

AZ ING BIZTOSÍTÓ ZRT. 987 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 kockázatvisselése 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 987 jelű kiegészítő biztosításnál kedvezményezettként megjelölt személy, ennek hiányában a főbiztosított,
 - az egyéb biztosított esetében a főbiztosítottnál a 987 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 kockázatvisselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki. A biztosító kockázatvisselése 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 hőguta 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, gyógyfürdő-kórházak, 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.
- 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 kockázatvisselés kezdetétől számított 180 nap

eltelte után – e vonatkozásban a biztosító várakozási 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 pénzneme

Jelen kiegészítő biztosítás keretében a díjak megfizetése, illetve a szolgáltatások nyújtása (a kiegészítő biztosításra törő valamennyi be- és kifizetés) euróban történik.

4. A biztosítás szolgáltatása

- a) A biztosító ezen kiegészítő biztosítás szabályzata alapján a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezésekor a mindenkor aktuális műtét listájában feltüntetett WHO-kódok alapján meghatározott műtét 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 műtét lista kivonatos tájékoztatóját tartalmazza. A teljes, az egyes WHO kódhoz tartozó műtét térítési kategóriákat a mindenkor aktuális és teljes műtét lista tartalmazza. A biztosító jogosult arra, hogy a teljes műtét 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 műtét lista a biztosító ügyfélszolgálatán, illetve az értékesítési igazgatóságain tekinthető meg. A biztosító ügyfélszolgálatának és értékesítési igazgatóságainak elérhetőségét a www.ing.hu weboldal tartalmazza.
- c) A mindenkor aktuális műtét lista tartalmazza az összes, WHO-kóddal ellátott műtétek listáját. A biztosító a műtét térítési kategóriát elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg oly módon, hogy a mindenkor hatályos műtét listában az adott WHO-kódhoz műtét 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 műtét 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 mű-

tétekre vonatkozó térítési összegek nem adódnak össze. A biztosító által fizetendő műtét térítés összege az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriába tartozó műtét után járó térítési összeggel egyezik meg, 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 azonos időpontban egyszerre több műtét 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.

5. A biztosítás területi hatálya

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

6. 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.

7. A biztosítási összeg

- a) A műtét térítésre szóló biztosítási összeget a szerződő fél választja meg a szerződéskötéskor.
- b) A műtét térítésre szóló kezdeti biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza.
- c) A műtét térítésre szóló biztosítási összeg a főbiztosított és az egyéb biztosított(ak) vonatkozásában megegyezik.
- d) A műtét térítésre szóló biztosítási összeget növelheti a 14. pontban meghatározott díjnövelési lehetőség. A díjnöveléssel megnövekedett biztosítási összeg a következő növelésig érvényes.

8. A biztosító mentesülése

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

9. 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 biztosítottna fogászati beavatkozást hajtanak végre,
 - ha a műtét oka kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat),
 - ha a műtetre 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 műtetre az Európai Unió területén kívül kerül sor.
- b) A kockázatviselésből kizárt további kockázatokat az ÁÉSZ 18., 19. és 20. §-a tartalmazza.

10. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

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

- a szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,
 - a főbiztosított halála esetén, a halál időpontjában,
 - a díjfizetés elmulasztása esetén (ÁÉSZ 9. §),
 - az alapbiztosítás felmondása és visszavásárlása esetén (ÁÉSZ 12. §),
 - az alapbiztosítás díjmentes leszállítása esetén (ÁÉSZ 13. §),
 - jelen szabályzat 13. g) pontja szerinti felmondással,
 - a szerződő részéről évfordulón történő felmondással:
- A 987 jelű Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás, a szerződő által megtett 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 évfordulóiig kiegyenlítésre kerülnek.

11. 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 kö-

vetkező biztosítási évre érvényes – biztosítási díj esedékes részét a szerződő megfizeti. Az egyes biztosítási évekre vonatkozó biztosítási díj megállapítására, módosítására a 13. pont rendelkezései az irányadók.

- A biztosítást 16 és 60 éves kor közötti főbiztosítottra lehet megkötni. A biztosítás tartamát az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a főbiztosított 65 éves koráig lehet meghosszabbítani.
- 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.

12. Az egyéb biztosítottakkal kapcsolatos rendelkezések

- 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.
- A biztosítást azokra a személyekre is ki lehet terjeszteni – figyelembe véve a 11. pontban leírt korhatárokat –, akik a szerződés hatálybalépése után születnek.
- 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.
- Az egyéb biztosítottak száma nincs korlátozva.
- Az egyéb biztosított(ak) halála esetén a többi biztosított vonatkozásában a jelen kiegészítő biztosítás érvényben marad.

13. A biztosítás díja

- 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.
- Az egyéb biztosított(ak) után a szerződőnek kiegészítő díjat kell fizetnie.

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

- c) Az egyéb biztosított(ak) után felszámított kiegészítő díj az alapt biztosítás díjfizetési tartamának végéig vagy annak a biztosítási évnél 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 (biztosítási év) évre 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 alapt biztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díjnagyság után járó díjkezdvezmény egyaránt.

14. Automatikus díjnövelés

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

15. Maradékjogok

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

16. 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.