

Kockázati életbiztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halála.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a halál időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- halotti anyakönyvi kivonat,
- a halál okát igazoló dokumentum,
- a haláleset utáni orvosi jelentés,
- szükség szerint a halált megelőző orvosi kezelések iratai.

4. A jelen életbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Baleseti halál esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 1 éven belül meghal. E biztosítás szempontjából a megemelkedés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Biztosító szolgáltatása nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta. A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- halotti anyakönyvi kivonat,
- a halál baleseti eredetét igazoló orvosi bizonyítvány.

5. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Munkahelyi baleseti halál esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű munkahelyi balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 1 éven belül meghal. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

Munkahelyi baleset az olyan baleset, amely a Biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben, illetőleg munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben éri.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Biztosító szolgáltatása nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta. A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- halotti anyakönyvi kivonat,
- a halál baleseti eredetét igazoló orvosi bizonyítvány,
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv.

5. Jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Közlekedési baleseti eredetű halál esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű közlekedési balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 1 éven belül meghal.*

*Jelen biztosítási feltétel szerint **közlekedési baleset** a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként elszenvedett szárazföldi közúti balesete. Járműnek tekinthető jelen biztosítás szempontjából a KRESZ-ben ekként meghatározott közlekedési eszköz.*

***Nem minősül közlekedési balesetnek** a gyalogost, vagy utast érő olyan baleset, amelynek következtében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a közlekedési baleset időpontjában, az aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a közlekedési balesetet a Kedvezményezett szándékos, illetve a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- rendőrségi jegyzőkönyv,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyv,
- a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
- a halál baleseti eredetét igazoló orvosi bizonyítvány,
- halotti anyakönyvi kivonat.

5. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még életében a Biztosítóhoz bejelentett és a Biztosító által megállapított maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	100%
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a biztosított a *Biztosítotti Nyilatkozatban* nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvos-szakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a baleseti eredetű egészségkárosodás mértékének megállapítása független más orvos-szakértői testület döntésétől.

4. A baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
5. A Biztosító szolgáltatásait a táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kerül megállapításra.
6. A baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy biztosítottra vonatkozóan a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
7. A Biztosító szolgáltatása nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha
 - a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
8. **A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
 - a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások.
9. **A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Munkahelyi baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még életében a Biztosítóhoz bejelentett és a Biztosító által megállapított maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

Munkahelyi baleset az olyan baleset, amely a Biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben, illetőleg munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben éri.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	100%
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a biztosított a *Biztosítotti Nyilatkozatban* nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvos-szakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a baleseti eredetű egészségkárosodás mértékének megállapítása független más orvos-szakértői testület döntésétől.

4. A baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
5. A Biztosító szolgáltatásait a táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kerül megállapításra.
6. A baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy biztosítottra vonatkozóan a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
7. A Biztosító szolgáltatása nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha
 - a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
8. **A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
 - a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások.
9. **A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló progresszív szolgáltatást nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még életében a Biztosítóhoz bejelentett és a Biztosító által megállapított maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved. E biztosítás szempontjából a megemelések, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg alapján progresszív szolgáltatást nyújt. A Biztosító a progresszív szolgáltatás mértékét a 3. és a 4. pont alapján határozza meg.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	100%
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a Biztosított a *Biztosítotti Nyilatkozatban* nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvos szakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a baleseti eredetű egészségkárosodás mértékének megállapítása független más biztosító, szakértő, vagy orvos szakértői testület döntésétől.

- 4.** A Biztosító a 26% alatti maradandó egészségkárosodás esetén az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki.

Egészségkárosodás foka	Térítés százaléka
26%	27%
27%	29%
28%	31%
29%	33%
30%	35%
31%	37%
32%	39%
33%	41%
34%	43%
35%	45%
36%	47%
37%	49%
38%	51%
39%	53%
40%	55%
41%	57%
42%	59%
43%	61%
44%	63%
45%	65%
46%	67%
47%	69%
48%	71%
49%	73%
50%	75%
51%	78%
52%	81%

Egészségkárosodás foka	Térítés százaléka
53%	84%
54%	87%
55%	90%
56%	93%
57%	96%
58%	99%
59%	102%
60%	105%
61%	108%
62%	111%
63%	114%
64%	117%
65%	120%
66%	123%
67%	126%
68%	129%
69%	132%
70%	135%
71%	138%
72%	141%
73%	144%
74%	147%
75%	150%
76%	153%
77%	156%
78%	159%
79%	162%

80%	165%
81%	168%
82%	171%
83%	174%
84%	177%
85%	180%
86%	183%
87%	186%
88%	189%
89%	192%
90%	195%

91%	198%
92%	201%
93%	204%
94%	207%
95%	210%
96%	213%
97%	216%
98%	219%
99%	222%
100%	225%

5. A baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
6. A Biztosító szolgáltatásait a 3. pontban szereplő táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kerül megállapításra.
7. A baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy biztosítottra vonatkozóan a rokkantság mértéke nem haladhatja meg a 100 %-ot, így a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 225%-ot, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
8. **A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta. A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha az a Biztosított
- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
9. **A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
- a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
 - üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.
10. **A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Közlekedési baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még a Biztosított életében a Biztosítóhoz bejelentett – és a Biztosító által megállapított – maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó közlekedési balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved.*

*Jelen biztosítási feltétel szerint **közlekedési baleset a Biztosított** gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként elszenvedett szárazföldi, közúti balesete. Járműnek tekinthető jelen biztosítás szempontjából a KRESZ-ben ekként meghatározott közlekedési eszköz.*

Nem minősül közlekedési balesetnek a gyalogost vagy utast érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	100%
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%

egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a Biztosított a *Biztosított Nyilatkozatban* nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosszakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a közlekedési balesetből eredő egészségkárosodás mértékének megállapítása független más biztosító, szakértő vagy orvosszakértői testület döntésétől.

