



# C 0324 Csoportos, balesetből eredő egészségkárosodás (rokkantság I., II., III.) esetére szóló biztosítás különös feltételek

AXAB/C0324.0808

## I. fejezet

### Általános rendelkezések

Az AXA Biztosító Zrt. (a továbbiakban Biztosító) Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételei ezen szerződés részét képezik. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a magyar jogszabályok az irányadók.

## II. fejezet

### A biztosítási eseménnyel összefüggő alapfogalmak és meghatározások

- (1) Balesetbiztosítási eseménynek számít a Biztosított akaratától függetlenül fellépő, egyszeri külső fizikai és vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt éri és amellyel összefüggésben a Biztosított egészségkárosodást szenved, amelynek következtében a Biztosított 1 éven belül meghal, tartós egészségkárosodást (rokkantságot) szenved, kórházi ápolásra szorul, műtéti beavatkozást végeznek rajta.
- (2) 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 rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat, járadékot vagy szociális járadékot állapítottak meg. Továbbá nem lehet biztosított az sem, aki szervátültetésen esett át vagy krónikus vesedializált beteg.
- (3) III., II., I. rokkantsági csoportok: az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban OEP) háromféle rokkantsági csoportot különböztet meg:
  - a III. rokkantsági csoportba tartozik az, akinél 50-79%-os egészségkárosodást állapítottak meg.
  - a II. rokkantsági csoportba tartozik az, akinél 79% feletti rokkantságot állapítottak meg, de mások által gondozásra nem szorul, és az I. rokkantsági csoportba tartozik az, és akinél 79% feletti rokkantságot állapítottak meg mások által gondozásra szorul.
- (4) Végleges rokkantság: az OEP által kiadott határozat III., II., I. rokkantsági csoportba sorolásánál meghatározzák, hogy a rokkant nyugdíjas rokkantsága végleges rokkantság-e vagy sem. Azon határozatok, melyeken nem szerepel a végleges minősítés, nem tekinthetők végleges rokkantságnak. Az ilyen esetekben a biztosított a határozat kézhezvételével egyszerre megkapja a következő felülvizsgálat időpontját is. Az ilyen esetben a rokkantnyugdíjas állapota tovább javulhat vagy romolhat.
- (5) Járadékbiztosításnak nevezzük, ha a Biztosító a Biztosított (kedvezményezett) számára garantált ideig vagy élethosszig tartó járadékot folyósít, havi, negyedéves, féléves vagy éves járadék formájában.

## III. fejezet

### A biztosítási esemény baleseti rokkantság esetén

- (1) A Biztosító az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetének (ORSZI) III., II., I. rokkantsági csoportba soroló határozatát tekinti biztosítási eseménnynek. A Biztosító ezen rokkantsági csoportba soroló határozatokat a biztosítási esemény szempontjából megkülönbözteti aszerint, hogy a határozat végleges vagy nem végleges rokkantságot határoz meg.
- (2) A Biztosító rokkantsági biztosítási eseménynek tekinti, ha a Biztosított a biztosítási díj fizetésének időszaka alatt, a 65-ik életévének betöltése előtt, baleset következtében 50%-os vagy a feletti egészségkárosodást szenved el, melyet a Biztosító az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetének határozata alapján (III., II. és I. fokú rokkantsági határozat) fogad el.
- (3) A rokkantság kezdetének időpontja az a dátum, melyre az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet által kiadott rokkantsági határozat utal.
- (4) Nem lehet Biztosított, aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezik az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet rokkantsági fokozatot tartalmazó határozatával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél a egészségkárosodásának megállapítása céljából, illetve az ajánlat felvételének időpontjában az elbírálás folyamatban van.
- (5) A Biztosító mentesül továbbá a szolgáltatás teljesítése alól, ha a rokkantság létrejöttében tartós, rendszeres alkohol- vagy drogfogyasztás közrehatása igazolható.
- (6) A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be és visszafizeti a befizetett díjakat, amennyiben a szerződés kockázatviselésének kezdete előtt kerül sor a rokkantsági járadék iránti kérelem Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézeténél történő beadására.
- (7) A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosított rokkantsági mértékét a Biztosító orvosával ellenőriztesse és megfelelő orvosszakmai indoklás mellett azt felülbírálja.

