

Az NN Biztosító Zrt. BR24 jelű Baleseti műtéti térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosításának különös feltételei

1. Általános rendelkezések

a) Az NN Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) jelen Különös Feltételeiben (a továbbiakban: Különös Feltételek) foglalt rendelkezések az NN Biztosító Zrt. Kiemelt Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosításainak Általános Szabályzatával (a továbbiakban KCSÉÁSZ) együtt – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Biztosító BR24 jelű Baleseti műtéti térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosítási szerződéseinek feltételeit képezik, feltéve, hogy a szerződést a jelen Különös Feltételekre és a KCSÉÁSZ-re hivatkozva kötötték.

b) A Különös Feltételek és a KCSÉÁSZ eltérése esetén a Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak. A Különös Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a KCSÉÁSZ és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

c) A BR24 jelű Baleseti műtéti térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosítás célja, hogy balesetből eredő sérülés miatti műtéti beavatkozás esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésével szolgáltatást nyújtson a Kedvezményezett részére, aki ily módon a biztosítási összeget felhasználhatja, pl. a műtét után szükséges gyógykezelés(ek) kapcsán felmerülő többletköltségekre. **Jelen csoportos kiegészítő biztosítás a műtét költségeit nem téríti meg.**

d) Jelen csoportos kiegészítő biztosítás csak a BR01 jelű Csoportos kockázati életbiztosításhoz, mint alapbiztosításhoz (a továbbiakban: Alapbiztosítás) köthető.

A BR01 jelű Csoportos kockázati életbiztosításra külön szerződési feltételek vonatkoznak.

e) Az Alapbiztosításhoz kapcsolódó kiegészítő biztosítások megkötését a Biztosító az alábbiak szerint szabályozza:

- BR24 jelű Baleseti műtéti térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosítás a BR45 jelű Műtéti térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosítással egyidejűleg nem köthető.

2. A biztosítási szerződés alanyai

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

3. A biztosítási esemény

a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás tartamán belül bekövetkező balesetéből eredő sérülés miatt, a baleset időpontjától számított 1 (egy) éven belül elvégzett műtéte. (a továbbiakban baleseti eredetű műtét), függetlenül attól, hogy a műtét időpontja a kiegészítő biztosítás tartamán kívül esik.

b) Jelen csoportos kiegészítő biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

c) Jelen csoportos kiegészítő biztosítás szempontjából műtétnek minősül a szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben elvégzett műtét, feltéve, hogy azt a Teljes Műtéti lista is tartalmazza

d) A Baleset, a Kórház, valamint a Rendelő fogalmát a KCSÉÁSZ 2. §-a tartalmazza.

e) Jelen csoportos kiegészítő biztosításban meghatározott biztosítási esemény a Szerződő választásától függően kizárólag üzemi balesetre is korlátozódhat.

Az üzemi baleset fogalmát a KCSÉÁSZ 2. §-a tartalmazza.

A választott biztosítási fedezetet a Kiemelt Csoportos biztosítási kötvény tartalmazza. Amennyiben a Biztosító kizárólag üzemi baleset alapján teljesít szolgáltatást, úgy, ahol jelen Különös Feltételek balesetet említ, azon az üzemi balesetet kell érteni.

4. A Biztosító szolgáltatása

a) A Biztosító a Szerződő Kiemelt Csoportos biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen Különös Feltételek elválaszthatatlan részét képező, mindenkor aktuális Teljes Műtési listájában feltüntetett WHO-kódok alapján meghatározott kategóriák szerint a baleseti eredetű műtetre szóló biztosítási összeget vagy annak meghatározott többszörösét fizeti ki a Kedvezményezettnek.

b) **A teljes, az egyes WHO-kódhoz tartozó műtési térítési kategóriákat a mindenkor aktuális Teljes Műtési lista tartalmazza.**

Amennyiben biztosítási-és orvosszakmai szempontból szükségessé válik, a Biztosító jogosult arra, hogy a Teljes Műtési listát, illetve az abban szereplő műtétek térítési kategóriáit felülvizsgálja. A Teljes Műtési 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 változásra történik, amelyek adó-, közteher- és / vagy tőkeszükséglet-növekedéssel járnak, melyek befolyásolják, illetve befolyásolhatják a nyújtott szolgáltatások díjtételeit/költségeit. A Teljes Műtési listában felsorolt műtétek körét és a műtétekhez tartozó térítési kategóriát a Biztosító bővítheti, azért, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechnika és az orvostudomány fejlődésével.

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

A Szerződő jogosult arra, hogy az új Teljes Műtési listát elutasítsa, mely jogát írásban, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés lejáratí napjának 24 órájáig a Biztosító székhelyére beérkezett írásbeli nyilatkozattal gyakorolhatja.

Amennyiben a Szerződő az új Teljes Műtési listát írásban elutasítja, akkor a jelen csoportos kiegészítő biztosítás a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartamának végén megszűnik, azaz jelen csoportos kiegészítő biztosítás nem képezi a megújítás tárgyát.

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

A mindenkor aktuális Teljes Műtési lista a Biztosító ügyfélszolgálatán, az értékesítési irodáiban, valamint a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu) tekinthető meg.

