

Az NN Biztosító Zrt. C45 jelű Műteti térítésre 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 C45 jelű Műteti térítésre 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 irányadók. A Különös Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a CSÉÁSZ és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.
- c) A C45 jelű Műteti térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosítás célja, hogy műteti beavatkozás esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésével szolgáltatást nyújtson a Biztosított részére, aki ily módon a biztosítási összeget felhasználhatja, pl. a műtét után szükséges gyógykezelés(ek) kapcsán felmerülő többletköltségekre. Jelen kiegészítő biztosítás a műtét költségeit nem téríti meg.
- 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 biztosítási szerződés alanyai

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

3. A biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak
- a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkező balesete, mely balesetből eredő sérülés miatt szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben, a baleset időpontjától számított **1 éven belül elvégzett** műtét, vagy
 - a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belül kialakult és/vagy diagnosztizált betegsége, amely betegség

miatt szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben elvégzett műtét.

- b) Jelen kiegészítő biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja nem baleseti eredetű műtét esetén a Biztosító által térített műtét időpontja, baleseti eredetű műtét esetén a baleset időpontja.

4. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a Szerződő Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében a Biztosított betegsége esetén a biztosítás tartama alatti műtét elvégzésekor, illetve a Biztosított balesete esetén a baleset bekövetkezésének időpontjától számított 1 éven belüli műtét elvégzésekor a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képező mindenkor aktuális és Teljes műteti listájában feltüntetett WHO-kódok alapján meghatározott műteti térítési kategóriák szerint a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó, nem baleseti eredetű műtét esetén a műtét időpontjában, baleseti eredetű műtét esetén a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget vagy annak meghatározott többszörösét fizeti ki a Biztosítottnak. Amennyiben a Biztosított balesete miatt szükségessé váló műtét elvégzésére a biztosítási tartamon túl kerül sor, akkor a Biztosító a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget veszi alapul a biztosítási szolgáltatás teljesítésekor.
- b) A WHO-kóddal ellátott műtétek listáját a mindenkor aktuális és Teljes műteti lista tartalmazza.

A Biztosító a műteti térítési kategóriát elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg oly módon, hogy a mindenkor hatályos Teljes műteti listában az adott WHO-kódhoz műteti 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 zárójelentésben, úgy a Biztosító orvos szakértője jogosult a WHO-kódot meghatározni. A Biztosító orvos szakértője jogosult felülvizsgálni a műteti 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. **A teljes, az egyes WHO-kódhoz tartozó műtéti térítési kategóriákat a mindenkor aktuális Teljes műtéti lista tartalmazza.**

- c) **A Biztosító jogosult arra, hogy a Teljes műtéti listát, illetve az abban szereplő műtétek térítési kategóriáit felülvizsgálja. A Teljes műtéti listában felsorolt műtétek körét és a műtétekhez tartozó térítési kategóriát a Biztosító szűkítheti kizárólag a kockázatközösség védelmében, ha a kártapasztalat előre nem látható romlása vagy a külső szabályozási környezet olyan változása történik, amelyek adó-, közteher- és/vagy tökeszükséglet-növekedéssel járnak, melyek befolyásolják, illetve befolyásolhatják a nyújtott szolgáltatások díjtételeit/költségeit. A Teljes műtéti listában felsorolt műtétek körét és a műtétekhez tartozó térítési kategóriát a Biztosító bővítheti, azért, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechika és az orvostudomány fejlődésével.**

A Biztosító a Csoportos biztosítási szerződés tartmának vége előtt legalább 60 nappal írásban tájékoztatja a Szerződőt a változás tényéről.

A Szerződő jogosult arra, hogy az új Teljes műtéti listát elutasítsa, mely jogát írásban, a Csoportos biztosítási szerződés lejáratí napjának 24 órájáig a Biztosító székhelyére beérkezett írásbeli nyilatkozattal gyakorolhatja. Amennyiben a Szerződő az új Teljes műtéti listát írásban elutasítja, akkor ez a jelen kiegészítő biztosítás a Csoportos biztosítási szerződés tartamának végén megszűnik, azaz jelen kiegészítő biztosítás nem képezi a megújítás tárgyát.

