

# Az NN Biztosító Zrt. C31 jelű Baleseti járóbeteg-szakellátás szervezésére és finanszírozására szóló csoportos kiegészítő biztosításának Különös Feltételei

## 1. Általános rendelkezések

- a) Az NN 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 CSÉÁSZ) együtt – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Biztosító C31 jelű Baleseti járóbeteg-szakellátás szervezésére és finanszírozására szóló csoportos kiegészítő biztosítási szerződésének feltételeit képezik, feltéve, hogy a szerződést a jelen Különös Feltételekre és a CSÉÁSZ-ra hivatkozva kötötték.
- b) A Különös Feltételek és a CSÉÁSZ eltérése esetén a Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak. A Különös Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a CSÉÁSZ és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.
- c) A C31 jelű Baleseti járóbeteg-szakellátás szervezésére és finanszírozására szóló csoportos kiegészítő biztosítás célja, hogy fedezetet teremtsen a Kedvezményezett számára a balesetet követő 24 órán belül szükségessé váló, járóbeteg-szakellátás keretei között nyújtható baleseti ellátás megszervezésére a jelen Különös Feltételekben leírt feltételek szerint.
- d) Jelen csoportos biztosítás kiegészítő biztosításnak minősül, mely csak a C01 jelű Csoportos kockázati életbiztosításhoz mint alapbiztosításhoz köthető. A C01 jelű Csoportos kockázati életbiztosításra külön szerződési feltételek vonatkoznak.

## 2. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

- a) **Szolgáltatás szervező partner:** A Biztosítóval szerződésben álló olyan szolgáltató, amely jogszerűen foglalkozik egészségügyi szolgáltatás szervezésével és alkalmas a jelen Különös Feltételek 5. pontjában meghatározott szolgáltatás megszervezésére. A Szolgáltatás szervező partner kiszervezett tevékenység keretében működik közre a Biztosító 5. pontban meghatározott szolgáltatásának megszervezésében. A Biztosítónak jogában áll a fenti elvárásoknak megfelelő Szolgáltatás szervező

partnert egyoldalúan meghatározni és módosítani, azaz a biztosítási szerződés tartama során a Biztosító egyoldalú döntésétől függően más Szolgáltatás szervező partner kerülhet megnevezésre. A mindenkor aktuális Szolgáltatás szervező partner a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen Különös Feltételek hatálybalépésekor a [www.nn.hu](http://www.nn.hu)) kerül megnevezésre. A Szolgáltatás szervező partner a kiszervezett tevékenység végzése során a tudomására jutott személyes adatokat, és biztosítási titoknak minősülő információkat a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően kezeli.

- b) **Egészségügyi intézmény:** rendelőintézeti járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató.
- c) **Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.
- d) **Egészségügyi ellátás:** A mindenkor hatályos jogszabály<sup>1</sup> alapján a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.
- e) **Képpalkotó diagnosztikai vizsgálat: jelen Különös Feltételek vonatkozásában** a betegségek felismerésére és megállapítására irányuló **röntgen és ultrahang vizsgálat**, amelyek valamilyen fizikai jelenség felhasználásával látható képet hoznak létre az élő szervezet belsejének alakbeli, illetve működésbeli viszonyairól.
- f) **Baleseti járóbeteg-szakellátás:** Baleseti eredetű sérülést követő elváltozás kezelése, a fájdalom csillapítása és a balesetet megelőző anatómiai állapot helyreállítása, **amely járóbeteg-szakellátást végző intézményben valósulhat meg, azaz nem igényel fekvőbetegellátási háttérrel. A baleseti járóbeteg-szakellátás jelen Különös Feltételek vonatkozásában az alábbiakat foglalja magában:** az első vizitet, a diagnózis felállításához szükséges képpalkotó diagnosztikai vizsgálatot, illetve az első vizit keretében baleseti sebészeti ellátást nyújtó szakorvos által előírt, az első vizitet követő 14 naptári napon belüli kontrollvizsgálatot.

