



C 1324 Csoportos, egészségkárosodás esetére szóló biztosítás különös feltételek

AXAB/C1324.0808

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) Balesetnek minősül a Biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő, külső behatás, amelynek következtében meghal, tartós egészségkárosodást (rokkantságot) szenved, kórházi ápolásra szorul, műtéti beavatkozást végeznek rajta.
- (2) Betegség a mindenkori orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.
- (3) 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.
- (4) 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.
 - az I. rokkantsági csoportba tartozik az, akinél 79% feletti rokkantságot állapítottak meg mások által gondozásra szorul.
- (5) Végleges rokkantság: az OEP által kiadott határozat III., II., I. rokkantsági csoportba sorolásánál meghatározzák, hogy a rokkantnyugdíjas rokkantsága végleges rokkantság-e vagy sem. Azon határozatok, amelyekben 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.
- (6) Járadék biztosításnak 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 rokkantság esetén

- (1) A Biztosító az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői és Rehabilitációs Intézet III., II., I. rokkantsági csoportba soroló határozatát tekinti biztosítási eseménynek. 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 62-ik életévének be-töltése előtt, betegség vagy baleset következtében 50%-os vagy a feletti egészségkárosodást szenved el, melyet a Biztosító az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői és Rehabilitációs Intézet 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 Orvosszakértői és Rehabilitációs Intézet által kiadott rokkantsági határozat utal.
- (4) Nem lehet Biztosított, aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezik az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői és Rehabilitációs Intézet rokkantsági fokozatot tartalmazó határozatával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél az egészségkárosodásának csökkenésének megállapítása céljából, illetve az ajánlat felvételének időpontjában az elbírálás folyamatban van.
- (5) A Biztosító nem szolgáltat abban az esetben, ha az OEP III. rokkantság a biztosított 50 éves kora után következik be.
- (6) A Biztosító mentesül továbbá a szolgáltatás teljesítése alól, ha a rokkantság létrejöttében tartós, rendszeres alkohol- vagy drogfogyasztás közrehatása igazolható.
- (7) 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 Orvosszakértői és Rehabilitációs Intézetnél történő beadására.
- (8) A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosított rokkantsági mértékét a Biztosító orvosával ellenőriztesse és megfelelő orvos-szakmai indoklás mellett azt felülbírálja.

IV. fejezet

A Biztosító szolgáltatása 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, betegség) 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, betegség) 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, betegség) a szerződés időtartama alatt következett be.
- (4) Amennyiben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői és Rehabilitációs 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 betegségből vagy balesetből kifolyólag a következő rokkantsági felülvizsgálaton – a korábbi rokkantsági csoportján belül – ismét nem végleges határozatot kap, a Biztosító e határozat Biztosítóhoz történt 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 betegségből vagy balesetből kifolyólag a következő rokkantsági felülvizsgálaton – a korábbi rokkantsági csoportján belül – végleges rokkantsági határozatot kap, a Biztosító e határozat Biztosítóhoz történt 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 Biztosított következő rokkantsági felülvizsgálatakor az Országos Egészségpénztár Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézete alacsonyabb rokkantsági fokot állapít meg, a Biztosító, a Biztosító a korábban kifizetett összeget nem követelheti vissza, kivéve, ha erre a Biztosított megtévesztő magatartása miatt került sor.
- (8) A Biztosítottnak minden rokkantsági biztosítási esemény bekövetkeztekor lehetősége van az egyszeri térítést élethosszig folyósítandó 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 rokkantsági járadék iránti kérelem Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői és Rehabilitációs Intézeténél történő beadására.

VI. fejezet

A kárigény bejelentése

A Biztosítottnak a biztosítási kárigény benyújtásához az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői és Rehabilitációs 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 Egészség-, Élet- és Balesetbiztosítási Általános Feltételekben szabályozott okiratok,
- az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői és Rehabilitációs Intézetének rokkantsági határozata, orvosi vélemények és indoklások másolata.

VIII. fejezet

Maradékjogok

A biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, így nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, valamint nincs lehetőség kölcsön felvételére sem.

IX. fejezet

Többlethozam-visszatérítés

A biztosítás többlethozam-visszatérítésben nem részesedik.