Ha azonban a Szerződő a Biztosító tájékoztatása alapján a Csoportos biztosítási szerződés lejáratí napjának 24 órájáig nem nyilatkozik az új Teljes műtéti lista vonatkozásában, a Biztosító a megváltozott Teljes műtéti listát tekinti érvényesnek a Csoportos biztosítási szerződés ismételt létrejötte esetén a CSÉÁSZ 11. §-a alapján.

A mindenkor aktuális Teljes műtéti lista a Biztosító ügyfélszolgálatán, az értékesítési irodáiban, valamint a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen Különös Feltételek hatálybalépésekor a www.nn.hu) tekinthető meg.

A Biztosító ügyfélszolgálatának és értékesítési irodáinak elérhetősége a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján megtalálható.

- d) **Egy baleset vagy egy betegség miatt szükségessé váló, eltérő időpontban elvégzett műtétek esetén az egyes**

műtétekre vonatkozó térítési összegek nem adódnak össze. A Biztosító által fizetendő műtéti 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.), és a Biztosítót az adott baleset vagy betegség vonatkozásában további szolgáltatási kötelezettség nem terheli.

- e) **Amennyiben bármely okból azonos időpontban egyszerre több műtéti 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, és a Biztosítót az adott baleset vagy betegség vonatkozásában az adott időpontban további szolgáltatási kötelezettség nem terheli.
- 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 Biztosítottra vonatkozóan nem haladhatják meg az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg ötszörösét.**

5. A biztosítási összeg

A biztosítási összeget a csoportos biztosítási kötvény tartalmazza. A jelen csoportos kiegészítő biztosításra szóló biztosítási összeget a Szerződő választja meg a szerződés-kötéskor.

6. A biztosítás tartama

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

7. A kiegészítő biztosítás díja

A Biztosított(ak) után fizetendő díj a díjtétel mellett a biztosítási összegtől és a Biztosított(ak) biztosítottí csoporton belüli életkorától függ.

8. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az Európai Unió, illetve Svájc, Norvégia, Izland és Liechtenstein területén elvégzett műtétekre terjed ki.

9. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- a) **A biztosítási esemény bekövetkezését a Szerződőnek és/vagy a Biztosítottnak/Kedvezményezettnek 15 napon belül írásban kell bejelentenie a Biztosítónál.**

- b) A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat a CSÉÁSZ 15. §-a és 1. számú melléklete tartalmazza.
- c) A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltétele, hogy a baleset bekövetkeztekor a Csoportos biztosítási szerződés – az adott Biztosítottra vonatkozóan – érvényben legyen.

10. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

A teljesítési kötelezettség alóli mentésülés szabályait a CSÉÁSZ 16. §-a tartalmazza.

11. Kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:

- azon betegségből eredő műtetre, amellyel kapcsolatban a Biztosított a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül betegségre utaló vagy ezzel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult,
- ha az első kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül császármetszésre kerül sor,
- ha igazolható, hogy a műtét olyan baleset vagy betegség miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,
- olyan műtét, amelyre a szerződéskötés előtt meglévő betegség vagy állapot (értve ez alatt 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 Biztosítotton fogászati beavatkozást hajtanak végre,
- ha a műtét oka kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat),
- olyan ízületi és szalagműtétekre, amelyeket arthroskopos műtéti eljárással hajtottak végre,
- ha a műtét a WHO-kódokat tartalmazó mindenkor aktuális Teljes műtéti listában „nem térített műtét”-ként van megjelölve,
- ha a műtetre a jelen feltétel 8. §-ában meghatározott területen kívül kerül sor,
- ha a műtetre nem a CSÉÁSZ 2. §-ában meghatározottaknak megfelelő Kórházban vagy Rendelőben kerül sor.

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

12. Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség

A Szerződő és a Biztosított(ak) a baleset 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 az elvégzett műtéti beavatkozás térítési kategóriájának megállapítása szempontjából.

A Szerződő és a Biztosított(ak) a biztosítási esemény bekövetkezésekor 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 őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére a CSÉÁSZ 17. §-ában meghatározottak az irányadók.

13. A kiegészítő biztosítás megszűnésének esetei

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

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

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

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

14. Egyéb szabályok

Jelen csoportos kiegészítő biztosítás visszavásárlási értékkel, maradékjogokkal nem rendelkezik.

Budapest, 2017. április 30.