4. A közlekedési baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
5. A Biztosító szolgáltatásait a 3. pontban szereplő táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a közlekedési baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a közlekedési baleset után kerülhet megállapításra.
6. A közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy biztosítottra vonatkozóan a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeg 100%-át, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
7. **A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a közlekedési balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.
A közlekedési baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha
 - a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a Biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - c) az a Biztosított kábító, illetve bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
8. **A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
 - a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
 - rendőrségi jegyzőkönyv,
 - üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.
9. **A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Közlekedési baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló progresszív szolgáltatást nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még életében a Biztosítóhoz bejelentett és a Biztosító által megállapított maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved.*

*Jelen biztosítási feltétel szerint **közlekedési baleset a Biztosított** gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként elszenvedett szárazföldi, közúti balesete. Járműnek tekinthető jelen biztosítás szempontjából a KRESZ-ben ekként meghatározott közlekedési eszköz.*

Nem minősül közlekedési balesetnek a gyalogost vagy utast érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg alapján progresszív szolgáltatást nyújt. A Biztosító a progresszív szolgáltatás mértékét a 3. és a 4. pont alapján határozza meg.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése	100%
(azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%

egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a Biztosított a *Biztosítotti Nyilatkozatban* nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvos szakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a baleseti eredetű egészségkárosodás mértékének megállapítása független más biztosító, szakértő, vagy orvos szakértői testület döntésétől.

4. A Biztosító a 26% alatti maradandó egészségkárosodás esetén az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki.

Egészségkárosodás foka	Térítés százaléka
26%	27%
27%	29%
28%	31%
29%	33%
30%	35%
31%	37%
32%	39%
33%	41%
34%	43%
35%	45%
36%	47%
37%	49%
38%	51%
39%	53%
40%	55%
41%	57%
42%	59%
43%	61%
44%	63%
45%	65%
46%	67%
47%	69%
48%	71%
49%	73%
50%	75%

Egészségkárosodás foka	Térítés százaléka
51%	78%
52%	81%
53%	84%
54%	87%
55%	90%
56%	93%
57%	96%
58%	99%
59%	102%
60%	105%
61%	108%
62%	111%
63%	114%
64%	117%
65%	120%
66%	123%
67%	126%
68%	129%
69%	132%
70%	135%
71%	138%
72%	141%
73%	144%
74%	147%
75%	150%

76%	153%
77%	156%
78%	159%
79%	162%
80%	165%
81%	168%
82%	171%
83%	174%
84%	177%
85%	180%
86%	183%
87%	186%
88%	189%

89%	192%
90%	195%
91%	198%
92%	201%
93%	204%
94%	207%
95%	210%
96%	213%
97%	216%
98%	219%
99%	222%
100%	225%

5. A baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
6. A Biztosító szolgáltatásait a 3. pontban szereplő táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kerül megállapításra.
7. A baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy biztosítottra vonatkozóan a rokkantság mértéke nem haladhatja meg a 100 %-ot, így a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 225%-ot, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
8. **A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta. A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha az a Biztosított
- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
9. **A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
- a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
 - rendőrségi jegyzőkönyv.
10. **A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében csonttörést, illetve csontrepedést szenved.

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított csonttörést, illetve csontrepedés szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. Ugyanazon balesetből kifolyólag a biztosítási összeg csak egyszeresen kerül kifizetésre, függetlenül attól, hogy az adott baleset egy vagy több testrészen okozott sérülést.

4. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- csonttörést vagy csontrepedést dokumentáló orvosi igazolások.

6. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Munkahelyi baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező munkahelyi balesete, amelynek következtében csonttörést, illetve csontrepedést szenved.

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított csonttörést, illetve csontrepedést szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

Munkahelyi baleset az olyan baleset, amely a Biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben, illetőleg munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben éri.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. Ugyanazon balesetből kifolyólag a biztosítási összeg csak egyszeresen kerül kifizetésre, függetlenül attól, hogy az adott baleset egy vagy több testrészen okozott sérülést.

4. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- csonttörést vagy csontrepedést dokumentáló orvosi igazolások,
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv.

6. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló progresszív térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében csonttörést, illetve csontrepedést szenved.

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított 3 hónapon belül megállapíthatóan, de még a tartam alatt, csonttörést illetve csontrepedést szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

Jelen feltételek szempontjából a fogtörés és a veleszületett, ill. időskori csontrendszeri rendellenességből (oszteoporózis, stb.) származó csonttörés nem minősül biztosítási eseménynek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százalékát fizeti ki.

	Egyszerű törések *	Végtag törések **	Egyéb kiemelt testtájéki törések ***
Csontrepedés (fissura)	10%	20%	25%
Csonttörés (fractura)	15 %	35 %	50%
Súlyos csonttörés (nyílt, darabos, sorozattörés)	20 %	70 %	100%

* egyszerű törések: kézujj, lábujj, borda, szegycsont, orrcsont-törés

** végtagtörések:

felsővégtag: kulcscsont, lapocka, felkarcsont, alkarcsontok, kéztőcsontok, kézközépcsontok

alsóvégtag: csípőízület (ízüvepa), combnyak, combcsont, térdkalács, lábszárcsontok, lábtőcsontok, lábközépcsontok

***egyéb kiemelt testtájéki törések: koponya csontok (kivéve orrcsont), gerinc, keresztcsont, medencecsont

Ha a Biztosított **ugyanazon biztosítási esemény következtében** ugyanazon testrészben különböző súlyosságú csonttörést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatásának mértékét a legsúlyosabb csonttörés figyelembevételével állapítja meg.

