

Érvényes: 2013. július 1-jei és azt követő technikai kezdetű szerződésekre

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1.1 A kritikus betegségekre szóló, 7 elemű kiegészítő biztosítás jelen különös feltételeiben nem rendezett kérdésekben az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. Általános Személybiztosítási Szabályzata (továbbiakban: ÁSZSZ) és az alapbiztosítás szabályzata az irányadó.

1.2 Jelen kiegészítő biztosítás a biztosító által meghatározott, folyamatos díjas alapbiztosításokhoz, az alapbiztosítással egyidejűleg, illetve annak tartamán belül megköthető, és a jelen feltételek 8. pontja szerint megszüntethető.

2. BIZTOSÍTOTT

2.1 A jelen kiegészítő biztosításnak egy biztosítottja lehet.

2.2 Jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a szerződés megkötésekor legalább 16 és legfeljebb 60 éves azon természetes személy lehet,

- aki a szerződéskötéskor nem részesül semmilyen rokkantsági ellátásban (ideértve a rehabilitációs járadékot), és
- aki egyben az alapbiztosítás biztosítottja, és
- akit a biztosító biztosítottként elfogad.

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 Jelen feltételek alkalmazása szempontjából kritikus betegségben való megbetegedésnek minősülnek az alábbiak:

3.3 Rosszindulatú daganat (rákbetegség)

3.3.1 Jelen feltételek szerint rosszindulatú 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.

3.3.2 Nem biztosítási esemény:

- Szövettanilag jóindulatú, pre-malignus, alacsony malignitási fokú daganat.
- A kiindulási sejt környezetére nem áttérő (Tis vagy Ta) daganat.

- Azon prosztata 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.

3.3.3 A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 1 hónap eltelte.

3.3.4 Az ÁSZSZ 18. pontja szerinti iratokon túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:

- A betegség részletes leírása, a határozott diagnózist tartalmazó leletek, kórházi zárójelentések, amelyek igazolják a daganatos betegség rosszindulatúságát, továbbá a szövettani lelet, képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény, amely egyértelműen alátámasztja a diagnózist és a daganat környezetbe való terjedését.

3.4 Szövetileg jóindulatú agydaganat

3.4.1 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.

3.4.2 Nem biztosítási esemény:

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

3.4.3 A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a diagnózis felállításának legkorábbi időpontja a 3.4.1. pontban foglaltak szerint.

3.4.4 Az ÁSZSZ 18. pontja szerinti iratokon túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:

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

3.5 Szívizominfarktus

3.5.1 Jelen feltételek szerint szívizominfarktusnak minősül a szívizom egy részének, a területet ellátó koszorúér betegsége miatt fellépő, a nem megfelelő vérrellátás következtében kialakuló elhalása, melyet a friss szívizomelhalásra jellemző

	klinikai kép, a laboratóriumi leletekben észlelt eltérések és típusos EKG kép igazol.		
3.5.2	Nem biztosítási esemény: Az angina pectoris, egyéb akut koronária szindrómák, szívelégtelenség-, baleset-, szívizomgyulladás- és szívburokgyulladás kapcsán kialakult kórkép.	3.7.4	Az ÁSZSZ 18. pontja szerinti iratokon túlmenően 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, műtėti leírás.
3.5.3	A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegség bekövetkeztének orvosilag megállapított időpontját követő 1 hónap eltelte.	3.8	Szervátültetés
3.5.4	Az ÁSZSZ 18. pontja szerinti iratokon túlmenően 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.	3.8.1	Jelen feltételek szerint szervátültetésnek minősül az olyan műtėti beavatkozás, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó testébe más személy szervezetéből orvosi indokkal szív, tüdő, máj, hasnyálmirigy, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.
3.6	Agyi érkatasztrófa (stroke)	3.8.2	Nem biztosítási esemény: Az összejtnek, a hasnyálmirigy sziget-sejtjeinek és a szaruhártyának a beültetése.
3.6.1	Jelen feltételek szerint agyi érkatasztrófának minősül az agyszövet pusztulásához vezető olyan esemény – koponyaűri vérzés, agyi ér embóliája vagy trombózisa –, 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.	3.8.3	A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a műtét időpontja. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított legalább 30 nappal túléli a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontját.
3.6.2	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.	3.8.4	Az ÁSZSZ 18. pontja szerinti iratokon túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők: A műtét szükségességét igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó teljes egészségügyi dokumentáció.
3.6.3	A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a maradandó, idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 3 hónap eltelte.	3.9	Krónikus veseelégtelenség
3.6.4	Az ÁSZSZ 18. pontja szerinti iratokon túlmenően 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.	3.9.1	Jelen feltételek szerint krónikus veseelégtelenségnek minősül, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlan módon olyan mértékben csökkent, hogy szakorvos által elrendelt és ellenőrzött tartós művesekezelés (dialízis) válik szükségessé.
3.7	Szív-koszorúérműtét	3.9.2	Nem biztosítási esemény Az a betegség, amely esetén a művesekezelésre időlegesen, hevenyen fellépő vesekárosodás miatt van szükség.
3.7.1	Jelen feltételek szerint szív-koszorúérműtétnek minősül a mellkas megnyitásával járó olyan szív-műtét, amelynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt, egy vagy több szűkületének vagy elzáródásának érgraft beültetésével történő áthidalása.	3.9.3	A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a rendszeres művesekezelés szükségességét megállapító szakorvosi vélemény kiállításának időpontja. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított legalább 30 nappal túléli a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontját.
3.7.2	Nem biztosítási esemény: Az éren keresztüli behatolással, katéteres technikával végzett beavatkozás.	3.9.4	Az ÁSZSZ 18. pontja szerinti iratokon túlmenően 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.
3.7.3	A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a műtét időpontja. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben	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 alapt biztosításra vonatkozó értékkövetési eljárás szerint emelkedik.
- 4.3 A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosítási összeg csak egy ízben és egyszeresen kerülhet kifizetésre.
- 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 kezdeti biztosítási összeg nagyságától, a biztosított életkorától, nemétől, foglalkozásától és az egyéb kockázati körülményektől függően, jelen kiegészítő biztosítás kockázatelebírlásához a biztosított egészségi nyilatkozata vagy orvosi vizsgálata, illetve egyéb orvosi iratai szükségesek.
- 5.2 Az alapt biztosítás, illetve az esetlegesen fennálló egyéb személybiztosítások biztosítási összegeit és a jelen kiegészítő biztosítás kezdeti biztosítási összegét a biztosító összevontan veszi figyelembe az 5.1. pontban előírtakhoz.
- 5.3 A biztosító a jelen kiegészítő biztosítás ajánlatának aláírásától számított **6 havi várakozási időt** köt ki. Ha a várakozási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy a biztosító a jelen kiegészítő biztosításra levont kockázati díjakat jóváírja az alapt biztosítás pénzalapján és a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

