

Keresőképtelenségi napi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltétele

A jelen különös feltételben nem szabályozott kérdésekben a K&H családi kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés általános feltételét (a továbbiakban általános feltétel) is alkalmazni kell. Jelen különös feltételt és az általános feltételt a szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni. Jelen kiegészítő biztosítás csak főbiztosítás mellé köthető.

Több Biztosított esetében a Szerződő biztosítottanként eltérő kiegészítő biztosítás(oka)t, illetve a kiegészítő biztosítás(ok)hoz eltérő biztosítási összegeket jelölhet meg.

A Szerződő választása szerint a főbiztosításhoz jelen kiegészítő biztosítást úgy is megkötheti, illetve a Biztosító jelen kiegészítő biztosítást az általa meghatározott főbiztosításhoz úgy is nyújthatja, hogy a Biztosító szolgáltatása csak a balesetből eredő keresőképtelenségre terjed ki. Ebben az esetben jelen feltételekben foglaltakat ennek megfelelően kell alkalmazni.

A Biztosító a biztosítási ajánlat elfogadása előtt kérheti annak írásos igazolását, hogy a Biztosított a kötelező egészségbiztosítás rendszerében táppénzre jogosult, azaz kérheti annak igazolását, hogy a Biztosított az 1997. LXXX. törvényben meghatározott mértékű pénzbeli egészségbiztosítási járulékot fizet. A Biztosító jövedelemigazolás benyújtását is előírhatja.

I. általános rendelkezések

1. a szerződés alanyai (a Biztosított)

- 1.1. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésekor nem áll kórházi kezelés, keresőképtelenség, illetve rokkant nyugdíjazás alatt.
- 1.2. Nem köthető biztosítás olyan személyre, aki e feltétel szempontjából saját jogon nem jogosult táppénzre (például: nappali tagozatos hallgató, munkanélküli, nyugdíjas, stb.).
- 1.3. A Biztosított köteles a Biztosítónak bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt szűnik meg a táppénzre való jogosultsága. Ebben az esetben:
 - a jogosultság megszűnés hónapjának utolsó napján a szerződés keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része is megszűnik az adott Biztosított vonatkozásában.
 - a Biztosító a tartam alatt megszűnt kiegészítő biztosítás meg nem szolgált díját jóváírja a Szerződő részére.
- 1.4. A Biztosított köteles a Biztosítónak írásban, a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatának kézhezvételétől számított 15 napon belül bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt öregségi, rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjra, illetve egyéb nyugdíjszerű ellátásra szerez jogosultságot. A nyugdíjjogosultság megszerzését követően a szerződés keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része a következő díjesedékeség első napján szűnik meg.
- 1.5. Jelen kiegészítő biztosítás tekintetében a Biztosító nem tesz különbséget a tekintetben, hogy a Biztosított Magyarországon vagy külföldön szerez táppénzre jogosultságot.

II. a biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset, illetve a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül diagnosztizált váratlan betegség, amelynek következtében a Biztosított a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház (ld. általános feltétel) által igazoltan, saját jogon folyamatosan keresőképtelen állományban van és táppénzt vesz igénybe.
2. Biztosítási eseménynek minősül a saját jogon igénybe vett kórházi táppénzes állomány is.
3. A Szerződő választása szerint a Biztosító kockázatviselése kiterjedhet:
 - betegségre és balesetre is,
 - csak balesetekre.
4. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja
 - a Biztosított betegség miatti keresőképtelensége esetén a keresőképtelen állomány első napja,
 - a Biztosított balesete miatti keresőképtelensége esetén a baleset időpontja.



5. Biztosítási eseménynek minősül a saját jogon keresőképtelen állományra jogosult felnőtt Biztosított gyermekápolási táppénze, amennyiben az ápolat gyermek a szerződésben társbiztosítottként van megjelölve.
6. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt nem következik be, úgy a biztosítási szerződés a Biztosító szolgáltatása nélkül szűnik meg a tartam végén.

