

Érvényes: 2022. április 1-jei és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. Jelen kiegészítő biztosításra az albiztosítás általános szerződési feltételei érvényesek kivéve azokat a részeket, ahol a kiegészítő biztosítás feltételei az albiztosítás feltételeitől eltérnek.
- 1.2. Jelen kiegészítő biztosítás a Biztosító által meghatározott, folyamatos díjas albiztosításokhoz, az albiztosítással egyidejűleg, illetve annak tartamán belül megköthető, illetve megszüntethető az általános szabályzatok megszüntetésére vonatkozó pontjai alapján.

2. BIZTOSÍTOTT

- 2.1. Jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a szerződés megkötésekor legalább 16 és legfeljebb 65 éves azon természetes személy lehet, aki a szerződéskötéskor 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 70. életévének betöltését követő biztosítási évforduló utáni első nap 0. órájkor megszűnik.
- 2.3. A jelen kiegészítő biztosításnak egy biztosítottja lehet.

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, IDŐPONTJA, SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

- 3.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselési tartama alatt bekövetkező, a jelen pontban felsoroltak szerinti kritikus betegségben történő megbetegedése.
- 3.2. **Területi hatály:** a Biztosító kockázatviselése a világ bármely országára kiterjed.
- 3.3. Jelen feltételek alkalmazása szempontjából kritikus betegségben való megbetegedésnek minősülnek az alábbiak:
- 3.4. **Roszzindulatú daganat (rákbetegség)**
 - 3.4.1. Jelen feltételek szerint rosszzindulatú daganatos betegségnek minősül bizonyos sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, mely a szövetek roncsolásához vezet, és amely elváltozás sebészeti kezelést, sugárkezelést és/vagy kemoterápiát tesz szükségessé, továbbá a betegség felismerését szövettani eredmény és szakorvosi vélemény igazolja. A környezetüket roncsoló daganattípusok mellett a leukémia, limfóma, szarkóma és Hodgkin-kór besorolású betegségek is szolgáltatási jogosultságot jelentenek.
 - 3.4.2. **Nem biztosítási esemény:**
 - Szövettanilag jóindulatú, pre-malignus, alacsony malignitási fokú daganat.
 - A kiindulási sejt környezetére nem áttérjedő (Tis vagy Ta) daganat.
 - Azon prosztatata daganatok, melyek Gleason szerinti szövettani besorolása nem haladja meg a 6-os értéket, vagy nem éri el a T2N0M0 osztályozási szintet.
 - Nem melanóma típusú bőrdaganatok.
 - Azon melanóma, mely mélységi kiterjedése nem haladja meg az 1 mm-t és T1aN0M0 osztályba sorolt.
 - Azon pajzsmirigy daganatok, melyek átmérője nem nagyobb 2 cm-nél és T1N0M0 osztályba soroltak.
 - HIV fertőzöttség mellett kialakult bármely daganatos betegség.
 - 3.4.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a 3.4.1. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának időpontja.
 - 3.4.4. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.
 - 3.4.5. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők lehetnek:
 - A betegség részletes leírása, a határozott diagnózist tartalmazó leletek, kórházi zárójelentések, amelyek igazolják a daganatos betegség rosszzindulatúságát, továbbá a szövettani lelet, képpalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény, amely egyértelműen alátámasztja a diagnózist és a daganat környezetbe való terjedését.

3.5. Szövetileg jóindulatú agydaganat

3.5.1. Jelen feltételek szerint szövetileg jóindulatú agydaganatnak minősül az agyban elhelyezkedő olyan daganat, mely folyamatosan, legalább 6 hónapon át fennálló idegrendszeri zavart okoz, és melynek jelenlétét képalkotó eljárás (pl. CT, MR) igazolja.

3.5.2. Nem biztosítási esemény:

- **Ciszta, granulóma, az agyi erek malformációja, hematoma, tályog, akusztikus neurinoma, az agyalapi mirigy és a gerinc daganatai.**

3.5.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a 3.5.1. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 6 hónap eltelte.

3.5.4. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**

- **A betegség tényét, 6 hónapos fennállását igazoló részletes orvosi dokumentáció, beleértve a képalkotó eljárások eredményét és az idegrendszeri károsodást igazoló leleteket.**

3.6. Szívizominfarktus

3.6.1. Jelen feltételek szerint szívizominfarktusnak minősül a szívizom egy részének, a területet ellátó koszorúér betegsége miatt fellépő, a nem megfelelő vérellátás következtében kialakuló elhalása, melyet a friss szívizomelhalásra jellemző 2 klinikai kép, a laboratóriumi leletekben észlelt eltérések és típusos EKG kép igazol.