<sup>1</sup> Jelen Különös Feltételek hatálybalépésekor az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény

- g) **Jelen Különös Feltételek vonatkozásában kizárólag a következők minősülnek baleseti eredetű sérülésnek: zárt törések, ficam, megemelés, rándulás, húzódás, bőrsérülés.**

### 3. A biztosítási szerződés alanyai

A Csoportos biztosítási szerződés alanyai a CSÉÁSZ 3. §-ában kerültek meghatározásra.

### 4. A biztosítási esemény

- a) A biztosítási esemény a Biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkező balesettel okozozati összefüggésben álló, a jelen Különös Feltételek 2. g) pontjában felsorolt baleseti eredetű sérülések vonatkozásában felmerülő baleseti járóbeteg-szakellátás iránti igénye, amennyiben az igény bejelentése a baleset időpontjától számított 24 órán belül megtörténik a Biztosító Szolgáltatás szervező partnerénél, és amennyiben a Biztosító Szolgáltatás szervező partnere által az igény orvos-szakmailag megalapozottnak és a jelen Különös Feltételekben leírt feltételeknek megfelelőnek minősül.  
A baleseti járóbeteg-szakellátás csak a biztosítási szolgáltatás területi hatályán belül vehető igénybe (jelen Különös Feltételek 7. pontja).
- b) A baleset fogalmát a CSÉÁSZ 2. §-a tartalmazza, azzal a kitételrel, hogy jelen Különös Feltételek vonatkozásában a megemelés, rándulás, habituális ficam, patológias törés is balesetnek minősül.
- c) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Kedvezményezett által a Biztosító Szolgáltatás szervező partnerének szervezésében igénybevett baleseti járóbeteg-szakellátás időpontja.

### 5. A biztosítás szolgáltatása

A Biztosító a Szerződő biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében a jelen Különös Feltételek 4. a) pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás területi hatályán belül baleseti járóbeteg-szolgáltatást nyújt akként, hogy a Biztosító a jelen Különös Feltételek 6. pontjában meghatározott szolgáltatási limit és maximális összköltség figyelembevételével (a továbbiakban szolgáltatási keret):

- a) a vele szerződésben álló Szolgáltatás szervező partnere közreműködésével a jelen Különös Feltételek 15. pontjában leírtak szerint megszervezi a Kedvezményezett jelen Különös Feltételek 2. f) pontja szerinti baleseti járóbeteg-szakellátását,
- b) és annak költségeit, beleértve az ellátás során felhasznált anyagok költségét is, átvállalja.

### 6. A szolgáltatási keret

- a) A jelen Különös Feltételek 5. pontjában meghatározott baleseti járóbeteg-szolgáltatás esetén az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító által megállapított szolgáltatási keret a biztosítási kötvényen kerül feltüntetésre és minden Biztosított esetében azonos.  
A szolgáltatási keret az alábbi két elemből áll:
- **Maximális összköltség:** egy biztosítási évben a szolgáltatási limit figyelembevételével a Biztosító által finanszírozott baleseti járóbeteg-szakellátás 5. b) pontban meghatározott lehetséges költségeinek együttes összege. Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában 50 000 Ft.
  - **Szolgáltatási limit:** egy biztosítási évben a Biztosító által szervezett baleseti járóbeteg-szakellátás maximális darabszáma. Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában 1 darab.
- b) A szolgáltatási keret kimerülése esetén adott Biztosított az adott biztosítási évben belül további baleseti járóbeteg-szolgáltatásra nem jogosult.
- c) A szolgáltatási keret kimerüléséről a Biztosító írásban tájékoztatja a Biztosítottat a baleseti járóbeteg-szolgáltatás igénybevételét követő 30 napon belül.
- d) A Biztosított által igényelt baleseti járóbeteg-szakellátás várható költségéről a Biztosító Szolgáltatás szervező partnere az ellátás megszervezése során a Biztosított által telefonon megadott információk alapján előzetes tájékoztatást nyújt. A baleseti járóbeteg-szakellátás tényleges költségét az ellátást végző egészségügyi szolgáltató határozza meg.  
**Amennyiben a Biztosított által igényelt baleseti járóbeteg-szakellátás költsége meghaladja a Biztosító által meghatározott, a biztosítási kötvényen feltüntetett maximális összköltséget, a Biztosított közvetlenül köteles a különbözetet megtéríteni az ellátás nyújtásakor az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak.**
- e) **A Biztosító nem teljesít baleseti járóbeteg-szolgáltatást, ha a baleseti járóbeteg-szakellátás megszervezése nem a Biztosítóval szerződésben álló Szolgáltatás szervező közreműködésével történik.**
- f) A Biztosító akkor sem teljesít baleseti járóbeteg-szolgáltatást, ha a baleseti járóbeteg-szakellátás szükségessége orvos-szakmailag nem megalapozott. Az orvos-szakmai megalapozottságot a Biztosító Szolgáltatás szervező partnere minden esetben vizsgálja.
- g) A Biztosító szolgáltatása a baleseti járóbeteg-szakellátás és a szakellátás megszervezésének költségén kívül egyéb költségek megtérítésére nem terjed ki.