## IV. fejezet

### A Biztosító szolgáltatása baleseti rokkantság esetén

---

- (1) A Biztosító a végleges OEP III. fokú rokkantsági orvosszakértői határozat bemutatása után a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset) a szerződés időtartama alatt következett be.
- (2) A Biztosító a végleges OEP II. fokú rokkantsági orvosszakértői határozat bemutatása után az OEP III. fokú rokkantság biztosítási összegének 200%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset) a szerződés időtartama alatt következett be.
- (3) A Biztosító a végleges OEP I. fokú rokkantsági orvosszakértői határozat bemutatása után az OEP III. fokú rokkantság biztosítási összegének 300%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset) a szerződés időtartama alatt következett be.
- (4) Amennyiben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetének III., II., I. rokkantsági csoportba soroló határozata nem tartalmazza a végleges rokkantság minősítést, a Biztosító az adott rokkantsági foknak megfelelő biztosítási összeg 25%-át téríti.
- (5) Ha a biztosított folyamatos rokkantság esetén ugyanabból a balesetből kifolyólag a következő rokkantsági felülvizsgálaton – a korábbi rokkantsági csoportján belül – ismét nem végleges határozatot kap, a Biztosító e rokkantsági határozat Biztosítónál történő leadásakor a biztosítási összeg további 25%-át téríti. A Biztosító szolgáltatásának felső határa az adott rokkantsági csoport biztosítási összegének 100%-a.
- (6) Ha a Biztosított folyamatos rokkantság esetén ugyanabból a balesetből kifolyólag a következő rokkantsági felülvizsgálaton – a korábbi rokkantsági csoportján belül – végleges rokkantsági határozatot kap, a Biztosító e határozat Biztosítóhoz történő leadásakor a biztosítási összeget a korábban már kifizetett biztosítási összegek figyelembevételével az adott rokkantsági csoportnak megfelelő biztosítási összeg 100%-ig egészíti ki. A biztosító szolgáltatásának felső határa az adott rokkantsági csoport biztosítási összegének 100%-a.
- (7) Ha a Biztosítottnál a következő rokkantsági felülvizsgálatkor az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézete alacsonyabb rokkantsági fokot állapított meg, a Biztosító nyilvánítja, a Biztosító a korábban kifizetett összegeket nem követelheti vissza, kivéve, ha erre Biztosított megtevesztő magatartása miatt került sor.
- (8) A Biztosítottnak minden rokkantsági biztosítási esemény bekövetkeztekor lehetősége van az egyszeri térítést élethosszig folyósítandó garanciaidős járadékra váltani.
- (9) Ha a Biztosító az adott rokkantsági csoportnak megfelelő biztosítási összeg 100%-át kifizette, az adott biztosítottra vonatkozóan a szerződés megszűnik és a biztosítási csomag díja ennek figyelembevételével csökken.

## V. fejezet

### A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása

---

- (1) A Biztosító mentesül a Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételekben megfogalmazott kizárások és mentesülések esetén a szolgáltatás teljesítése alól.
- (2) A Biztosító mentesül továbbá a szolgáltatás teljesítése alól, ha a rokkantság létrejöttében tartós, rendszeres alkohol- vagy drogfogyasztás közrehatása igazolható.
- (3) A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be és visszafizeti a befizetett díjakat, amennyiben a szerződés kockázatviselésének kezdete előtt kerül sor a baleseti rokkantsági járadék iránti kérelem Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézeténél történő beadására.

## VI. fejezet

### A kárigény bejelentése

---

A Biztosítottnak a biztosítási kárigény benyújtásához az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetéhez benyújtott kérelmének másolatát, a kérelem benyújtását követő 8 munkanapon belül be kell terjesztenie a Biztosítóhoz. A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Biztosított nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

## VII. fejezet

### A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

---

A Biztosítóhoz a kárigény teljesítéséhez a következő iratokat kell 8 munkanapon belül benyújtani:

- a Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételekben szabályozott iratok,
- az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetének rokkantsági határozata, orvosi vélemények és indoklások másolata.