

Érvényes: 2014. április 1-jei és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. Jelen daganatos megbetegedések esetére szóló kiegészítő biztosításra az alapbiztosítás szabályai érvényesek kivéve azokban a részletekben, ahol a kiegészítő az alapbiztosítás szabályaitól eltér. Ennek megfelelően az alapbiztosításra érvényes általános szabályzatok szerint kell eljárni. (Általános szabályzatok: Általános Személybiztosítási Szerződéses Feltételek, rövid neve: ÁSZSZF; Általános Életbiztosítási Szabályzat, rövid neve: ÁÉSZ; Általános Személybiztosítási Szabályzat, rövid neve: ÁSZSZ)
- 1.2. Jelen kiegészítő egészségbiztosítás a biztosító által meghatározott, folyamatos díjas alapbiztosításokhoz, az alapbiztosítással egyidejűleg, illetve annak tartamán belül megköthető, illetve megszüntethető az általános szabályzatok megszüntetésére vonatkozó pontjai alapján.

2. BIZTOSÍTOTT

- 2.1. A jelen kiegészítő biztosításnak egy biztosítottja lehet.
- 2.2. Jelen kiegészítő egészségbiztosítás 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.
- 2.3. Jelen kiegészítő biztosítás legkésőbb a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulót követő első nap 0. órájakor megszűnik.
- 2.4. Jelen kiegészítő biztosítás **társbiztosított**jaként egy személy jelölhető meg, feltéve, hogy az alapbiztosítás vagy arra vonatkozó általános szabályzat erre lehetőséget ad.

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, IDŐPONTJA, SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

- 3.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselési tartama alatt bekövetkező, a jelen pont szerinti rosszindulatú daganatos betegségben történő megbetegedése.
- 3.2. **Roszzindulatú daganat (rákbetegség)**
- 3.2.1. 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.

3.2.2. 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.

3.2.3. A biztosítási esemény bekövetkezéének időpontja a diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 1 hónap eltelte.

3.2.4. Az általános szabályzatoknak a biztosító teljesítésére illetve a teljesítéshez szükséges iratokra vonatkozó pontjai 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, képkövető eljárással készült vizsgálati eredmény, amely egyértelműen alátámasztja a diagnózist és a daganat környezetbe való terjedését.

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 értékkevetési eljárás szerint emelkedik.
- 4.3. A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosítási összeg csak egy ízben és egyszeresen egyszeresen kerül kifizetésre, majd a kiegészítő biztosítás 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 kezdeti biztosítási összeg nagyságától, a biztosított életkorától, nemétől, foglalkozásától és az egyéb kockázati körülményektől függően, jelen kiegészítő biztosítás kockázatelbírlásához a biztosított egészségi nyilatkozata vagy orvosi vizsgálata, illetve egyéb orvosi iratai szükségesek.
- 5.2. 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 albiztosítás pénzalapján és a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

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

- 6.1. A jelen kiegészítő biztosítás létrejöttkor az albiztosítás tartamából –, illetve, ha az albiztosítás különös feltételeinek értelmében az albiztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnél – hátra kell lennie.
- 6.2. Az albiztosításra vonatkozó szabályzat szerint jelen kiegészítő biztosítás:
- határozatlan tartamú, amely a biztosítási év végére a szerződő, illetve a biztosító részéről írásban felmondható; vagy
 - 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 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 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 albiztosítás 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 rosszindulatú rákbetegség a biztosítottnál a szerződéskötés időpontjában már fennállott, illetőleg ha a rákbetegséget jelző vagy az azt megelőző megváltozott egészségi állapot a szerződéskötéskor a szerződő vagy a biztosított számára már ismert volt.
- 7.2. Az általános szabályzatok szolgáltatások teljesítéséhez szükséges iratokra vonatkozó pontjain és a rosszindulatú rákbetegségeknél 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 dönt a benyújtott, megfelelő dokumentumok és szükség szerint a biztosított személyes vizsgálata alapján. A döntés meghozatalánál a biztosított más egészségügyi szervezet döntése nem köti.
- 8.2. Jelen kiegészítő biztosítás nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető és kölcsönrel nem terhelhető; megszűnése esetén maradékjogokkal nem rendelkezik.