3.6.2. Nem biztosítási esemény:

- **Az angina pectoris, egyéb akut koronária szindrómák, szívelégtelenség-, baleset-, szívizomgyulladás és szívburokgyulladás kapcsán kialakult kórkép.**

3.6.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja, a 3.6.1. pontban meghatározott események bekövetkezésének orvosilag megállapított időpontja.

3.6.4. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**

3.6.5. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**

- **A betegség bekövetkezéséről és kezeléséről szóló teljes egészségügyi dokumentáció, amelyek tartalmazzák a klinikai kép leírását, az elvégzett laboratóriumi és egyéb diagnosztikus vizsgálatok, valamint az EKG görbe eredményét.**

3.7. Agyi érkatasztrófa (stroke)

3.7.1. Jelen feltételek szerint agyi érkatasztrófának minősül az agyszövet pusztulásához vezető olyan esemény – koponyaűri vérzés, agyi érbőliája vagy trombózis –, mely folyamatosan fennálló idegrendszeri működési zavart okoz és ennek fennállása objektív neurológiai szakvizsgálattal az esemény után legalább 3 hónappal is megállapítható. A diagnózist képalkotó vizsgálatnak kell alátámasztania, mely igazolja a friss eseményt.

3.7.2. Nem biztosítási esemény:

- **A koponyatrauma okozta agysérülés, az átmeneti agyi keringésszavar (TIA), a szem vérellátását biztosító erek elváltozása (ideértve a látóideg vagy retina érelváltozásait), az egyensúlyozó vesztibuláris rendszert érintő keringési rendellenességek, továbbá a tünetmentesen lezajlott stroke, melyet kizárólag képalkotó eljárás fed fel.**

3.7.3. A biztosítási esemény időpontja a maradandó, idegrendszeri károsodást okozó esemény diagnosztizálásának időpontjától számított 3 hónappal eltelve a 3.7.1. pontban foglaltak szerint.

3.7.4. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**

- **A betegség bekövetkeztét és a bekövetkezés időpontját megállapító egészségügyi dokumentáció, beleértve a képalkotó vizsgálat eredményét, valamint a neurológiai szakvélemény, amely az esemény után legalább 3 hónappal készült, és az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket ír le.**

3.8. Szív-koszorúérműtét

3.8.1. Jelen feltételek szerint szív-koszorúérműtétnek minősül a mellkas megnyitásával járó olyan szívműtét, amelynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt, egy vagy több szűkületének vagy elzáródásának érgraft beültetésével történő áthidalása.

3.8.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **Az éren keresztüli behatolással, katéteres technikával végzett beavatkozás.**

3.8.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét végrehajtásának az időpontja a 3.8.1. pontban foglaltak szerint.

3.8.4. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**

3.8.5. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**

- **A betegség tényét igazoló lelet, a műtét szükségességét igazoló kardiológiai szakvélemény és a szív-koszorúér műtét elvégzéséről szóló zárójelentés, műtéti leírás.**

3.9. **Szervátültetés**

3.9.1. Jelen feltételek szerint szervátültetésnek minősül az olyan műtéti beavatkozás, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó testébe más személy szervezetéből orvosi indokkal szív, tüdő, máj, hasnyálmirigy, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.

3.9.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **Az összejtnek, a hasnyálmirigy sziget-sejtjeinek és a szaruhártyának a beültetése.**

3.9.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét végrehajtásának az időpontja a 3.9.1. pontban foglaltak szerint.

3.9.4. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**

3.9.5. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**

- **A műtét szükségességét igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó teljes egészségügyi dokumentáció.**

3.10. **Végstádiumú veseelégtelenség**

3.10.1. Jelen feltételek szerint végstádiumú veseelégtelenségnek minősül, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlan módon olyan mértékben csökkent, hogy szakorvos által elrendelt és ellenőrzött tartós művesekezelés (dialízis) válik szükségessé.

