

Az ING Biztosító Zrt. G25 jelű Baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosításának különös feltételei

1. Általános rendelkezések

- a) Az ING Biztosító Zrt. (székhelye: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, a továbbiakban Biztosító) jelen Különös Feltételeiben (a továbbiakban Különös Feltételek) foglalt rendelkezések a Biztosító Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítások Általános Szabályzatával (a továbbiakban Általános Csoportos Életbiztosítási Szabályzat) együtt – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Biztosító G25 jelű Baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosítási szerződéseinek feltételeit képezik, feltéve, hogy a szerződést a jelen Különös Feltételekre és az Általános Csoportos Életbiztosítási Szabályzatra hivatkozva kötötték.
- b) A Különös Feltételek és az Általános Csoportos Életbiztosítási Szabályzat eltérése esetén a Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak. A Különös Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Csoportos Életbiztosítási Szabályzat és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.
- c) A G25 jelű Baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosítás célja, hogy baleset miatt szükségessé váló kórházi ellátás esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésével szolgáltatást nyújtson a Biztosítottnak, amelyet ily módon felhasználhat pl. a kórházi tartózkodással kapcsolatos többletköltségekre. Jelen kiegészítő biztosítás a kórházi kezelés és ellátás költségeit nem téríti meg.
- d) Jelen biztosítás kiegészítő biztosításnak minősül, mely csak a G01 jelű Csoportos kockázati életbiztosításhoz, mint alapbiztosításhoz (a továbbiakban alapbiztosítás) köthető. A G01 jelű Csoportos kockázati életbiztosításra külön szerződési feltételek vonatkoznak.

2. A biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belüli balesetből eredő sérülése – ideértve az üzemi balesetet is – melynek időpontjától számított egy éven belül a Biztosított kórházi kezelésben részesül.
- b) A jelen fejezet a) pontjában meghatározott biztosítási esemény a Szerződő választásától függően kizárólag üzemi balesetre is korlátozódhat. A választott biztosítási fedezetet a csoportos biztosítási kötvény tartalmazza. Amennyiben a Biztosító üzemi baleset alapján teljesít szolgáltatást, úgy ahol jelen Különös Feltételek balesetet említ, azon az üzemi balesetet kell érteni.
- c) 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.
- d) Jelen kiegészítő biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkezésének időpontja, melynek a biztosítás tartamán belül kell bekövetkeznie.

3. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a Szerződő biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében a Biztosított balesete esetén, a baleset bekövetkezésének időpontjától számított egy éven belüli kórházi kezelésekor a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó, a biztosítási szerződésben meghatározott baleseti eredetű kórházi napi térítésnek megfelelő biztosítási összeget fizeti ki a Biztosítottnak. Amennyiben a Biztosított balesete miatt szükségessé váló kórházi kezelésre a biztosítási tartamon túl kerül sor, akkor a Biztosító a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget veszi alapul a biztosítási szolgáltatás teljesítésekor.
- b) A Biztosító a balesetből eredő kórházi napi térítést – a Szerződő csoportos biztosítási szerződésben megadott választásától függően – a kórházi kezelés tartamára a csoportos biztosítási kötvényben meghatározott alábbi feltételek szerint nyújtja:
 - ba) a kórházi kezelés tartamára, a kórházi kezelés 4. napjától. A kórházi kezelés időtartamának első három napjára nem teljesít szolgáltatást a Biztosító.
 - bb) a kórházi kezelés tartamára, a 3 napot meghaladó kórházi kezelés esetén, a kezelés első napjától. Ha a kórházi kezelés időtartama a 3 napot nem haladja meg, a Biztosító nem teljesít szolgáltatást.
 - bc) a kórházi kezelés tartamára, a kórházi kezelés 1. napjától.
- c) Amennyiben a Szerződő nem élt a szolgáltatási fedezet választásának a lehetőségével, abban az esetben a Biztosító a szolgáltatást a jelen Különös Feltételek 3. ba) pontjában foglaltak szerint nyújtja, a csoportos biztosítási kötvényen meghatározottak szerint.
- d) **A Biztosító a baleseti eredetű kórházi napi térítést a jelen Különös Feltételek 2. a) pontjában meghatározott feltételek teljesülése esetén a kórházi kezelés legfeljebb 120. napjáig teljesíti, függetlenül attól, hogy a Szerződő a jelen Különös Feltételek 3. b) pontjában meghatározott szolgáltatási feltételek közül melyiket választja.**
- e) A szolgáltatás teljesítése után a kiegészítő biztosítás nem szűnik meg, de a Biztosító **Biztosítottanként egy biztosítási éven belül legfeljebb 120 napra teljesíti** a baleseti eredetű kórházi napi térítés szolgáltatását függetlenül attól, hogy a Szerződő a jelen Különös Feltételek 3. b) pontjában meghatározott szolgáltatási feltételek közül melyiket választotta.
- f) 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 igazolni tudja a 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 biztosítási összeg

