

MKB Életbiztosító Zrt.
MKB Globál Csoportos Védőháló Élet-, Egészség- és
Balesetbiztosítás
Csoportos Bármilyen okú kórházba kerülés esetére szóló
kiegészítő biztosítás
különös szerződési feltételei
(GKKKF/001/2011.11.01)

1. Általános rendelkezések

- 1) Jelen Különös Feltételek az MKB Globál Csoportos Védőháló Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Szerződési Feltételekkel együtt az MKB Életbiztosító Zrt. (továbbiakban biztosító) és valamely személy gazdasági társaság vagy egyéb jogi személyiséggel rendelkező szervezet (továbbiakban: szerződő) között létrejövő MKB Globál Csoportos Védőháló Élet-, Egészségi- és Balesetbiztosítást tartalmazó részére érvényesek.
- 2) Jelen kiegészítő biztosítás önállóan nem, csak az MKB Csoportos Védőháló Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítással együtt köthető.
- 3) A jelen feltételek és az MKB Globál Csoportos Védőháló Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Szerződési Feltételek közötti eltérés esetén a jelen feltételben rögzítetteket kell alkalmazni.

2. A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak

- 1) A kórházi fekvőbeteg-gyógyellátás alatt a legalább 24 órás kórházi benntartózkodást kell érteni, mely a kórházba történő felvétel napjával kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.
- 2) Balesetnek minősül a biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a Biztosított sérülést szenved, és kórházi ellátásra szorul.
- 3) Betegség a mindenkori orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.
- 4) A gyógykezelés olyan, az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit alkalmazza az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodása megakadályozása céljából.
- 5) Magyarországon kórháznak minősülnek az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete által engedélyezett és nyilvántartott kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak, valamint a fegyveres testületek kórházai.
- 6) Jelen feltétel szempontjából nem minősülnek kórháznak a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek, a társadalombiztosítás által fenntartott rehabilitációs központok és a szanatóriumok, valamint az idült, gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők, utógondozó szanatóriumok, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, valamint a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei és az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.
- 7) Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésének pillanatában nem áll orvosi kezelés alatt (pl. kórházi kezelés, táppénz). Nem lehet Biztosított, akinek a részére egészségkárosodási (rokkantsági) vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat, rehabilitációs járadékot állapítottak meg. Továbbá nem lehet biztosított az sem, aki szervátültetésen esett át vagy krónikus vesedializált beteg.

3. A biztosítási esemény

- 1) Biztosított betegség miatt orvosilag indokolt, a kockázatviselési időtartamon belül 5 napot meghaladó folyamatos kórházi fekvőbeteg ellátása, amennyiben a Biztosított kórházi kezelése ok-okozati összefüggésben áll a kockázatviselési tartam alatt diagnosztizált betegséggel.
- 2) Biztosítási esemény továbbá a Biztosított baleset miatt orvosilag indokolt, a kockázatviselési tartamon belüli 5 napot meghaladó, folyamatos kórházi fekvőbeteg ellátása, amennyiben a Biztosított kórházi kezelése ok-okozati összefüggésben áll a kockázatviselési tartam alatt bekövetkező balesettel, és a kórházi kezelés a balesetet követő 24 órán belül megkezdődik.
- 3) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórházi ápolás első napja.
- 4) Folyamatos kórházi fekvőbeteg ellátásnak a Biztosító a kórházi kezelés tartama alatt, de az első 5 napot követően, maximum egy alkalommal, legfeljebb 2 napra (1 éjszakára) – kizárólag a gyógyulás céljából, orvosi engedélyre – megszakított kórházi ápolást tekint, amennyiben azt a Biztosított a megszakítás szükségességét a kórház által kiadott irattal igazolni tudja. Amennyiben a kórházi ápolást nem egészségügyi indokból szakítják meg, vagy a Biztosított ezt nem tudja a kórház által kiállított írásos dokumentummal igazolni, a Biztosító a további kórházi ápolás(oka)t új biztosítási eseményként kezeli.
- 5) Nem minősül biztosítási eseménynek:
 - terhesség alatti, a terhességgel vagy
 - terhesség-megszakítással összefüggő kórházi ápolás
 - mesterséges megtermékenyítés és az azzal összefüggő kórházi ápolás
 - fogamzásgátlás és az azzal összefüggő kórházi ápolás
 - kozmetikai és plasztikai kezelésekkal, műtétekkel kapcsolatos kórházi ápolás
 - szülés
 - természetgyógyászati ellátások miatti kórházi kezelése
 - pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiái kórházi gyógykezelés
 - szenvedélybetegségek, függőségek megszüntetésére irányuló kórházi kezelés és ápolás (többek között alkohol, kábító hatású szerek, gyógyszerek nem rendeltetésszerű használatából eredő függőségek)
 - orvosi műhibából adódó kórházi ellátás
 - fogászati beavatkozás kapcsán szükségessé váló kórházi ápolás
 - vesedialízissel kapcsolatos kórházi ápolás
 - rutinkivizsgálás miatti kórházi ápolás
 - fekvőbeteg-osztályon járó betegként történő ellátás/ápolás (a Biztosított nem tölti az intézetben az éjszakát)
 - házi ápolás
 - geriátriai, rehabilitációs,
 - gyógypedagógiai, logopédiai kezelések
 - gyógytorna
 - a biztosított öngyilkossági kísérletével okozati összefüggésben bekövetkező kórházi kezelés
- 6) nem biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő első hat hónapban végzett következő műtétek miatti kórházi ápolás:
 - aranyér, aranyeres csomók műtete.