## **7. A biztosítás tartama**

**A jelen csoportos kiegészítő biztosítás határozott tartamra jön létre a CSÉÁSZ 7. §, 8. § és 11. §-a alapján.**

## **8. Biztosítási díjtétel**

**A Biztosított(ak) után fizetendő díj a díjtételtől függ, a Biztosított(ak) korától független.**

## **9. A biztosítás területi hatálya**

**A Biztosító által nyújtott baleseti járóbeteg-szolgáltatás kizárólag Budapesten, a Biztosító Szolgáltatás szervező partnerével szerződésben álló egészségügyi szolgáltatónál vehető igénybe, függetlenül attól, hogy a baleset hol következett be.**

## **10. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei**

- a) A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a baleseti járóbeteg-szolgáltatás iránti igényét a Biztosító Szolgáltatás szervező partnerének jelenti be telefonon a balesetet követő 24 órán belül. A Szolgáltatás szervező partner telefonszáma a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen Különös Feltételek hatálybalépésekor a [www.nn.hu](http://www.nn.hu)) található meg.
- b) A Biztosító Szolgáltatás szervező partnere vizsgálja az igény orvos-szakmai megalapozottságát és azt, hogy a Biztosított igényét kiváltó esemény megfelel-e a jelen Különös Feltételek 2. g), 4. és a 12. pontjában meghatározott feltételeknek. Ehhez a baleset körülményeivel és a Biztosított egészségi állapotával kapcsolatos kérdéseket tesz fel.
- c) Amennyiben az igény orvos-szakmailag megalapozott, és a Biztosított igényét kiváltó esemény megfelel a jelen Különös Feltételek 2. g) és 4. pontjában meghatározottaknak, és nem tartozik a jelen Különös Feltételek 12. pontjában kizárt események közé, a Szolgáltatás szervező partner megszervezi a baleseti járóbeteg-szakellátást.
- d) A baleseti járóbeteg-szakellátás iránti igény bejelentésére a Szolgáltatás szervező partner napi 24 órában rendelkezésre álló orvosi call centerén keresztül a nap 24 órájában lehetősége van a Biztosítottnak.
- e) A baleseti járóbeteg-szakellátást nyújtó, a Szolgáltatás szervező partnerrel szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatók rendelési ideje eltér a d) pontban meghatározott időintervallumtól. Az egészségügyi szolgáltató rendelési idejéről a Biztosító Szolgáltatás szervező partnere ad tájékoztatást.
- f) Az igényelt baleseti járóbeteg-szakellátás az igény bejelentésétől számított legkésőbb 24 órán belül megvalósul.
- g) A megszervezett baleseti járóbeteg-szakellátás helyszínéről és időpontjáról a Szolgáltatás szervező partner telefonon tájékoztatja a Biztosítottat.

