

Kórházi napi térítést nyújtó kiegészítő biztosítás különös feltételei

KN-21
KNE-24
KNU-24

Érvényes: 2024. december 1-jei és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. Jelen kiegészítő biztosításra az alpbiztosítás általános szerződési feltételei érvényesek kivéve azokat a részeket, ahol a kiegészítő biztosítás feltételei az alpbiztosítás feltételeitől eltérnek.
- 1.2. Jelen kiegészítő biztosítás a Biztosító által meghatározott, folyamatos díjas alpbiztosításokhoz, az alpbiztosítással egyidejűleg, illetve annak tartamán belül megköthető, illetve megszüntethető az alpbiztosítás általános feltételeinek megszüntetésére vonatkozó pontjai alapján.

2. BIZTOSÍTOTT

- 2.1. Jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja lehet a szerződés megkötésekor legalább 16, de legfeljebb 65 éves természetes személy, aki nem részesül semmilyen megváltozott munkaképesség miatti (sem rokkantsági, sem rehabilitációs) ellátásban és erre vonatkozó igényt sem nyújtott be, és akit a Biztosító biztosítottként elfogad.
- 2.2. Jelen kiegészítő biztosítás legkésőbb a biztosított 70. életévének betöltését követő biztosítási évforduló utáni első nap 0. órájakor megszűnik.
- 2.3. Jelen kiegészítő biztosításnak csak egy biztosítottja lehet.

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- 3.1. A biztosítási esemény a biztosított orvosi szempontból indokolt, a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése alatt megkezdődő, 3 napot meghaladó, folyamatos, kórházban történő ápolása.
- 3.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a 3.1. pont szerinti kórházi ápolás első napja.
- 3.3. **Területi hatály:** a Biztosító kockázatviselése az Európai Unió, illetve Svájc, Norvégia, Izland, Liechtenstein és az Egyesült Királyság területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki.
- 3.4. **A Biztosító kockázatviselésének megszűnése után kezdődő kórházi ápolás nem minősül biztosítási eseménynek még akkor sem, ha az a kockázatviselés alatt bekövetkező baleset vagy kialakuló betegség következménye.**
- 3.5. Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából kórháznak (aktív fekvőbeteg-ellátó intézménynek) minősül az az intézmény, amely állandó orvosi felügyeletet nyújt, szakképzett ápolószeméllyel rendelkezik, és amely aktív fekvőbeteg-szakellátásra engedélyt kapott.
- 3.6. **Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak (aktív fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézménynek) az alábbiak:**
 - a) az alkoholisták és kábítószerfüggők kezelésére szolgáló intézmény;
 - b) a tüdőbetegek kezelésére szolgáló intézmény;
 - c) pszichiátriai betegek ellátására szolgáló intézmény vagy intézményi részleg;
 - d) a gyógyfürdő-kórház, illetve gyógyfürdőhely;
 - e) rehabilitációs osztály, egyéb rehabilitációt végző gyógyintézmény;
 - f) az úgynevezett elfekvő betegek ápolására szakosodott intézmény (krónikus belgyógyászat), illetve az utógondozási feladatokat ellátó intézmény;
 - g) nappali kórházi ellátás helyszíne;
 - h) geriátriai (időskori) ellátók, szociális otthonok;
 - i) hospice tevékenységet nyújtó intézmények.

4. AKTUÁLIS NAPI TÉRÍTÉSI ÖSSZEG

Az aktuális napi térítési összeg a szerződő által az ajánlat aláírásakor meghatározott és a tartam során az alpbiztosításnál alkalmazott érték-követés szerint növelt napi térítési összeg.

5. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

- 5.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a 3 napot meghaladó kórházi ápolás minden napjára napi térítést fizet. Ha a folyamatos, kórházban történő ápolás meghaladja a 3 napot, akkor a szolgáltatás visszamenőlegesen, a kórházi ápolás megkezdésének napjától megilleti a biztosítottat. A napi térítés összege megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális napi térítési összeggel.
- 5.2. A kórházi ápolás napjainak számlálásánál a kórházi ápolás minden megkezdett naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás, vagy az esetleges halál napja is.
- 5.3. **Intenzív ápolási osztályon történt kórházi kezelési napokra a Biztosító a biztosítottra vonatkozó aktuális napi térítési összeg kétszeresét fizeti ki.**
Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában **kizárólag az az osztály tekinthető intenzív osztálynak**, amely neve, működése, és működési engedélye alapján ilyen ellátásra jogosult. Nem számít intenzív osztályon történő ellátásnak a szubintenzív osztályon vagy részlegén, illetve a posztoperatív őrzőben történő ellátás.
- 5.4. A Biztosító a szolgáltatását a Biztosító orvosának orvosszakmai véleménye alapján teljesíti. A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a biztosított Biztosító orvosa általi felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.
- 5.5. **A biztosítási szolgáltatás igényléséhez – az alpbiztosítás általános feltételeinek „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül – kórházi zárójelentés, továbbá – amennyiben a zárójelentésben ez nem szerepel – minden olyan kórházi, orvosi dokumentum lehet szükséges, amely tartalmazza a kórházi kezelés leírását, okát, előzményeit, időpontját, tartamát.**
- 5.6. A Biztosító szolgáltatásának teljesítését követően a jelen kiegészítő biztosítás nem szűnik meg.

