

Az ING Biztosító Zrt. G46 jelű 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 G46 jelű 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 irányadók. A Különös Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Csoportos Életbiztosítási Szabályzat és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.
- c) A G46 jelű Kórházi napi térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosítás célja, hogy 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 belül
 - aa) bekövetkezett balesetből eredő sérülése, melynek időpontjától számított egy éven belül kórházi kezelésben részesül, vagy
 - ab) kialakult és/vagy diagnosztizált betegsége, 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.
- c) Jelen kiegészítő biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja
 - ca) baleset esetén a baleset bekövetkezésének időpontja, melynek a biztosítás tartamán belül kell bekövetkeznie,
 - cb) a Biztosított kialakult és/vagy diagnosztizált betegsége esetén a jelen Különös Feltételek 2. pontjában leírt feltételeknek megfelelő kórházi ápolás első napja.

3. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a Szerződő biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében

a Biztosított betegsége esetén a biztosítás tartama alatti kórházi kezelésekor, illetve a Biztosított balesete esetén a baleset bekövetkezésének időpontjától számított egy éven belüli kórházi kezelésekor, a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó, a biztosítási szerződésben meghatározott 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 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. b) pontjában foglaltak szerint nyújtja, a csoportos biztosítási kötvényen meghatározottak szerint.
- d) **Függetlenül attól, hogy a Szerződő a jelen Különös Feltételek 3. b) pontjában meghatározott szolgáltatási feltételek közül melyiket választja, 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 6. naptól 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 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.**
- f) A szolgáltatás teljesítése után a kiegészítő biztosítás nem szűnik meg, de a Biztosító **Biztosítottanként egy biztosítási éven belül legfeljebb 120 nappal teljesíti** a kórházi napi térítés szolgáltatását, függetlenül attól, hogy a Szerződő a jelen Különös Feltételek 3. b) pontjában meghatározott szolgáltatási feltételek közül melyiket választotta.
- g) A gyógyulás érdekében legfeljebb 3 nappal 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 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 alapbiztosítás 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, illetve betegség 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 hosszú távú 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 kerül.

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:**
 - azon betegségből eredő kórházi napi térítésre, amellyel kapcsolatban a Biztosított a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül betegségre utaló vagy ezzel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult,**
 - ha igazolható, hogy a kórházi kezelés olyan baleset vagy betegség miatt vált szükségessé, amely**

- öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,**
- 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,**
- szervátültetésnél a donornál elvégzett műtetre,**
- ha a kórházi kezelés oka kivizsgálás,**
- kórházi kezelés alatti adaptációs szabadságra,**
- ha a kórházi kezelésre:**
 - a kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül bekövetkezett szülés,**
 - a Biztosítottan végrehajtott fogászati beavatkozás,**
 - kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat),**
 - anyagkimetszés szövettani vizsgálat,**
 - terhességgel, mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos, illetve az ezek során fellépő komplikációk miatt szükségessé váló beavatkozás,**
 - művi terhesség-megszakítás,**
 - a sterilizáció minden formája,**
 - endoszkopos, laparoszkopos vizsgálat,**
 - implantált anyagok eltávolítása,**
 - arthroscopos ízületi- és szalagműtétek.**

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 vagy megbetegedése 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 vagy megbetegedése esetén a Biztosító adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint kötelesek a kárt enyhíteni.
- Nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az öt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.
- 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) a Biztosított halála esetén, a halál időpontjában,
- b) az alapt biztosítás megszűnése esetén,
- c) ha betegségből vagy balesetből eredő kórházi ápolás egy biztosítási éven belül meghaladja a 120 napot,

- d) az Általános Csoportos Életbiztosítási Szabályzatban meghatározott egyéb esetekben.

12. Egyéb szabályok

Jelen kiegészítő biztosítás visszavásárlási értékkel, maradékjogokkal nem rendelkezik.

Budapest, 2014. április 30.