3.10.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **Az a betegség, amely esetén a művesekezelésre időlegesen, hevenyen fellépő vesekárosodás miatt van szükség.**

3.10.3. A biztosítási esemény bekövetkezése időpontja a rendszeres művesekezelés szükségességét megállapító szakorvosi vélemény kiállításának időpontja a 3.10.1. pontban foglaltak szerint.

3.10.4. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**

3.10.5. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**

- **A betegség kialakulását és lefolyását feltáró vizsgálati eredmények, zárójelentések, és a rendszeres művesekezelés szükségességét leíró szakorvosi lelet.**

4. **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, AKTUÁLIS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG**

4.1. A szerződő díjfizetése ellenében a Biztosító a 3. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkeztekor aktuális biztosítási összeget fizeti ki, és ezzel a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

4.2. Az aktuális biztosítási összeg megegyezik a szerződő által az ajánlat aláírásakor választott kezdeti biztosítási összeggel, amely a tartam során az alapbiztosításra vonatkozó értékkeövetési eljárás szerint emelkedik.

4.3. **A jelen kiegészítő biztosítás alapján a Biztosító csak egy biztosítási eseményből adódóan az aktuális biztosítási összeg mértékéig szolgáltat. A Biztosító szolgáltatásának teljesítését követően a jelen kiegészítő biztosítás minden biztosítási eseményre vonatkozóan megszűnik.**

4.4. **A biztosítási szolgáltatás teljesítésére a Biztosító akkor köteles, ha a biztosítási esemény bejelentésére még a biztosított életében sor került, és a szolgáltatás elbírálásához szükséges adatok beszerezhetők.**

5. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ

- 5.1. A biztosítás szolgáltatási összegének nagyságától, a biztosított életkorától, nemétől, foglalkozásától, életmódjától (szabadidős, sporttevékenység) és az egyéb kockázati körülményektől függően a kiegészítő biztosítás megkötéséhez a biztosított egészségi nyilatkozata és/vagy orvosi vizsgálata, illetve egyéb orvosi iratai lehetnek szükségesek.
- 5.2. **A Biztosító a jelen kiegészítő biztosítás ajánlatának aláírásától számított 6 havi várakozási időt köt ki a nem baleseti eredetű események bekövetkezése tekintetében. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási esemény alapján a biztosítási szolgáltatás kifizetése nélkül szűnik meg a kiegészítő biztosítás. A tartam alatt bekövetkező baleset miatti biztosítási események tekintetében a Biztosító várakozási időt nem alkalmaz.**

6. A BIZTOSÍTÁS KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE, TARTAMA, ÉVFORDULÓJA, LEJÁRATA

- 6.1. A jelen kiegészítő biztosítás létrejöttékor az alpbiztosítás tartamából – illetve, ha az alpbiztosítás különös feltételeinek értelmében az alpbiztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnek hátra kell lennie.
- 6.2. Az alpbiztosításra vonatkozó szabályzat szerint 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 1 éves időszakokra garantálja. Az 1 éves időszakok elteltét követően a Biztosító a fizetendő 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 alpbiztosítás biztosítási évfordulójához igazodik, így az első biztosítási év tört év is lehet.

7. KÖZLÉSI ÉS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

- 7.1. **Az általános szabályzatok közlési és változásbejelentési kötelezettségre vonatkozó pontjain túlmenően a közlési kötelezettségsértés következményeivel jár és a jelen kiegészítő biztosítás keretében a Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a kritikus betegség a biztosítottnál a szerződéskötés időpontjában már fennállott, illetőleg ha a kritikus betegséget jelző vagy az azt megelőző megváltozott egészségi állapot a szerződéskötéskor a szerződő vagy a biztosított számára már ismert volt.**
- 7.2. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon és az egyes kritikus betegségeknél leírtakon (3. pont) túlmenően a biztosítási esemény bejelentésekor a Biztosító kérheti a biztosított szerződéskötéskori, vagy azt megelőző egészségi állapotára vonatkozó dokumentumokat is.**

8. VEGYES RENDELKEZÉSEK

- 8.1. A szolgáltatási igény elfogadhatóságáról a Biztosító orvosa orvosszakmai szempontok alapján dönt a benyújtott, megfelelő dokumentumok és szükség szerint a biztosított személyes vizsgálata alapján. A döntés meghozatalánál a Biztosítót más egészségügyi szervezet döntése nem köti.
- 8.2. Jelen kiegészítő biztosítás nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető és kölcsönrel nem terhelhető; megszűnése esetén maradékjogokkal nem rendelkezik.