6. A BIZTOSÍTÁS KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE, TARTAMA, ÉVFORDULÓJA, LEJÁRATA

- 6.1. A jelen kiegészítő biztosítás létrejöttkor az alpbiztosítás tartamából –, illetve, ha az alpbiztosítás különös feltételeinek értelmében az alpbiztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnek hátra kell lennie.
- 6.2. Jelen kiegészítő biztosítás határozott, egy éves tartamra jön létre, de folyamatosan érvényben marad a következő biztosítási évre, kivéve, ha a szerződő vagy a Biztosító a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően írásban jelzi, hogy nem kívánja a jelen szerződést megújítani.
- 6.3. Jelen kiegészítő biztosítás díját a Biztosító annak megkötésétől számított **1 éves időszakokra garantálja**. Az 1 éves időszakok elteltét követően a Biztosító a fizetendő díjat a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős változása miatt felülvizsgálhatja, új díjkalkuláció és díjszabás alapján új díjakat állapíthat meg. A díjmódosítás mértékéről a Biztosító legalább 60 nappal a határozott tartam lejártá előtt írásban tájékoztatja a szerződőt. Az így módosított díj a biztosítás évfordulójától kezdődően érvényes. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, vagy erre nem válaszol legkésőbb 30 nappal az új biztosítási időszak első napját megelőzően, a szerződés a díjmódosítás közlését követő 60. napon megszűnik, ha erre a szerződő figyelmét a módosítással egyidejűleg felhívja a Biztosító. Ezzel jelen kiegészítő biztosítás a következő biztosítási időszak első napjának 0 órájával maradékjogok nélkül megszűnik. Jelen kiegészítő biztosítás utólagos felvétele esetén az 1 éves határozott tartam számítása az alpbiztosítás biztosítási évfordulójához igazodik, így az első biztosítási év tört év is lehet.

7. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ

- 7.1. A biztosítás szolgáltatási összegének nagyságától, a biztosított életkorától, nemétől, foglalkozásától, életmódjától (szabadidős, sporttevékenység) és az egyéb kockázati körülményektől függően, a biztosítási kockázat elbírálásához a biztosított egészségi nyilatkozata vagy orvosi vizsgálata, illetve egyéb orvosi iratai lehetnek szükségesek.
- 7.2. **A Biztosító a jelen kiegészítő biztosítás ajánlatának aláírásától számított 6 havi várakozási időt köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító kockázatviselése kizárólag a baleseti eredetű biztosítási eseményekre terjed ki.**

8. KIZÁRT KOCKÁZATOK

Az alpbiztosítás általános feltételeinek kockázatkizárásokra vonatkozó pontjain túlmenően nem minősül biztosítási eseménynek:

- a biztosított veleszületett rendellenességeivel, illetve a születés körüli időszakban szerzett betegségekkel, állapotokkal, károsodásokkal összefüggő kórházi ápolás;
- a biztosított olyan kórházi ápolása, amely okozati összefüggésben áll olyan betegséggel, vagy állapottal, amely a Biztosító jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőző 3 évben már fennállt, és arról a biztosított tudott vagy tudnia kellett, kivéve, ha a biztosított erről nyilatkozott és a Biztosító ennek ismeretében vállalta a kockázatot;
- a biztosított olyan balesete, betegsége, amely okozati összefüggésben áll a biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a Biztosító jelen biztosítására vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már kialakult maradandó károsodásával, illetve korábban

már sérült vagy károsodott, funkciójában korlátozott testrészt érint;

- d) halasztott kórházi ápolás, amelynek szükségessége a Biztosító jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázat-viselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt, és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett.
- e) a biztosított olyan kórházi ápolása, amely az alábbi tevékenységekkel összefüggésben következik be: gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járművek használatával kapcsolatos sportok, légi sportok, hegyi-sportok, extrém sportok, küzdősportok, továbbá tereplovglás akadályokkal, díjugratás, síugrás és akrobatikus síelés, illetve az extrém körülmények közötti snowboardozás;
- f) a mesterséges megtermékenyítés, művi terhességmegszakítás és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi ápolás;
- g) terhességgel és szüléssel összefüggő bármilyen vizsgálat, beavatkozás, kórházi ápolás;
- h) kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett fogantatással kapcsolatos kórházi ápolás;
- i) a nemzőképesség megszüntetését célzó (sterilizáló) műtéti beavatkozással kapcsolatban történő kórházi ápolás;
- j) a kozmetikai és plasztikai műtétekkel kapcsolatos kórházi ápolás;
- k) a krónikus vese-dialízissel kapcsolatos kórházi ápolás;
- l) a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés;
- m) az alkohol-elvonókúra, drog-, illetve egyéb függőség megszüntetésére irányuló kórházi ápolás.

9. VEGYES RENDELKEZÉSEK

Jelen kiegészítő biztosítás nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető és kölcsönrel nem terhelhető; megszűnése esetén maradékjogokkal nem rendelkezik.