

K 1320 Csoportos, végleges rokkantság esetére szóló biztosítás különös feltételek

Jelen feltételek hatályba lépésének időpontja: 2012. szeptember 1.

Az AXA Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) - a továbbiakban Biztosító - Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételei ezen szerződés részét képezik. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

1.1. Szakértői intézet

Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet)

1.2. Baleset

A baleset az az esemény, mely a Biztosított akaratától függetlenül fellépő, egyszeri, hirtelen, külső behatásra bekövetkező, orvosi ellátást szükségessé tevő testi sérülés, amelynek következtében a Biztosított egy éven belül megrokkann.

1.3. Betegség

A betegség a mindenkor orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi, pszichés állapot.

1.4. Biztosított

A 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 rehabilitációs ellátást állapítottak meg.

Továbbá nem lehet Biztosított, aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezik szakértői intézet szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál, illetve aki az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.

1.5. Rokkantsági minősítési kategóriák

A szakértői intézet által kiadott szakhatósági állásfoglalás megállapítja, a Biztosított egészségkárosodásán alapuló egészségi állapotát és rokkantsági minősítési kategóriákba sorolja. Jelen feltétel szempontjából az alábbi rokkantsági minősítési kategóriákba történő besorolás esetén szolgáltat a Biztosító:

- **D kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1-30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra képes,
- **E kategória:** ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1-30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra nem, vagy csak segítséggel képes,

1.6. Egészségi állapot százalékos mértéke

Megállapítása az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékének figyelembevételével történik úgy, hogy 100%-ból ki kell vonni az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét.

1.7. Végleges rokkantság

A szakértői intézet által kiadott szakhatósági állásfoglalás meghatározza, hogy a megváltozott munkaképességű személy rokkantsága végleges rokkantság-e vagy sem. Azon szakhatósági állásfoglalások, amelyekben nem szerepel a végleges minősítés, nem tekinthetők végleges rokkantságnak. Az ilyen esetekben a Biztosított a szakhatósági állásfoglalások kézhezvételével egyszerre megkapja a következő felülvizsgálat időpontját is. Az ilyen esetben a megváltozott munkaképességű személy állapota tovább javulhat vagy romolhat.

2. fejezet – A biztosítási esemény

2.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint - ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján (D, E rokkantsági minősítési kategória) végleges rokkantságnak fogad el.

2.2.

A biztosítási esemény bekövetkezése csak abban az esetben vonja maga után a Biztosító fizetési kötelezettségét, amennyiben a Biztosított állapotában javulás nem várható, rokkantsága végleges.

2.3.

A rokkantság kezdetének időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította.

3. fejezet – A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

3.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor a **D** minősítésű rokkantsági szakhatósági állásfoglalás bemutatása után a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset, betegség) a szerződés hatálya alatt következett be.

3.2.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor az **E** minősítésű rokkantsági szakhatósági állásfoglalás bemutatása után a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset, betegség) a szerződés hatálya alatt következett be.

3.3.

Nem nyújtható szolgáltatás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt bekövetkezett betegségekre és balesetekre, melyeknek végleges rokkantság a következménye.

3.4.

Az egyszeri térítés kifizetését követően az adott Biztosítottra a szerződés megszűnik.

4. fejezet – A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása

4.1.

A Biztosító mentesül a Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételekben megfogalmazott kizárások és mentesülések esetén a szolgáltatás teljesítése alól.

4.2.

A Biztosító mentesül továbbá a szolgáltatás teljesítése alól, ha a rokkantság létrejöttében tartós, rendszeres alkohol- vagy drogfogyasztás közrehatása igazolható.

4.3.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be és visszafizeti a befizetett díjakat, amennyiben a szerződés kockázatviselésének kezdete előtt kerül sor a rokkantsági kérelemnek a szakértői intézethez történő beadására.

5. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok**5.1.**

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül benyújtani.

- a Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány
- a nyugdíjbiztosító igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalása,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalását alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés, stb.) és szakmai indoklások dokumentumai,

5.2.

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a Biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

5.3.

A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.