III. a Biztosító szolgáltatása, a biztosítási összeg

1. a Biztosító szolgáltatása

- 1.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén
 - betegségből eredően a kockázatviselés tartama alatti keresőképtelen napokra (beleértve a kórházi tartózkodást is),
 - balesetből eredően a baleset napjától számított 1 éven belüli keresőképtelen napokra (beleértve a kórházi tartózkodást is)nyújt szolgáltatást.
- 1.2 A folyamatos keresőképtelenség esetén a Biztosító a szerződésben meghatározott önrészen felüli napokra tér.
- 1.3 A Biztosító jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában az önrészt 15 napban határozza meg.
- 1.4 A tartam alatt egymást követő többszöri önrészt meg nem haladó rövidebb keresőképtelenségre vonatkozó időszakok nem adódnak össze. Az önrész figyelembe vétele minden keresőképtelen állomány esetében újra indul.
- 1.5 A Biztosító egy biztosítási éven belül legfeljebb 100 táppénzes napra térít.
- 1.6 A szolgáltatás mértékének megállapítása úgy történik, hogy a Biztosított keresőképtelenné válásának időpontjában aktuális biztosítási összeget meg kell szorozni azon napok számával, amikor a Biztosított táppénzes állományban volt, figyelembe véve az önrészt.
- 1.7 Amennyiben a Biztosított baleset miatti keresőképtelensége a szerződés megszűnését követően, de a kockázatviselés tartama balesetét követő 1 éven belül következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget kell figyelembe venni.
- 1.8 A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a keresőképtelenséget és az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- 1.9 A biztosítási szolgáltatás alapja a biztosítási esemény bekövetkezésekor aktuális biztosítási összeg.
- 1.10 Amennyiben a Biztosított folyamatos keresőképtelenségi időszaka alatt az évforduló napján módosult a szerződés, úgy a Biztosító a térítés mértékének megállapításakor a biztosítási esemény napján aktuális biztosítási összeget veszi figyelembe.
- 1.11 A kezelési, ápolási költségeket a Biztosító nem téríti.

2. a biztosítási összeg

- 2.1. A biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza. Amennyiben a biztosítási összeg a biztosítási szerződés tartama alatt módosul, a Biztosító új kötvényt állít ki.

IV. a Biztosító teljesítésének feltételei

1. a biztosítási esemény bejelentésének határideje

- 1.1. A szolgáltatási igényt először legkésőbb az önrész leteltétől számított 14 napon belül, majd azt követően 14 napos időközönként kell írásban a Biztosítónak bejelenteni.
- 1.2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételben rögzített következményeket vonhatja maga után.

2. a Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

- 2.1. A Biztosító az általános feltétel V/2. pontjában foglaltak szerint jár el. A kárigény teljesítéséhez a következő dokumentumokat kell még benyújtani:
 - a) a táppénz megállapítására jogosult, orvos által kiállított, a táppénzes állomány igazolására rendszeresített nyomtatvány másolatát,
 - b) a táppénzes állomány okát igazoló orvosi dokumentumok másolatát,
 - c) annak írásos igazolását, hogy a Biztosított a kötelező egészségbiztosítás rendszerében táppénzre jogosult.
- 2.2. A szolgáltatási igénybejelentőt (és a baleseti jegyzőkönyvet) folyamatos keresőképtelenség esetén csak az első bejelentés alkalmával kell benyújtani.



- 2.3. Folyamatos keresőképtelenség esetén a Biztosítottnak 60 nap elteltével be kell nyújtania a Biztosítónak az egészségi állapotát leíró új kezelőorvosi dokumentumokat.
- 2.4. Olyan baleset vagy betegség esetén, amely keresőképtelenséget okoz, elfogadható a külföldi kezelő/házi orvostól vagy kórháztól kapott igazolás, illetve azon külföldi hatóság igazolása, amely táppénz folyósítására jogosult.

V. a Biztosító kockázatviseléséből kizárt események

1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az általános feltételekben meghatározott eseményekre.
2. **A kockázatviselés nem terjed ki továbbá:**
 - a) a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel, illetve a kockázatviselés kezdetekor meglévő betegséggel okozati összefüggésben álló keresőképtelenségre,
 - b) a terhesség alatti keresőképtelenségre, kivéve, ha a keresőképtelenség a Biztosító orvosának véleménye alapján nem áll összefüggésben a terhességgel,
 - c) a szülésre és annak következményére abban az esetben, ha a fogamzás a szerződés hatályba lépése előtt történt (a fogamzás időpontjának a születéstől visszafelé számított 270. napot kell tekinteni),
 - d) az olyan keresőképtelenségre, amely
 - nem a Biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása miatt következett be,
 - okozati összefüggésben áll különösen a geriatriával, rehabilitációval, utógondozással, gyógypedagógiával, logopédiával, gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázzsal, fürdőkúrával vagy a fogyókúrával,
 - alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet végez
 - az öngyilkosság és kísérletének következményei,
 - e) a TGYÁS-on, GYED-en, GYES-en lévő Biztosított keresőképtelenségére,
 - f) a művi terhesség-megszakítás eseteire, illetve a mesterséges megtermékenyítés, sterilizáció, plasztikai sebészet (kivéve, ha baleset következményének elhárítása miatt orvosilag szükséges) bármely formájával kapcsolatos keresőképtelenségre.

VI. a biztosítási díj módosításának lehetősége a Biztosító részéről

1. A Biztosító jogosult a biztosítási évfordulót megelőzően 90 nappal a biztosítási díj módosítására javaslatot tenni, ha a keresőképtelenségre vonatkozó törvényi szabályozás változásából eredően a díjkalkulációnál használt statisztikákban lényeges változás állna be.
2. Ha a Biztosító az előző bekezdésben foglaltaknak megfelelően a biztosítási díj módosítására tesz javaslatot, akkor a Szerződő választása szerint:
 - a) változatlan biztosítási összeg mellett a módosításnak megfelelő biztosítási díjú szerződés lép hatályba,
 - b) a szerződés a módosító javaslat kézhezvételétől számított 30. napon megszűnik.

