az egyéb biztosított esetében a főbiztosítottnál a 918 jelű kiegészítő biztosítás kedvezményezettjeként megjelölt személy, illetve ennek hiányában a főbiztosított, feltéve, hogy a kedvezményezett ily 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 nappali kórház¹,
 - a szanatóriumok, rehabilitációs intézmények, rehabilitációs osztályok,
 - pszichiátriai intézetek, pszichiátriai osztályok,
 - gyógyfürdők, gyógyfürdőkórházak, gyógyüdülők,
 - elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek,
 - 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.

2. A biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartamán belüli
- aa) balesetből eredő sérülése,
 - ab) a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelté után (várakozási idő) kialakult betegsége,
 - ac) a kockázatviselés kezdetétől számított 360 nap eltelté után bekövetkezett szülése, ugyanakkor a kockázatviselés köréből kizárt a biztosított kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belüli szülése (lásd 8. pont),
- melynek következtében a biztosított kórházi kezelésben részesül.
- b) Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából kórházi kezelésben részesül az a személy, aki az éjszakát is a kórházban tölti. A kórházi kezelés a kórházi ápolás első napjával kezdődik és annak utolsó napjáig tart.

¹ Nappali kórház: olyan napközbeni kezelést nyújtó kórház vagy kórházi osztály, ahol a beteg csak napközben tartózkodik és nem tölti bent az éjszakát.

- c) Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja a 3. pontban leírt feltételeknek megfelelő kórházi kezelés első napja.

3. A biztosítás szolgáltatása

- a) A biztosító ezen kiegészítő biztosítás szabályzata alapján a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezésekor a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó, a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítésnek megfelelő biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek.
- b) A biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a kedvezményezettnek, ha az alapbiztosításhoz jelen kiegészítő biztosításon kívül 917 jelű Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás is tartozik és a kórházi kezelés során olyan műtetre kerül sor, amelyre a biztosító a 917 jelű kiegészítő biztosítás alapján kifizetést nem teljesít. Ugyanakkor a biztosító a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki a kedvezményezettnek, ha az alapbiztosításhoz jelen kiegészítő biztosításon kívül 917 jelű kiegészítő biztosítás is tartozik és a kórházi kezelés során olyan műtetre kerül sor, amelyre a biztosító a 917 jelű kiegészítő biztosítás alapján kifizetést teljesít.
- c) A biztosító a kórházi napi térítést a kórházi kezelés tartamára, a 3 napot meghaladó kórházi kezelés esetén a kezelés első napjától nyújtja. Ha a kórházi kezelés időtartama a 3 napot nem haladja meg, a biztosító nem teljesít szolgáltatást.
- d) Szülést követő kórházi kezelés esetén a biztosító akkor teljesít szolgáltatást, ha a kórházi kezelés időtartama az 5 napot meghaladja. Ebben az esetben a biztosító a térítést a szülést követő kezelés első napjától nyújtja. Ha a szülést követő kórházi kezelés időtartama az 5 napot nem haladja meg, a biztosító nem teljesít szolgáltatást.
- e) A biztosító a kórházi napi térítést az a) pont feltételeinek teljesülése esetén a kórházi kezelés legfeljebb 90. napjáig teljesíti.
- f) A szolgáltatás teljesítése után a biztosítás nem szűnik meg, de a biztosító biztosítottanként egy biztosítási éven belül legfeljebb 90 napra teljesíti a kórházi napi térítés szolgáltatását.
- g) A gyógyulás érdekében legfeljebb 3 napra megszakított kórházi kezelést, illetve az egymás után több kórházban folyó kezelést a biztosító egy kórházi kezelésnek tekinti, ha a biztosított (vagy a kedvezményezett) igazolni tudja az kezelés megszakításának szükségességét. Amennyiben a kórházi kezelést nem egészségügyi okokból szakítják meg, a biztosító a második, illetve a további kórházi kezeléseket új biztosítási eseményként kezeli.

