

## **A baleseti műtéti térítésre vonatkozó kollektív biztosítás különös feltételei – KBMÜT099**

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Rt. (továbbiakban: biztosító) kollektív biztosítási szerződéseinek baleseti műtéti térítés biztosítást tartalmazó részére hatályosak, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító Kollektív élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános feltételei (továbbiakban: általános feltételek) az irányadóak.

### **1. Biztosítási esemény**

(1) Biztosítási esemény az a baleset, melynek következtében a biztosított műtétre szorul.

(2) A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.

### **2. A biztosító szolgáltatása**

(1) A biztosító a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.

(2) A biztosító szolgáltatása a műtét napján hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegnek az elvégzett műtét besorolása szerinti százalékos mértéke. Amennyiben a műtét a tartamon túl következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben szereplő biztosítási összeget kell figyelembe venni.

(3) A biztosító az alábbi szolgáltatást nyújtja:

(a) az 1. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 200%-át,

(b) a 2. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 100%-át,

(c) a 3. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 50%-át,

(d) a 4. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 25%-át,

(e) az 5. csoportba tartozó műtétek nem térített műtétnek minősülnek. Abban az esetben, ha a biztosított az 5. csoportba sorolt műtétet hajtják végre, a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

(4) A műtétek besorolása az I. műtéti listán (általános feltételek 5.3.2.) található, ennek kivonatos tájékoztatója a jelen feltételek melléklete.

(5) Amennyiben egy műtéti beavatkozás során több sebészeti eljárás szükséges, akkor a biztosító a szolgáltatásának mértékét a beavatkozás során elvégzett legmagasabb százalékos besorolású műtét alapul vételével állapítja meg.

(6) Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás a műtéti listán nem található meg, úgy a műtét besorolását a biztosító orvosa állapítja meg.

(7) A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a műtét indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

### **3. A biztosító teljesítésének feltételei**

(1) A szolgáltatási igényt a kórházi ápolás befejeztét követő 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.

(2) A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek 4.1.(2) bekezdésében rögzített következményeket vonhatja maga után.

(3) A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani:

(f) az általános feltételek 4.3. pontjában felsorolt dokumentumokat,

(g) a kórházi zárójelentést,

(h) a műtéti leírást.

### **4. A kockázatviselésből kizárt események**

(1) A kockázatviselés nem terjed ki az általános feltételek 5.2. pontjában felsorolt eseményekre.

(2) A kockázatviselés nem terjed ki továbbá az olyan műtétekre, amelyeknek nem a biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása a célja, így különösen az esztétikai ill. kozmetikai beavatkozásokra.