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

c) A Biztosító a műtési térítési kategóriát elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg oly módon, hogy a mindenkor hatályos Teljes Műtési listában az adott WHO-kódhoz műtési 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 zárójelentésen, úgy a Biztosító orvos szakértője jogosult a WHO-kódot meghatározni. A Biztosító orvos szakértője jogosult felülvizsgálni a műtési 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 zárójelentésen feltüntetett műtési kódot csak abban az esetben fogadja el a Biztosító, ha az a fentiek alapján orvosszakmai szempontból indokolt, a műtét megtörténte pedig kétséget kizáróan igazolt.

d) **Egy balesetből eredően a Biztosító egy műtetre nyújt szolgáltatást, függetlenül a szükséges és elvégzett műtétek számától. Egy balesetből eredően eltérő időpontban (legfeljebb a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül) vagy azonos időpontban egyszerre elvégzett műtétek esetén a Biztosító által fizetendő szolgáltatás összege az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriába tartozó műtét után járó műtési 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).**

e) Amennyiben a szolgáltatást követően ugyanazon balesetből kifolyólag további, magasabb térítési kategóriába tartozó műtét válik szükségessé, mint ami alapján a Biztosító szolgáltatást nyújtott, a Biztosító további szolgáltatásának alapja a két érték közötti különbözet.

f) A Biztosító által teljesített szolgáltatás – egy biztosítási éven belül egy biztosítási esemény vonatkozásában – legfeljebb a választott biztosítási összeg ötszöröse lehet. Egy biztosítási éven belül a Biztosító egy balesettel összefüggésben teljesít szolgáltatást.

5. A biztosítási összeg

A biztosítási összeget a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés és kötvény tartalmazza.

A jelen csoportos kiegészítő biztosításra szóló biztosítási összeget a Szerződő választja meg a szerződéskötéskor.

6. A biztosítás tartama

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

7. A kiegészítő biztosítás díja

A Biztosított(ak) után fizetendő díj a díjtétel mellett csak a biztosítási összegtől függ, a Biztosított(ak) korától független.

8. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

9. A biztosítás időbeli hatálya

A Biztosító kockázatviselése 24 órás.

Amennyiben a csoportos kiegészítő biztosítás a KCSÉÁSZ 2. §-a szerinti üzemi balesetre vonatkozóan jön létre, úgy a biztosító kockázatviselése a KCSÉÁSZ 2. §-ában meghatározott üzemi időre terjed ki.

10. A szolgáltatás iránti igény befogadásának feltételei

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

b) A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat a KCSÉÁSZ 15. §-a és a 1. számú melléklete tartalmazza.

c) A szolgáltatás iránti igény befogadásának feltétele, hogy a baleset bekövetkeztekor a csoportos kiegészítő biztosítás – az adott Biztosítottra vonatkozóan – érvényben legyen.

11. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

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

12. Kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:

- ha igazolható, hogy a műtét olyan baleset miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,
- ha a Biztosítotton fogászati beavatkozást hajtanak végre. Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére, vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos elváltozás (gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás) kezelésére irányuló, a fogon, a felső, vagy alsó állkapcsón, illetve a lágymem, valamint csontos lágyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet.
- olyan ízületi és szalagműtétekre, amelyeket arthroscopos műtéti eljárással hajtottak végre,

- ha a műtét a WHO-kódokat tartalmazó mindenkor aktuális Teljes Műtési listában „nem térített műtét”-ként van megjelölve, vagy a Teljes Műtési listában nem kerül feltüntetésre
- ha a műtétre nem a KCSÉÁSZ 2. §-ában meghatározottaknak megfelelő Kórházban vagy Rendelőben kerül sor,
- üzemi balesetre vonatkozó fedezet esetén, ha a műtét nem a jelen Különös Feltételek 9. pontjában meghatározott üzemi időben bekövetkezett baleset következménye,
- ha a műtétet a jelen Különös Feltételek 3. a) pontjában megjelölt 1 éves időtartamon túl végzik el
- ha a műtétet megelőzően az adott biztosítási éven belül a Biztosító már teljesített műtégi térítési szolgáltatást,

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

13. Kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

A Szerződő és a Biztosított(ak) a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást kötelesek tanúsítani. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezése esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet a Biztosító szolgáltatásának 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.

A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére a KCSÉÁSZ 17.§-ában meghatározottak az irányadóak.

14. A csoportos kiegészítő biztosítás megszűnésének esetei

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

- a jelen csoportos kiegészítő biztosításra vonatkozó Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés megszűnésekor,
- a díjfizetés elmulasztása esetén (KCSÉÁSZ 12. §),
- a jelen csoportos kiegészítő biztosítás 4. b) pontja alapján amennyiben a Szerződő a módosított Teljes Műtési Listát írásbeli nyilatkozatában elutasítja, a Kiemelt Csoportos biztosítási szerződés tartamának végén,
- a KCSÉÁSZ 13. §-ában meghatározott egyéb esetekben.

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

- a Biztosított halála esetén, a halál időpontjában,
- a Biztosított 75. születésnapját követő biztosítási évfordulón.

15. Egyéb szabályok

Jelen csoportos kiegészítő biztosítás visszavásárlási értékkel, maradékjogokkal nem rendelkezik és díjmentes leszállításra sincs lehetőség.

Budapest, 2021.01.31.