4. A biztosítás területi hatálya

A biztosító kockázatviselése az Európai Unió területén elvégzett kórházi kezelésekre 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 kórházi elbocsátást követő 15 napon belül írásban köteles bejelenteni.
- c) A biztosító a napi térítési összeget a kórházi ápolással kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum együttes megléte esetén fizeti ki. A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvosszakértője bírálja el.
- d) A biztosító lehetőséget ad arra, hogy a kedvezményezett a biztosított hosszúra nyúló kórházi ápolásának befejezése (a kórházi zárójelentés kibocsátása) előtt hozzájuthasson a biztosító szolgáltatásának időarányos részéhez. Ennek igénylésére a kórházi ápolás 21. napjától nyílik lehetőség – feltéve, hogy a biztosító erre a célra rendszeresített nyomtatványát a kezelőintézmény kitölti és azt az előzetes zárójelentés (epikrízis), vagy a részletes orvosi összefoglaló (mezokrízis) kíséretében azt a biztosító részére megküldik. Az igénybejelentő nyomtatvány megtalálható a www.ing.hu honlapon.

6. A biztosítási összeg

- a) A kórházi napi térítésre szóló biztosítási összeget a szerződő fél választja meg a szerződéskötéskor.
- b) A kórházi napi térítésre szóló kezdeti biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza.
- c) A kórházi napi térítésre szóló biztosítási összeg a főbiztosított és az egyéb biztosított(ak) vonatkozásában megegyezik.
- d) A kórházi napi térítésre szóló biztosítási összeget növelheti a 13. pontban meghatározott díjnövelési lehetőség. A díjnöveléssel megnövekedett biztosítási összeg a következő növelésig érvényes.
- e) Ha a biztosítási évforduló napja arra az időtartamra esik, amelyet a biztosított személy kórházban tölt, és a szerződő fél elfogadja a 13. pontban meghatározott díjnövelési lehetőséget, akkor a biztosító a biztosítási évfordulótól kezdve az automatikus díjnövelésnek megfelelő emelt napi térítésű szolgáltatást nyújtja a kedvezményezett részére.

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 igazolható, hogy a kórházi kezelés olyan baleset vagy betegség miatt vált szükségessé, amely öngyil-

kossági kísérlet vagy alkoholizmus² következtében, alkoholos befolyásoltság, kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt alakult ki, kivéve ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,

- olyan kórházi kezelés, 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,
 - a kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül bekövetkezett szülés,
 - a biztosítottnál végrehajtott fogászati beavatkozás,
 - kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat),
 - anyagkimetszés szövettani vizsgálatra,
 - terhességgel, mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos, illetve az ezek során fellépő komplikációk miatt szükségessé váló beavatkozás,
 - művi terhességmegszakítás,
 - a sterilizáció minden formája,
 - szervátültetésnél a donornál elvégzett műtét,
 - kórházi kezelés alatti adaptációs szabadságra³,
 - ha a kórházi kezelésre orvosi műhiba miatt kerül sor,
 - ha a kezelésre 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 szerint felmondással,
- g) A szerződő részéről évfordulón történő felmondással:
A 918 jelű Kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás, a szerződő által megtett írásbeli nyilatkozattal az aktuális biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal – a következő biztosítási évtől kezdődően – az alapbiztosítá-

² 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.

³ Adaptációs szabadság: amennyiben a fekvőbeteg gyógyintézetben ellátott személy egészségi állapota és szociális érettsége lehetővé teszi, szociális és társadalmi rehabilitációja érdekében otthonába távozhat, amely idő alatt a kórházi osztály állományába tartozik.

tástól függetlenül írásban felmondható azzal a feltétellel, hogy az alap- és a hozzá tartozó kiegészítő biztosítás(ok) esedékes díjai az évfordulóig 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.
- b) A biztosítást 1 és 60 év közötti főbiztosítottra 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 biztosítottal 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 alaptbiztosítás díjával együtt legfeljebb az alaptbiztosítás 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 alaptbiztosítás díjfizetési tartamának végéig vagy annak a biztosítási évnek a végéig fizetendő, amelyben az egyéb biztosított halála bekövetkezett, de legfeljebb addig 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 évére (biztosítási év) 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 levélben 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 alaptbiztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díjnagyság után járó díjkezdvezmény egyaránt.

13. Automatikus díjnövelés

Az alaptbiztosítás feltételeiben meghatározott automatikus díjnövelésre vonatkozó szabályok a jelen 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.