

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

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. Jelen kritikus betegségekre szóló, 7 elemű kiegészítő biztosításra az alapbiztosítás szabályai érvényesek kivéve azokban a részletekben, ahol a kiegészítő biztosítás 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 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 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.

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

3.3.4. Az általános szabályzatok szolgáltatások teljesítéséhez szükséges iratokra vonatkozó pontjain 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.

Az általános szabályzatok szolgáltatások teljesítéséhez szükséges iratokra vonatkozó pontjain túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:	legalább 3 hónappal készült, és az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket ír le.
• A betegség tényét igazoló részletes orvosi dokumentáció, beleértve a képalkotó eljárások eredményét és az idegrendszeri károsodást igazoló leleteket.	3.7. Szív-koszorúérműtét
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 vérellátás következtében kialakuló elhalása, melyet a friss szívizomelhalásra jellemző 2 klinikai kép, a laboratóriumi leletekben észlelt eltérések és típusos EKG kép igazol.	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.
3.5.2. Nem biztosítási esemény: • Az angina pectoris, egyéb akut koronária szindrómák, szívelégtelenség-, baleset-, szívizomgyulladás- és szívburokgyulladás kapcsán kialakult kórkép.	3.7.2. Nem biztosítási esemény: • Az éren keresztüli behatolással, katéteres technikával végzett beavatkozás.
3.5.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegség bekövetkeztének orvosilag megállapított időpontját követő 1 hónap eltelte.	3.7.3. 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.
3.5.4. Az általános szabályzatok szolgáltatások teljesítéséhez szükséges iratokra vonatkozó pontjain 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.	3.7.4. Az általános szabályzatok szolgáltatások teljesítéséhez szükséges iratokra vonatkozó pontjain túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők: • A betegség tényét igazoló lelet, a műtét szükségességét igazoló kardiológiai szakvélemény és a szív-koszorúérműtét elvégzéséről szóló zárójelentés, műtéti leírás.
3.6. Agyi érkatasztrófa (stroke)	3.8. Szervátültetés
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.	3.8.1. Jelen feltételek szerint szervátültetésnek minősül az olyan műtéti beavatkozás, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó testébe más személy szervezetéből orvosi indokkal szív, tüdő, máj, hasnyálmirigy, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.
3.6.2. 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.	3.8.2. Nem biztosítási esemény: • Az összejtnek, a hasnyálmirigy sziget-sejtjeinek és a szaruhártyának a beültetése.
3.6.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a maradandó, idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 3 hónap eltelte.	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.
3.6.4. Az általános szabályzatok szolgáltatások teljesítéséhez szükséges iratokra vonatkozó pontjain 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	3.8.4. Az általános szabályzatok szolgáltatások teljesítéséhez szükséges iratokra vonatkozó pontjain túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők: • A műtét szükségességét igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó teljes egészségügyi dokumentáció. 3.9. Krónikus veseelégtelenség 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. 3.9.2. Nem biztosítási esemény: • Az a betegség, amely esetén a művesekezelésre időlegesen, hevenyen fellépő vesekárosodás miatt van szükség. 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 bekövetkeztenek időpontját.

- 3.9.4. Az általános szabályzatok szolgáltatások teljesítéséhez szükséges iratokra vonatkozó pontjain túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:

- A betegség kialakulását és lefolyását feltáró vizsgálati eredmények, zárójelentések, és a rendszeres művekezelés szükségességét leíró szakorvosi lelet.

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 alpbiztosításra 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 kockázatelbírálásához 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 alpbiztosítás pénzalapján és a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

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

- 6.1. A jelen kiegészítő biztosítás létrejöttékor az alpbiztosítás tartamából – illetve, ha az alpbiztosítás különös feltételeinek értelmében az alpbiztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnek hátra kell lennie.
- 6.2. Az alpbiztosításra 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 alpbiztosítás 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 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 általános szabályzatok szolgáltatások teljesítéséhez szükséges iratokra vonatkozó pontjain és az egyes kritikus betegségeknél 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 biztosítót más egészségügyi szervezet döntése nem köti.
- 8.2. Jelen kiegészítő biztosítás nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető és kölcsönrel nem terhelhető; megszűnése esetén maradékjogokkal nem rendelkezik.