Amennyiben **ugyanazon biztosítási esemény kapcsán** több testrész sérül, úgy a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészek alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de a Biztosító által az együttesen kifizethető szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a biztosítási összeg kétszeresét.

Vitás esetekben a csonttörés mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.

3. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a

kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a Biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- A csonttörést vagy csontrepedést dokumentáló orvosi igazolások,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.

5. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Teljes rokkantságra szóló, egyösszegű térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosított munkaképességének a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező olyan mértékű megváltozása, amelynek következtében a mindenkor illetékes magyar szakigazgatási szerv a biztosítás tartama alatt a Biztosított egészségi állapotát jogerősen 1-30% között állapítja meg. **A biztosítási esemény időpontja a határozat kiadásának napja.**

A Biztosítónak joga van a határozatban megállapított rokkantság felülbírálására. Egy Biztosított csak egy alkalommal jogosult szolgáltatásra.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a határozat kiadásának napján aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki, feltéve, hogy a Biztosított a határozat kiadásának időpontjában, és a biztosítóhoz történt bejelentés napján is életben van.

3. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki. A Biztosító a várakozási idő alkalmazásától eltekint abban az esetben, ha a biztosítás az adott Biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre.

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az **Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**

- rokkantsági ellátást megállapító jogerős szakigazgatási határozat.

5. A jelen biztosításra az **AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei** érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Teljes vagy részleges rokkantság esetére szóló, egyösszegű térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosított munkaképességének a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselés hatálya alatt bekövetkező olyan mértékű megváltozása, amelynek következtében a mindenkor illetékes magyar szakigazgatási szerv a Biztosított egészségi állapotát jogerősen 1-50% közötti mértékben állapítja meg és C2, D vagy E kategóriába sorolja. **A biztosítási esemény időpontja a határozat kiadásának napja.**

A Biztosítónak joga van a határozatban megállapított rokkantság felülbírálására.

Nem biztosítási esemény a szociális alapon megállapított rokkantsági ellátásra vonatkozó határozat kiadása.

2. Biztosítási szolgáltatás

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén **a Biztosító a határozat kiadásának napján aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek, feltéve, hogy a Biztosított a határozat kiadásának időpontjában, és a biztosítóhoz történt bejelentés napján is életben van.**

3. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki. A Biztosító a várakozási idő alkalmazásától eltekint abban az esetben, ha a biztosítás az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre.

4. **A biztosítási összeg – egyazon biztosított esetében, egyazon biztosítótól – a biztosított élete során csak egyszer kerülhet kifizetésre, függetlenül attól, hogy milyen rokkantsági kategória szerint történt a szolgáltatás.**

5. **A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**

- a rokkantsági ellátást megállapító jogerős szakigazgatási határozat,
- a rehabilitációval kapcsolatos javaslatra vonatkozó jogerős szakigazgatási határozat.

6. **A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Balesetből eredő keresőképtelenség esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó és jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a Biztosítottnak a Mellékletben meghatározott tartamot elérő vagy azt meghaladó, orvosi szempontból indokolt folyamatos keresőképtelenségét idézi elő.

*Jelen biztosítás szempontjából **keresőképtelen** az, aki balesete miatt munkáját – orvosi szempontból indokoltan – nem tudja ellátni, és aki a vonatkozó jogszabályok alapján a betegszabadság, illetve a táppénz igénybevételére jogosult. A keresőképtelenség tartamát és okát az arra érvényes jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.*

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesettől számított 3 hónapon belül keresőképtelenné válik, orvosi kezelésre vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul. E biztosítás szempontjából a megemelkedés, rándulás, **foglalkozási betegség (ártalom)**, fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a keresőképtelenség – jelen és a Mellékletben meghatározott feltételek szerinti – minden napjára kifizeti a baleset időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget.

Amennyiben a keresőképtelenség tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő keresőképtelenségi napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

3. A Biztosító egy biztosítási évben egy biztosított vonatkozásában legfeljebb összesen az aktuális Mellékletben meghatározott keresőképtelenségi napra nyújt térítést. Amennyiben az adott naptári évben a Biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a Mellékletben meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A keresőképtelenség napjainak számlálásánál a keresőképtelenség minden naptári napja egész napnak számít, így a keresőképtelenségre való felvétel és elbocsátás napja is.

4. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak*, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy

- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- a Szerződő igazolása a betegszabadság, illetve táppénz tartamáról,
- a keresőképtelenség tényét és tartamát igazoló, érvényesen kitöltött, az OEP által rendszeresített "Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről", illetve "Orvosi igazolás" a keresőképtelenség meghosszabbításáról nyomtatvány(ok) vagy azoknak hiteles másolata,
- a keresőképtelenséget megállapító orvos igazolása a keresőképtelenség baleseti eredetéről, konkrétan megnevezett okáról, a keresőképtelenséget okozó baleset időpontjáról,
- szükség esetén a keresőképtelenséget megelőző egészségi állapotra, illetve betegségekre vonatkozó orvosi igazolások,

Kórházi ápolás esetén:

- "Igazolvány" a kórházi ápolás időtartamáról,
- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja.
- a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását.

6. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Munkahelyi balesetből eredő keresőképtelenség esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó és jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a Biztosítottnak a Mellékletben meghatározott tartamot elérő vagy azt meghaladó, orvosi szempontból indokolt folyamatos keresőképtelenségét idézi elő.

*Jelen biztosítás szempontjából **keresőképtelen** az, aki balesete miatt munkáját – orvosi szempontból indokoltan – nem tudja ellátni, és aki a vonatkozó jogszabályok alapján a betegszabadság, illetve a táppénz igénybevételére jogosult. A keresőképtelenség tartamát és okát az arra érvényes jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.*

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesettől számított 3 hónapon belül keresőképtelenné válik, orvosi kezelésre vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, **foglalkozási betegség (ártalom)**, fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

***Munkahelyi baleset** az olyan baleset, amely a Biztosítottat – a szerződőnél fennálló jogviszony keretén belül – a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben, illetőleg munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben éri.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a keresőképtelenség – jelen és a Mellékletben meghatározott feltételek szerinti – minden napjára kifizeti a baleset időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget.