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

- 6.1 A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete
- a) amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás ajánlata az alapt biztosítás ajánlatával egyidejűleg kerül aláírásra, úgy megegyezik az alapt biztosítás kockázatviselésének kezdetével, feltéve, hogy az alap- és a jelen kiegészítő biztosítás létrejött vagy utóbb létrejön,
- b) amennyiben a kiegészítő biztosítás ajánlata az alapt biztosítás ajánlatának aláírását követően kerül aláírásra, úgy a kiegészítő biztosítás ajánlatának beérkezését követő hó 1-je feltéve, hogy a jelen kiegészítő biztosítás létrejött vagy utóbb létrejön.
- 6.2 A jelen kiegészítő biztosítás létrejöttkor az alapt biztosítás tartamából – illetve, ha az alapt biztosítás különös feltételeinek értelmében az alapt biztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnek hátra kell lennie.
- 6.3 Jelen kiegészítő biztosítás lejáratára megegyezik az alapt biztosítás lejáratával, kivéve 8.1. b)–j) pontok szerinti megszűnések eseteit.
- 6.4 Jelen kiegészítő biztosítás évfordulója és díjfizetési gyakorisága megegyezik az alapt biztosítás évfordulójával és díjfizetési gyakoriságával.

7. KÖZLÉSI ÉS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

- 7.1 **Az ÁSZSZ 19. és 20. pontjaiban foglaltakon 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 ÁSZSZ 18. pontjának megfelelően, a biztosítási eseményt a bekövetkeztétől számított 8 napon belül, írásban be kell jelenteni a biztosítóhoz. Az egyes kritikus betegségeknek leírtakon (3. pont) és az ÁSZSZ 18. pontján túlmenően a biztosítási esemény bejelentésekor a biztosító kérheti a biztosított szerződéskötéskori, vagy azt megelőző egészségi állapotára vonatkozó dokumentumokat is.

8. A BIZTOSÍTÁS MEGSZŰNÉSE

- 8.1 A kiegészítő biztosítás megszűnik:
- a) az alapt biztosítás lejáratára napjának 0. órájkor, illetve, ha az alapt biztosítás különös feltételeinek értelmében az alapt biztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartam lejáratára napjának 0. órájkor, vagy
- b) a szolgáltatás teljesítése mellett a 3. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában, vagy
- c) azon biztosítási évet követő első nap 0. órájkor, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti, vagy
- d) az alapt biztosítás bármely okból való megszűnésével egyidejűleg, vagy
- e) az 5.3. pont esetén a 3. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával, vagy
- f) az ÁSZSZ 20.4. pontja szerinti nap 24. órájkor, vagy
- g) az ÁSZSZ 20.5. pontja szerinti nap 24. órájkor, vagy
- h) a szerződő erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatával a nyilatkozatnak a biztosítóhoz való beérkezése hónapját követő első nap 0. órájkor, vagy
- i) a biztosított bármilyen okból bekövetkező halálával azonnal, vagy
- j) az ÁSZSZ 4.6. pontjának megfelelő felmondás lejáratára napjának 24. órájával.
- 8.2 A kiegészítő biztosítás díja a biztosítót a fenti megszűnések eseteiben az adott naptári hónap végéig illeti meg, kivéve, ha a szerződés a biztosítási összeg kifizetésével szűnik meg, mivel ebben az esetben a biztosítót a biztosítási időszak végéig illeti meg a díj.

9. VEGYES RENDELKEZÉSEK

- 9.1 A szolgáltatási igény elfogadhatóságáról a biztosító orvosa dönt a benyújtott, megfelelő dokumentumok és szükség szerint a biztosított személyes vizsgálata alapján. A döntés meghozatalánál a biztosítót más egészségügyi szervezet döntése nem köti.
- 9.2 Jelen kiegészítő biztosítás nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető és kölcsönrel nem terhelhető; megszűnése esetén maradékjoggal nem rendelkezik.

- 9.3 Jelen kiegészítő biztosítás díját a biztosító a kiegészítő biztosítás 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 2 hónappal az új díj életbe lépése előtt, írásban tájékoztatja a szerződőt. Az így módosított díj a biztosítás évfordulójától kezdődően érvényes. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát 30 nappal az új díj életbelépését megelőzően kell a biztosítóhoz eljuttatnia, és ezzel jelen kiegészítő biztosítás az első módosított díj esedékességét megelőző nap 24. órájával maradékjogok nélkül megszűnik.