

MKB ÉLETBIZTOSÍTÓ ZRT.

MKB EGYEDI KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSHOZ KÖTHETŐ BÁRMILYEN OKÚ KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI

(KNKF/002/2012.12.01)

1. Általános rendelkezések

Jelen Különös Feltételek az MKB Életbiztosító Zrt. Általános Szerződési Feltételekkel (továbbiakban ÁSZF) valamint az MKB Egyedi Kockázati Életbiztosítás különös feltételeivel együtt az MKB Életbiztosító Zrt. (továbbiakban biztosító) és valamely személy (továbbiakban szerződő) között létrejövő MKB Egyedi Kockázati Életbiztosítás bármilyen okú kórházi napi térítés eseteire szóló kiegészítő biztosítást tartalmazó részére érvényesek.

Jelen kiegészítő biztosítás önállóan nem, csak az MKB Egyedi Kockázati Életbiztosítással együtt köthető.

A jelen feltételek és az ÁSZF valamint az MKB Egyedi Kockázati Életbiztosítás különös feltételei közötti eltérés esetén a jelen feltételben rögzítetteket kell alkalmazni.

2. A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak

A kórházi fekvőbeteg-gyógyellátás alatt a legalább 24 óras kórházi benntartózkodást kell érteni, mely a kórházba történő felvétel napjával kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.

Balesetnek minősül a biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a Biztosított sérülést szenved és kórházi ellátásra szorul.

Betegség a mindenkori orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.

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.

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.

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.

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

Biztosított betegség miatt orvosilag indokolt, a kockázatviselési időtartamon belül 3 napot meghaladó folyamatos kórházi fekvőbeteg ellátása, amennyiben a Biztosított kórházi kezelése ok-okozati összefüggésben áll a kockázatviselési tartam alatt bekövetkező betegséggel.

Biztosítási esemény továbbá a Biztosított baleset miatt orvosilag indokolt, a kockázatviselési tartamon belüli folyamatos kórházi fekvőbeteg ellátása, amennyiben a Biztosított kórházi kezelése ok-okozati összefüggésben áll a kockázatviselési tartam alatt bekövetkező balesettel és a kórházban való tartózkodás meghaladja a 24 órát és a kórházi kezelés a balesetet követő 24 órán belül megkezdődik.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórházi ápolás első napja.

Folyamatos kórházi fekvőbeteg ellátásnak a Biztosító a kórházi kezelés tartama alatt 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.

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 kezelésekkel, műtétekkel kapcsolatos kórházi ápolás
- szülés
- természetgyógyászati ellátások miatti kórházi kezeléseket
- 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 járóbetegként történő ellátás/ápolás (a Biztosított nem tölti az intézetben az éjszakát)
- háziápolás
- geriátriai, rehabilitációs,
- gyógypedagógiai, logopédiai kezelések
- gyógytorna

nem biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő első hat hónapban végzett következő műtétek miatti kórházi ápolás:

- sérvműtét
- aranyér, aranyeres csomók műtéte.

4. A Biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a benyújtott szolgáltatási igényvel összefüggő, minden olyan naptári napra napi térítést fizet (a 4./ 2 - 9 pontok figyelembevételével), amelyen a Biztosított a baleset vagy betegség következtében orvosilag indokolt fekvőbeteg ellátásban részesül.

A betegségből eredő kórházban tartózkodásnál a Biztosító az aktuális kórházi napi térítést a három napot meghaladó kórházi ápolás esetén az ápolás első napjától nyújtja. Amennyiben a kórházi ápolás nem haladja meg a három napot, (két éjszakát) a Biztosító szolgáltatást nem nyújt.

Balesetből eredő kórházi tartózkodás esetén a Biztosító a kórházi ápolás minden naptári napjára fizeti az aktuális kórházi napi térítés összegét, amennyiben a kórházi tartózkodás időtartama meghaladja a 24 órát.

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.

A Biztosító egy biztosítási éven belül maximum 3 biztosítási eseményre szolgáltat.

A Biztosító egy biztosítási eseményből adódóan egy alkalommal maximum 30 napra szolgáltat.

Az egy biztosítási eseményből adódó többszöri kórházi fekvőbeteg ellátás egy biztosítási eseménynek minősül.

A több biztosítási eseményből egyidejűleg történő kórházi fekvőbeteg ellátás szintén egy biztosítási eseménynek minősül.

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.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosított kórházi ápolásának szükségességét/indokoltságát és egészségi állapotát az általa megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

A szerződés a Biztosító szolgáltatását követően a Szerződő további díjfizetése függvényében továbbra is fennmarad.

Amennyiben a kórházi ápolás tartama tovább tart, mint a Biztosító kockázatviselése, úgy a kockázatviselés megszűnését követő napokra a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.

5. A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása

A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény létrejöttében tartós, rendszeres alkohol- vagy drogfogyasztás közreható igazolható.

Nem terjed ki a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett vagy a szerződéskötés előtt már ismert/meglévő/diagnosztizált betegség, vagy bekövetkezett baleset illetve ezekkel okozati összefüggésbe hozható események miatti orvosi kezelésekre, kórházi fekvőbeteg ellátásokra.

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.