A biztosítási összeget a csoportos biztosítási kötvény tartalmazza.

5. A biztosítás díja

Jelen kiegészítő biztosítás díja az alapt biztosítás díjával együtt fizetendő.

6. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az Európai Unió területén elvégzett kórházi kezelésekre terjed ki.

7. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltétele, hogy a baleset bekövetkeztekor a biztosítási szerződés – az adott Biztosítottra vonatkozóan – érvényben legyen.
- A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat az Általános Csoportos Életbiztosítási Szabályzat 14.§-a és az 1. számú melléklete tartalmazza.
- A Biztosított a biztosítási szolgáltatás iránti igényét **a kórházi elbocsátást követő 15 napon belül írásban köteles bejelenteni.**
- A Biztosító a napi térítési összeget a kórházi ápolással kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum együttes megléte esetén fizeti ki. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője értékeli.
- A Biztosító lehetőséget ad arra, hogy a Biztosított, a hosszára 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 kezelőintézmény által kiállított előzetes zárójelentés (epikrízis), vagy a részletes orvosi összefoglaló (mezokrízis) a Biztosító részére megküldésre került.

8. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

A teljesítési kötelezettség alóli mentésülés szabályait az Általános Csoportos Életbiztosítási Szabályzat 15.§-a tartalmazza.

9. Kizárások

- A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:**
 - ha igazolható, hogy a kórházi kezelés olyan baleset miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérletből eredt,
 - olyan kórházi kezelés, amelyre a szerződéskötés előtt bekövetkezett baleset miatt kerül sor,
 - ha a kórházi kezelésre:
 - a biztosítottan végrehajtott fogászati beavatkozás,
 - endoszkopos, laparoszkopos vizsgálat,
 - implantált anyagok eltávolítása,

– arthroscopos ízületi- és szalag műtétek, miatt kerül sor.

- ha a kezelésre az Európai Unió területén kívül kerül sor,
- ha a kezelésre nem az Általános Csoportos Életbiztosítási Szabályzat 2.§-ában meghatározottaknak megfelelő Kórházban kerül sor.

- A kockázatviselésből kizárt további kockázatokat az Általános Csoportos Életbiztosítási Szabályzat 16.§-a tartalmazza.**

10. Együttműködési, kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

- A Szerződő és a Biztosítottak a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást kötelesek tanúsítani.
- A Biztosított balesete esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet a kórházi kezelés térítésének megállapítása szempontjából.
- A Szerződő és a Biztosított a Biztosított balesete esetén a Biztosító adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint kötelesek a kárt enyhíteni.
- A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére az Általános Csoportos Életbiztosítási Szabályzat 16.§-ában meghatározottak az irányadók.

11. A jelen biztosítási fedezet megszűnésének esetei

Az adott Biztosított vonatkozásában jelen kiegészítő biztosítás megszűnik az alábbi esetekben:

- a Biztosított halála esetén, a halál időpontjában,
- az alapt biztosítás megszűnése esetén,
- ha a balesetből eredő kórházi ápolás egy biztosítási éven belül meghaladja a 120 napot,
- az Általános Csoportos Életbiztosítási Szabályzatban meghatározott egyéb esetekben.

12. Egyéb szabályok

Jelen kiegészítő biztosítás visszavásárlási értékkel, maradékjoggal nem rendelkezik.

Budapest, 2014. április 30.