4. A Biztosító szolgáltatása

- 1) A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a benyújtott szolgáltatási igénnyel összefüggően egyszeri térítést nyújt a biztosítási összeg 100%-ában, amennyiben a Biztosított a baleset vagy betegség következtében 5 napot meghaladóan, orvosilag indokolt fekvőbeteg ellátásban részesül.
- 2) A kórházi ápolás napjainak számolásánál a kórházi ápolás minden naptári napja egész napnak számít, beleértve a kórházba történő felvétel és a kórházból való elbocsátás (halál) napját is.
- 3) A Biztosító egy biztosítási éven belül maximum 3 biztosítási eseményre szolgáltat.
- 4) A Biztosító egy biztosítási eseményből adódóan egy alkalommal szolgáltat.
- 5) Az egy biztosítási eseményből adódó többszöri kórházi fekvőbeteg ellátás egy biztosítási eseménynek minősül.
- 6) A több biztosítási eseményből egyidejűleg történő kórházi fekvőbeteg ellátás szintén egy biztosítási eseménynek minősül.
- 7) Olyan balesetek, betegségek és azok közvetlen következményei, amelyek orvosi megítélés alapján térben és időben is jól elhatárolhatóak korábbi és későbbi biztosítási eseményektől és azok következményeitől, új biztosítási eseménynek minősülnek. Ennek megállapítására a Biztosító jogosult.
- 8) A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosított kórházi ápolásának szükségességét/ indokoltságát és egészségi állapotát az általa megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- 9) A szerződés a Biztosító szolgáltatását követően a Szerződő további díjfizetése függvényében továbbra is fennmarad.
- 10) Amennyiben a kórházi ápolás tartama tovább tart, mint a Biztosító kockázatviselése, úgy a Biztosító abban az esetben szolgáltat, ha a kórházban tartózkodás a biztosítási védelem utolsó napján legalább 72 órája fennáll, és a biztosítási védelem utolsó napját követően minimum 48 óráig eltart még.

5. A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása

- 1) Nem terjed ki a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett vagy a szerződés kötése előtt már ismert / meglévő / diagnosztizált betegség, vagy bekövetkezett baleset illetve ezekkel okozati összefüggésbe hozható események miatti orvosi kezelésekre, kórházi fekvőbeteg ellátásokra.
- 2) A kockázatviselést megelőzően keletkezett /diagnosztizált betegségekkel és balesetekkel okozati összefüggésben, de már a kockázatviselés időtartama alatt kialakuló /bekövetkező biztosítási eseményre a Biztosító csak abban az esetben szolgáltat, ha a biztosítási esemény bekövetkezése előtt minimum 30 nappal a Biztosító tudomására hozott és általa írásban elfogadott betegségről, balesetről van szó. A bejelentett, de a Biztosító által jóvá nem hagyott, elutasított esetekben nincs szolgáltatási kötelezettség.
- 3) Nem minősül biztosítási eseménynek a biztosított hasfal rétegeit érintő sérvműtét miatti kórházi tartózkodás.