- h) A Biztosított jogosult a megszervezett baleseti járóbeteg-szakellátást legfeljebb egy alkalommal, legkésőbb az ellátást megelőző egy órával lemondani. Ebben az esetben a Szolgáltatás szervező partner újból megszervezi az ellátást a jelen fejezet f) pontjában meghatározottak szerint. Amennyiben a lemondásra egynél több alkalommal kerül sor, a Biztosító a második alkalommal megtagadhatja a további baleseti járóbeteg-szolgáltatás nyújtását az adott biztosítási évre. Amennyiben a Biztosított nem jelenik meg a vizsgálaton a Szolgáltatás szervező partnerrel egyeztetett időpontban, és nem is mondja le az ellátást legkésőbb egy órával korábban, a Biztosító az első ilyen alkalom után megtagadhatja adott biztosítási évben a további baleseti járóbeteg-szolgáltatás nyújtását, kivéve ha a Biztosított bizonyítja, hogy rajta kívül álló ok(ok)ból nem volt lehetősége az ellátást lemondani.
- i) Az elvégzett baleseti járóbeteg-szakellátásra vonatkozó egészségügyi dokumentációt az ellátást végző egészségügyi szolgáltatótól kapja meg a Biztosított az ellátást követően az ellátás helyszínén.
- j) A Biztosító kifejezetten felhívja a figyelmet, hogy az egészségügyi szolgáltató, valamint ezek alkalmazottja, megbízottja, alvállalkozója által az ellátás nyújtása során okozott károkért nem felel, azokért kizárólag az egészségügyi szolgáltató köteles helytállni a vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezései szerint.

**11. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól**  
**A teljesítési kötelezettség alóli mentésülés szabályait a CSÉÁSZ 16. §-a tartalmazza.**

## **12. Kizárások**

**A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:**

- **ha a baleseti járóbeteg-szakellátás iránti igény alapját képező baleset a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselési kezdete előtt következett be,**
- **az olyan sérülések ellátására, amelyek az életveszély elhárítása vagy a maradandó egészségkárosodás megelőzése érdekében azonnali ellátást tesznek szükségessé,**
- **az azonnali hasi ultrahang vizsgálatot szükségessé tevő sérülések ellátására,**
- **a sürgősségi fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményi háttérrel igénylő sérülések ellátására,**
- **a fej- és nyaksérülések, mellkasi és hasi szervek sérüléseinek ellátására,**
- **az ín-, ideg- vagy ütőérsérüléssel járó lágrész sérülések ellátására,**
- **égési sérülések ellátására,**
- **kutyaharapás, egyéb, állatok okozta sérülés ellátására,**

- az olyan baleseti eredetű egészségkárosodásra, amelynek ellátása járóbeteg-szakellátás keretében nem lehetséges,
- azokra az esetekre, amikor a Biztosított nem a Biztosító Szolgáltatás szervező partnerének jóváhagyásával és közreműködésével vette igénybe a baleseti sebészeti ellátást.

A kockázatviselésből kizárt további kockázatokat a CSÉÁSZ 17. §-a tartalmazza.

### **13. Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség**

A Szerződő és a Biztosított(ak) a baleset megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást kötelesek tanúsítani. A Biztosított a baleset bekövetkezése esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet a Biztosító szolgáltatásának megállapítása szempontjából. A Szerződő és a Biztosított(ak) a baleset bekövetkezésekor 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 a CSÉÁSZ 17. §-ában meghatározottak az irányadóak.

### **14. A kiegészítő biztosítás megszűnésének esetei**

A jelen csoportos kiegészítő biztosítás az összes Biztosított vonatkozásában megszűnik az alábbi esetekben:

- a jelen csoportos kiegészítő biztosításra vonatkozó Csoportos biztosítási szerződés megszűnésekor,
- a díjfizetés elmulasztása esetén (CSÉÁSZ 12. §),
- a CSÉÁSZ-ban meghatározott egyéb esetekben.

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

- a Biztosított halála esetén, a halál időpontjában,
- a Biztosított 65. születésnapját követő biztosítási évfordulón.

### **15. Egyéb szabályok**

Jelen csoportos kiegészítő biztosítás visszavásárlási értékkel, maradékjogokkal nem rendelkezik.

Budapest, 2017. április 30.