

Baleseti eredetű kórházi napi térítést nyújtó kiegészítő biztosítás különös feltételei

BKN-21

Érvényes: 2023. szeptember 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 eltérő szabályokat határoznak meg.
- 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 megszüntetésre vonatkozó pontjai alapján.
- 1.3. Jelen kiegészítő biztosítás nem szüntethető meg az évfordulót megelőző 30 nappal történő Biztosítói felmondással.

2. BIZTOSÍTOTT

- 2.1. Jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja lehet a szerződés megkötésekor legalább 16, de legfeljebb 70 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 75. életévének betöltését követő biztosítási évforduló utáni első nap 0. órájkor megszűnik.
- 2.3. Jelen kiegészítő biztosításnak csak egy biztosítottja lehet.

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- 3.1. A biztosítási esemény a jelen kiegészítő biztosítás **kockázatviselése alatt bekövetkező olyan baleset, amely a balesettől számított 2 éven belül, a biztosítás tartama alatt a biztosított orvosi szempontból szükséges kórházi ápolását idézi elő.**
- 3.2. **Baleset:** a baleset, illetve azon események definícióját, amelyek nem minősülnek balesetnek, az alpbiztosítás általános feltételei tartalmazzák.
- 3.3. **A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja** a 3.1. pont szerinti baleset napja.
- 3.4. **Területi hatály:** a Biztosító kockázatviselése az Európai Unió, illetve Svájc, Norvégia, Izland, Liechtenstein és az Egyesült Királyság területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki.
- 3.5. Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából kórháznak (aktív fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézménynek) minősül az az intézmény, amely állandó orvosi felügyeletet nyújtó, 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 betegek kezelésére szolgáló intézmény;
 - c) pszichiátriai betegek ellátására szolgáló intézmény vagy intézményi részleg;
 - d) a gyógyfürdőkórház, 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 Biztosító a biztosítási eseményből eredő kórházi felvétel napjától az ápolás minden napjára napi térítést fizet. 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, illetve 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 részlegben, 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 biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

5.5. A biztosítási szolgáltatás igényléséhez az alapbiztosítás általános feltételeinek „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül kórházi zárójelentés, továbbá – amennyiben a zárójelentés ezt nem tartalmazza – minden olyan kórházi, orvosi dokumentum szükséges, amely tartalmazza a kórházi kezelés okát, előzményeit, időpontját, tartamát, különösen a balesettel való összefüggés igazolását, annak leírását és körülményeit.

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 alapbiztosítás tartamából –, illetve amennyiben az alapbiztosítás különös feltételeinek értelmében az alapbiztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnél 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 5 éves időszakokra garantálja. Az 5 éves időszakok elteltét követően a Biztosító a 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 lejárta 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 alapbiztosítás biztosítási évfordulójához igazodik, így az első biztosítási év tört év is lehet.

7. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS

A biztosítás szolgáltatási összegének nagyságától, a biztosított életkorától, nemétől, foglalkozásától, életmódjától (szabadidős, sport-tevékenység) és az egyéb kockázati körülményektől függően a kiegészítő biztosítás megkötéséhez a biztosított egészségi nyilatkozata és/vagy orvosi vizsgálata, illetve egyéb orvosi iratai lehetnek szükségesek.

8. KIZÁRT KOCKÁZATOK

Az alapbiztosítás általános feltételeiben felsorolt kockázatkizárásokon túlmenően nem minősül biztosítási eseménynek:

- a) a biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő kórházi ápolás;
- b) a biztosított olyan kórházi ápolása, amely okozati összefüggésben áll olyan 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;
- c) 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 kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt, és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett;
- e) a biztosított olyan kórházi ápolása, amely a következő tevékenységekkel összefüggésben következik be: gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járművek használatával kapcsolatos sportok, légi sportok, hegyi sportok, extrém sportok, küzdősportok, továbbá tereplovaglás akadályokkal, díjugratás, síugrás és akrobatikus sísülés, illetve az extrém körülmények közötti snowboardozás.
- f) Foglalkozással és sporttevékenységgel kapcsolatos kizárások:
Amennyiben a Biztosító a jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában nem végzett kockázatelbírlást, kizárt az a balesetbiztosítási esemény, amely közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll a biztosított által foglalkozásszerűen művelt, az alábbi listában szereplő foglalkozással: akrobata, állatkerti gondozó (ragadozó állatoknál), állatszélidítő, artista, atomenergia iparban dolgozók, békefenntartó, biztonsági őr, edző, határőr, hegyimentő, hírszerző, hivatásos katona, hivatásos sportoló, idegenlégiós, ipari alpinista, ipari bűvár, kaskadőr, kommandós, nyomozó, pénzállító, pilóta, pirotechnikus, rendőr, repülőoktató, repülőszemélyzet, testőr, tűzoltó, tűzszerezés, vagonőr.

9. VEGYES RENDELKEZÉSEK

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