Amennyiben a keresőképtelenség tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő keresőképtelenségi napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

3. A Biztosító **egy naptári évben** egy biztosított vonatkozásában **legfeljebb összesen az aktuális Mellékletben meghatározott keresőképtelenségi napra** nyújt térítést. Amennyiben az adott naptári évben a Biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a Mellékletben meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A keresőképtelenség napjainak számlálásánál a keresőképtelenség minden naptári napja egész napnak számít, így a keresőképtelenségre való felvétel és elbocsátás, vagy az esetleges elhalálozás napja is.

4. A Biztosító szolgáltatása az **Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- a Szerződő igazolása a betegszabadság, illetve táppénz tartamáról,
- a keresőképtelenség tényét és tartamát igazoló, érvényesen kitöltött, az OEP által rendszeresített "Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről", illetve "Orvosi igazolás" a keresőképtelenség meghosszabbításáról nyomtatvány(ok) vagy azoknak hiteles másolata,
- a keresőképtelenséget megállapító orvos igazolása a keresőképtelenség baleseti eredetéről, konkrétan megnevezett okáról, a keresőképtelenséget okozó baleset időpontjáról,
- szükség esetén a Biztosító által bekért egyéb, a keresőképtelenséget megelőző egészségi állapotra, illetve betegségekre vonatkozó orvosi igazolások.

Kórházi ápolás esetén:

- "Igazolvány" a kórházi ápolás időtartamáról,
- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja.

6. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Baleseti eredetű keresőképtelenség esetére szóló, egyösszegű térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó és jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a Biztosítottnak a Mellékletben meghatározott tartamot elérő vagy azt meghaladó, orvosi szempontból indokolt folyamatos keresőképtelenségét idézi elő.

*Jelen biztosítás szempontjából **keresőképtelen** az, aki balesete miatt munkáját – orvosi szempontból indokoltan – nem tudja ellátni, és aki a vonatkozó jogszabályok alapján a betegszabadság, illetve a táppénz igénybevételére jogosult. A keresőképtelenség tartamát és okát az arra érvényes jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.*

Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából baleset a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesettől számított 3 hónapon belül keresőképtelenné válik, orvosi kezelésre vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító – jelen és a Mellékletben meghatározott feltételek szerinti – a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

Amennyiben a keresőképtelenség tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő keresőképtelenségi időre- és eseményekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

3. Ugyanazon balesettel összefüggésben szükségessé váló, egymást megszakítással követő keresőképtelenségek esetén a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeg legfeljebb egyszer kerülhet kifizetésre.

4. A baleset előtt már fennállott megbetegedéssel, egészségkárosodással összefüggő keresőképtelen állapotra a Biztosítónak térítési kötelezettsége nincs.

5. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy

- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

6. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- a Szerződő igazolása a betegszabadság, illetve táppénz egy napra eső összegéről és tartamáról,
- a keresőképtelenség tényét és tartamát igazoló, érvényesen kitöltött, az OEP által rendszeresített "Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről", illetve "Orvosi igazolás" a keresőképtelenség meghosszabbításáról nyomtatvány(ok) vagy azoknak hiteles másolata,
- a keresőképtelenséget megállapító orvos igazolása a keresőképtelenség baleseti eredetéről, konkrétan megnevezett okáról, a keresőképtelenséget okozó baleset időpontjáról,
- szükség esetén a Biztosító által bekért egyéb, a keresőképtelenséget megelőző egészségi állapotra, illetve betegségekre vonatkozó orvosi igazolások,

Kórházi ápolás esetén:

- "Igazolvány" a kórházi ápolás időtartamáról,
- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja.

7. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Keresőképtelenség esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó és jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt megkezdődő és tartó, a Mellékletben meghatározott tartamot elérő vagy azt meghaladó folyamatos keresőképtelensége.

Keresőképtelen az, aki saját betegsége vagy balesete miatt munkáját - orvosi szempontból indokoltan - nem tudja ellátni, és aki a vonatkozó jogszabályok alapján a betegszabadság, illetve a táppénz igénybevételére jogosult. A keresőképtelenség tartamát és okát csak az arra érvényes jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a keresőképtelenség – jelen és a Mellékletben meghatározott feltételek szerinti – minden napjára kifizeti a keresőképtelenség kezdetekor aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget.

Amennyiben a keresőképtelenség tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő keresőképtelenségi napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

3. A Biztosító **egy biztosítási évben** egy biztosított vonatkozásában **legfeljebb összesen az aktuális Mellékletben meghatározott keresőképtelenségi napra** nyújt térítést. Amennyiben az adott naptári évben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a Mellékletben meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A biztosítási esemény napjainak számlálásánál a biztosítási esemény minden naptári napja egész napnak számít, így a keresőképtelenségre való felvétel és elbocsátás napja is.

4. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetekből eredő biztosítási eseményre terjed ki.

5. Nem biztosítási esemény

- a) a Biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő keresőképtelenség,
- b) az adott biztosított vonatkozásában az olyan keresőképtelenség, amely a kockázatviselés kezdetét megelőző 2 évben már fennálló vagy fellépő betegségének, sérülésének, egészségkárosodásának következménye,
- c) a mesterséges megtermékenyítés és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi kezelés miatti keresőképtelenség,
- d) a terhességgel, művi terhesség megszakítással és szüléssel, valamint gyermekápolással kapcsolatos keresőképtelenség,

- e) a kozmetikai és plasztikai műtét miatt bekövetkező keresőképtelenség, kivéve, ha az a biztosítás tartama alatt bekövetkezett baleset vagy betegség következtében fellépő szövetelváltozások rekonstrukciós célú helyreállítására irányul,
- f) a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek, illetve a pszichoterápiás gyógykezelés miatti keresőképtelenség,
- g) az alkohol-elvonókúra, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelésből eredő keresőképtelenség.

6. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet vagy betegséget a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset, egészségromlás, illetve betegség akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

7. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/4. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- a Szerződő igazolása a betegszabadság, illetve táppénz tartamáról,
- a keresőképtelenség tényét és tartamát igazoló, érvényesen kitöltött, az OEP által rendszeresített "Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről", illetve "Orvosi igazolás" a keresőképtelenség meghosszabbításáról nyomtatvány vagy annak hiteles másolata,
- a keresőképtelenséget megállapító orvos igazolása a keresőképtelenség konkrétan megnevezett okáról, továbbá
- szükség esetén a Biztosító által bekért egyéb, a keresőképtelenséget megelőző egészségi állapotra, illetve betegségekre vonatkozó orvosi igazolások.

Kórházi ápolás esetén:

- "Igazolvány" a kórházi ápolás időtartamáról,
- kórházi zárójelentés,
- a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását.

8. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a Biztosítottnak a Mellékletben meghatározott tartamot elérő, illetve azt meghaladó, folyamatos kórházi ápolást idézi elő. A tartam választható, ennek rögzítésére a *Mellékletben* kerül sor.

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében 2 éven belül a Biztosított fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul, melyet zárójelentéssel igazol. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget minden kórházi ápolási napra kifizeti.

Amennyiben a Biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át téríti.

Amennyiben a kórházi ápolás tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő kórházi ápolási napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

3. A Biztosító egy biztosítási évben egy biztosított vonatkozásában legfeljebb összesen az aktuális Mellékletben meghatározott kórházi napokra nyújt térítést.

Amennyiben az adott naptári évben a Biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a Mellékletben meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A biztosítási eseményből következő kórházi ápolás napjainak számlálásánál az ápolás minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás is.

4. A Szerződés alkalmazása szempontjából kórháznak minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartson fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben, szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

5. A Szerződés alkalmazása szempontjából nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkohol- és drogelvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősek, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve ezek betegosztályai.

- 6. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre,** ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha
- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
- 7. Nem biztosítási esemény:** a balesettel összefüggésben kialakuló pszichiátriai betegségek, nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, illetve pszichoterápiás kórházi gyógykezelés.
- 8. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja, a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a zárójelentés hiteles fordítása.
- 9. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Munkahelyi baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező munkahelyi balesete, amely a Biztosítottnak a Mellékletben meghatározott tartamot elérő, illetve azt meghaladó, folyamatos kórházi ápolását idézi elő. A tartam választható, ennek rögzítésére a Mellékletben kerül sor.

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében 2 éven belül a Biztosított fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul, melyet kórházi zárójelentéssel igazol. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

Munkahelyi baleset az olyan baleset, amely a Biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben, illetőleg munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben éri.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget minden kórházi ápolási napra kifizeti.

3. A Biztosító egy naptári évben egy biztosított vonatkozásában legfeljebb összesen az aktuális Mellékletben meghatározott kórházi napokra nyújt térítést. Amennyiben az adott naptári évben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a Mellékletben meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A biztosítási eseményből következő kórházi ápolás napjainak számlálásánál az ápolás minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás, vagy halál napja is.

4. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartson fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben, szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

5. A Szerződés alkalmazása szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a szanatóriumok, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkohol- és drogelvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősek, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve ezek betegosztályai.

6. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

7. Nem biztosítási esemény: a balesettel összefüggésben kialakuló pszichiátriai betegségek, nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, illetve pszichoterápiás kórházi gyógykezelés.

8. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja,
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv.

9. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló egyösszegű térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a biztosítottnak a *Mellékletben* meghatározott tartamot elérő folyamatos kórházi ápolását idézi elő. A tartam választható, ennek rögzítésére a *Mellékletben* kerül sor.

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében 2 éven belül a Biztosított fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul, melyet kórházi zárójelentéssel igazol. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki, függetlenül a kórházi kezelés további tartamától.

Amennyiben a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven túl elkezdődő kórházi ápolások vonatkozásában a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.

3. Ugyanazon balesettel összefüggésben szükségessé váló, egymást megszakítással követő kórházi ápolások esetén a biztosítási összeg legfeljebb egyszer kerülhet kifizetésre.

4. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartson fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben, szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

5. A Szerződés alkalmazása szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a szanatóriumok, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkohol- és drogelvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősek, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve ezek betegosztályai.

6. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy

- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

- 7. Nem biztosítási esemény:** a balesettel összefüggésben kialakuló pszichiátriai betegségek, nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, illetve pszichoterápiás kórházi gyógykezelés.
- 8. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
 - kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja.
- 9. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Munkahelyi baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló, egyösszegű térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező munkahelyi balesete, amely a Biztosítottnak a Mellékletben meghatározott tartamot elérő folyamatos kórházi ápolását idézi elő. A tartam választható, ennek rögzítésére a *Mellékletben* kerül sor.

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében 2 éven belül a Biztosított fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul, melyet kórházi zárójelentéssel igazol. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

Munkahelyi baleset az olyan baleset, amely a biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben, illetőleg munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben éri.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki, függetlenül a kórházi kezelés további tartamától.

Amennyiben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven túl elkezdődő kórházi ápolások vonatkozásában, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.

3. Ugyanazon balesettel összefüggésben szükségessé váló, egymást megszakítással követő kórházi ápolások esetén a biztosítási összeg legfeljebb egyszer kerül kifizetésre.

4. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartson fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben, szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

5. A Szerződés alkalmazása szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a szanatóriumok, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkohol- és drogelvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősek, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve ezek betegosztályai.

6. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy

- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

7. Nem biztosítási esemény: a balesettel összefüggésben kialakuló pszichiátriai betegségek, nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, illetve pszichoterápiás kórházi gyógykezelés.

8. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja,
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv.

9. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak az orvosi szempontból indokolt, és a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt megkezdődő, a *Mellékletben* meghatározott tartamot elérő, vagy azt meghaladó folyamatos kórházi ápolása, melyet kórházi zárójelentéssel igazol. A tartam választható, ennek rögzítésére a *Mellékletben* kerül sor.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a kórházi ápolás kezdetekor aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget, a kórházi ápolás minden napjára kifizeti.

Amennyiben a Biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át téríti.

Amennyiben a kórházi ápolás tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő kórházi ápolási napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

3. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki. A Biztosító a várakozási idő alkalmazásától eltekint abban az esetben, ha a biztosítás az adott Biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre.

4. A Biztosító **egy biztosítási évben** egy biztosított vonatkozásában **legfeljebb összesen az aktuális Mellékletben meghatározott kórházi ápolási napra** nyújt térítést. Amennyiben az adott biztosítási évben a Biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a Mellékletben meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A **biztosítási esemény napjainak számlálásánál** a biztosítási esemény minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és az elbocsátás is.

5. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartson fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben, szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

6. A Szerződés alkalmazása szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkoholelvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősek, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve azok betegosztályai.

7. Nem biztosítási esemény:

- a Biztosított **veleszületett rendellenességeivel** összefüggő ellátás,
- az adott Biztosított vonatkozásában az olyan kórházi ápolás, mely a kockázatviselés kezdetét megelőző 2 évben már fennálló, illetve fellépő betegségének következménye.
- a **mesterséges megtermékenyítés és fogamzásgátlás** valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi kezelés,
- a 10 napos folyamatos kórházi ápolási tartamot el nem érő, **terhességgel**, művi **terhesség-megszakítással** és **szüléssel** kapcsolatos kórházi ápolás,
- a **kozmetikai és plasztikai műtét**, kivéve, ha az baleset vagy betegség következtében fellépő szövetelváltozások rekonstrukciós célú helyreállítására irányul,
- a **krónikus vesedialízissel** kapcsolatos kórházi kezelés,
- a **pszichiátriai betegségek** és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés,
- az alkohol-**elvonókúra**, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelés.

8. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül **nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet vagy betegséget a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta. A baleset, egészségromlás, illetve betegség akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

9. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés, a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a zárójelentés hiteles fordítása,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.

10. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Balesetből eredő műtétekre szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó és jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt történt **balesete következtében** a biztosított a kockázatviselés hatálya alatt orvos által elvégzett és orvosilag indokolt **műtét**.

*Jelen biztosítás szempontjából **műtéten** olyan terápiás célú sebészeti eljárást kell érteni, amelyet kórházban (lásd 3. pont), az érvényes orvos-szakmai szabályok betartásával végeznek és szerepel a mellékelt Műtéti táblázatban felsorolt műtétek, illetve sebészeti beavatkozások között, és a beavatkozás ugyanott nem kerül kizárásra.*

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a biztosított 3 hónapon belül orvosilag indokolt műtétet végeznek. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás nem minősül balesetnek.*

Nem biztosítási esemény az olyan műtét, amelynek szükségessége okozati összefüggésben áll a biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a biztosítás hatályba lépését megelőzően már kialakult károsodásával.

2. Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a műtéteket a biztosítási szolgáltatás szempontjából a mellékelt Műtéti táblázat szerint négy kategóriába - **kis, közepes, nagy, kiemelt műtétek** - sorolja be.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozóan **műtéti térítést** fizet. A műtéti térítés összege a biztosítotton végrehajtott műtéti eljárás kategóriájához tartozó - a baleset időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó - biztosítási összeg.

Ha **egyazon műtét során ugyanazon testrészen, vagy szerveen több sebészeti eljárást** végeznek, akkor az adott testrészen, vagy szerveen végzett sebészeti eljárások miatt esedékes biztosítási szolgáltatás annak a beavatkozásnak alapján kerül meghatározásra, amely az alkalmazott eljárások közül a legmagasabb térítési kategóriába esik.

Ha **egyazon műtét során több testrészen, vagy szerveen** végeznek **sebészeti eljárásokat**, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken, vagy szerveken történt beavatkozások alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de nem haladhatja meg a kiemelt műtétekre vonatkozó biztosítási összeget.

Ha **ugyanazon baleset következtében** a balesetet követő egy éven belül **több - időben egymástól elkülönült - műtét**re kerül sor, úgy az adott baleset miatt végzett műtétekre együttesen kifizethető szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a *kiemelt* műtétekre vonatkozó biztosítási összeg kétszeresét.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő **felülvizsgálat**ához kötheti.

3. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartsanak fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

4. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi, orvosi dokumentum, amely igazolja a műtéti beavatkozás baleseti eredetét és tartalmazza annak pontos megnevezését, illetve leírását,
- a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását.

6. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Műtéti táblázat

a baleseti műtétek szolgáltatási kategóriákba való besorolásához

<p>I. Kis műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none">• arctörések zárt helyretétele tűzéssel, szájsebészeti, de nem fogászati műtétek• kisebb érsérülések helyreállítása, perifériás idegvarratok• kisebb szemműtétek (kötőhártya, szaruhártya, szemhéjsérülések öltése, varrata, idegentest műtéti eltávolítása szem felületes rétegeiből)• kisebb fül-, orrműtétek (pl. lágyszív-sérülés, dobhártyasérülés ellátása)• kis területű égés kezelése (testfelület 6%-a alatt, III-ad, IV-ed fokú) kisebb bőrátültetések, bőrplasztika• mellüreg drainálása, légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronchoscóppal, bordaresectio• egyszerűbb ízületi és csontsérülések ellátása végtagokon, ín és szalagvarratok kézen, lábon arthroszkópos műtétek, kisebb amputációk (kézujj, lábujj)• külső nemi szervek műtétei a nemi szervek megtartásával	<p>III. Nagy műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none">• agysérüléssel járó koponyasérülések műtétei, kiterjedt gerincsérülések műtétei (pl. több csigolyát érintő belső rögzítés, gerincvelő sérülések műtétei)• arccsont és állkapocs eltávolítása• nagyerek helyreállító műtétei, helyreállító idegműtétek, idegátültetések• testfelület 20-40%-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei• féloldali tüdőkiirtás, mellkasfal helyreállítása• nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomor, vastagbél teljes kiirtása)• nagy műtétek ízületeken, nagyízületi protézisek behelyezése, teljes végtag amputációk
<p>II. Közepes műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none">• koponyasérülések műtétei (pl. agyhártyák vérömlenyeinek eltávolítása, koponyatörések ellátása), izolált gerincsérülés műtétei (pl. porckorong eltávolítás, egy csigolyára kiterjedő belső rögzítés)• részleges arccsont- és állkapocstörések nyílt helyretétele, lágyszív és kemény szájpad helyreállító műtétei• érpótlások és érátültetések nagyobb idegvarratok• helyreállító szemműtétek (pl. íriszplasztika, szemizmon végzett műtétek), szemlencse eltávolítás, szemgolyó eltávolítás• közepes fül-, orr- és gégeműtétek (pl. gégeresection)• testfelület 6-20 %-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei• mellüregi beavatkozások: rekeszizom ellátása, mellhártyakiirtás, tüdőlebens kiirtás, mellműtétek• máj, hasnyálmirigy, vese, bél sérülésének ellátása lépeltávolítás, veseeltávolítás• végtagrögzítés (csavar, velőűr-szeg, lemez) csonteltávolítás, csontpótlás ízületeken végzett közepes műtétek: ínátültetések, kisebb protézisek beültetése részleges végtag amputációk• nemi szervek nagyobb műtétei	<p>IV. Kiemelt műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none">• súlyos koponya és agysérülések nyílt műtétei• gerinccsatorna műtétei gerinctörés esetén• testfelület 40%-ánál nagyobb kiterjedésű, III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei• kiterjedt, életmentő, mellüregi műtétek• szerv transzplantáció

Kizárások:

- bőrvarratok és szövödményeik ellátása
- műtéti sebek/hegek műtétet követő ellátása (sebtisztítás, váladékelvezetés)
- műtét során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása
- bőrfelszíni és bőr alatti szövetek sérüléseinek műtéti ellátása
- idegen test eltávolítása bőr alatti szövetekből, testnyílásokból
- fogászati műtétek, fogeltávolítás
- I-II fokú égések ellátása

Munkahelyi balesetből eredő műtétekre szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó – és jelen kockázatra is kiterjedő – kockázatviselésének hatálya alatt történt **balesete következtében**, a Biztosított a kockázatviselés hatálya alatt orvos által elvégzett és orvosilag indokolt **műtét**.

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a biztosított 3 hónapon belül orvosilag indokolt műtétet végeznek. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás nem minősül balesetnek.*

*Jelen biztosítás szempontjából **műtét**en olyan terápiás célú sebészeti eljárást kell érteni, amelyet kórházban (lásd 3. pont), az érvényes orvosszakmai szabályok betartásával végeznek és szerepel a mellékelt Műtéti táblázatban felsorolt műtétek, illetve sebészeti beavatkozások között, és a beavatkozás ugyanott nem kerül kizárásra.*

Munkahelyi baleset az olyan baleset, amely a Biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben, illetőleg munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben éri.

Nem biztosítási esemény az olyan műtét, amelynek szükségessége okozati összefüggésben áll a Biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a biztosítás hatályba lépését megelőzően már kialakult károsodásával.

2. Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a műtéteket a biztosítási szolgáltatás szempontjából a mellékelt *Műtéti táblázat* szerint négy kategóriába – **kis, közepes, nagy, kiemelt műtétek** – sorolja be.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozóan **műtéti térítést** fizet. A műtéti térítés összege a Biztosítotton végrehajtott műtéti eljárás kategóriájához tartozó – a baleset időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó – biztosítási összeg.

Ha **egyazon műtét során, ugyanazon testrészen vagy szerveen több sebészeti eljárást** végeznek, akkor az adott testrészen vagy szerveen végzett sebészeti eljárások miatt esedékes biztosítási szolgáltatás annak a beavatkozásnak alapján kerül meghatározásra, amely az alkalmazott eljárások közül a legmagasabb térítési kategóriába esik.

Ha **egyazon műtét során, több testrészen vagy szerveen** végeznek **sebészeti eljárásokat**, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken, vagy szerveken történt beavatkozások alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de nem haladhatja meg a kiemelt műtétekre vonatkozó biztosítási összeget.

Ha **ugyanazon baleset következtében** a balesetet követő egy éven belül **több – időben egymástól elkülönült – műtét**re kerül sor, úgy az adott baleset miatt végzett műtétekre együttesen kifizethető szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a *kiemelt* műtétekre vonatkozó biztosítási összeg kétszeresét.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő **felülvizsgálat**ához kötheti.

3. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartsanak fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

4. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi, orvosi dokumentum, amely igazolja a műtéti beavatkozás baleseti eredetét és tartalmazza annak pontos megnevezését, illetve leírását.

6. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Műtéti táblázat

a munkahelyi baleseti műtétek szolgáltatási kategóriákba való besorolásához

<p>I. Kis műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none">• arctörések zárt helyretétele tűzéssel, szájsebészeti, de nem fogászati műtétek• kisebb érsérülések helyreállítása, perifériás idegvarratok• kisebb szemműtétek (kötőhártya, szaruhártya, szemhéjsérülések öltése, varrata, idegentest műtéti eltávolítása szem felületes rétegeiből)• kisebb fül-, orrműtétek (pl. lágyrészsérülés, dobhártyasérülés ellátása)• kis területű égés kezelése (testfelület 6%-a alatt, III-ad, IV-ed fokú) kisebb bőrátültetések, bőrpasztika• mellüreg drainálása, légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronchoscóppal, bordaresectio• egyszerűbb ízületi és csont sérülések ellátása végtagokon, ín és szalagvarratok kézen, lábon arthroszkópos műtétek, kisebb amputációk (kézujj, lábujj)• külső nemi szervek műtétei a nemi szervek megtartásával	<p>III. Nagy műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none">• agysérüléssel járó koponyasérülések műtétei, kiterjedt gerincsérülések műtétei (pl. több csigolyát érintő belső rögzítés, gerincvelő sérülések műtétei)• arccsont és állkapocs eltávolítása• nagyerek helyreállító műtétei, helyreállító idegműtétek, idegátültetések• testfelület 20-40%-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei• féloldali tüdőkiirtás, mellkasfal helyreállítása• nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomor, vastagbél teljes kiirtása)• nagy műtétek ízületeken, nagyízületi protézisek behelyezése, teljes végtag-amputációk
<p>II. Közepes műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none">• koponyasérülések műtétei (pl. agyhártyák vérömlenyeinek eltávolítása, koponyatörések ellátása), izolált gerincsérülés műtétei (pl. porckorong eltávolítás, egy csigolyára kiterjedő belső rögzítés)• részleges arccsont- és állkapocstörések nyílt helyretétele, lágú és kemény szájpad helyreállító műtétei• érpótlások és érátültetések nagyobb idegvarratok• helyreállító szemműtétek (pl. íriszplasztika, szemizmon végzett műtétek), szemlencse eltávolítás, szemgolyó eltávolítás• közepes fül-, orr- és gégeműtétek (pl. gégereseectio)• testfelület 6-20 %-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei• mellüregi beavatkozások: rekeszizom ellátása, mellhártyakiirtás, tüdőlebens kiirtás, mellműtétek• máj, hasnyálmirigy, vese, bél sérülésének ellátása lépeltávolítás, veseeltávolítás• végtagrögzítés (csavar, velőűrszeg, lemez) csonteltávolítás, csontpótlás ízületeken végzett közepes műtétek: ínátültetések, kisebb protézisek beültetése részleges végtag-amputációk• nemi szervek nagyobb műtétei	<p>IV. Kiemelt műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none">• súlyos koponya és agysérülések nyílt műtétei• gerinccsatorna műtétei gerinctörés esetén• testfelület 40%-ánál nagyobb kiterjedésű, III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei• kiterjedt, életmentő, mellüregi műtétek• szerv transzplantáció

Kizárások:

- bőrvarratok és szövődményeik ellátása
- műtéti sebek/hegek műtétet követő ellátása (sebtisztítás, váladékelvezetés)
- műtét során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása
- bőrfelszíni és bőr alatti szövetek sérüléseinek műtéti ellátása
- idegen test eltávolítása bőr alatti szövetekből, testnyílásokból
- fogászati műtétek, fogeltávolítás
- I-II fokú égések ellátása

Műtétekre szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó és jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt a Biztosítotton orvos által elvégzett és orvosilag indokolt, jelen feltételek szerinti **műtét**.

*Jelen biztosítás szempontjából **műtéten** olyan terápiás célú sebészeti eljárást kell érteni, amelyet kórházban (lásd 3. pont), az érvényes orvosszakmai szabályok betartásával végeznek és szerepel a mellékelt Műtéti táblázatban felsorolt műtétek, illetve sebészeti beavatkozások között, és a beavatkozás ugyanott nem kerül kizárásra.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a műtéteket a biztosítási szolgáltatás szempontjából a mellékelt Műtéti táblázat szerint négy kategóriába – **kis, közepes, nagy, kiemelt műtétek** – sorolja be.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozóan **műtéti térítést** fizet. A műtéti térítés összege a biztosítotton végrehajtott műtéti eljárás kategóriájához tartozó – a műtét időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó – biztosítási összeg.

Ha **egyazon műtét során ugyanazon testrészen, vagy szerven több sebészeti eljárást** végeznek, akkor az adott testrészen, vagy szerven végzett sebészeti eljárások miatt esedékes biztosítási szolgáltatás annak a beavatkozásnak alapján kerül meghatározásra, amely az alkalmazott eljárások közül a legmagasabb térítési kategóriába esik.

Ha **egyazon műtét során több testrészen, vagy szerven** végeznek **sebészeti eljárásokat**, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken, vagy szerveken történt beavatkozások alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de nem haladhatja meg a kiemelt műtétekre vonatkozó biztosítási összeget.

Ha **egy biztosítási időszakban több – időben egymástól elkülönült – műtétre** kerül sor, úgy a műtétekre együttesen kifizethető szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a **kiemelt** műtétekre vonatkozó biztosítási összeg kétszeresét.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő **felülvizsgálat**ához kötheti.

3. Nem biztosítási esemény

2.1. – az úgynevezett **“halasztott” műtét**, amelynek szükségessége a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően már megállapítást nyert,

2.2. – az olyan **műtét, amelynek szükségessége okozati összefüggésben áll olyan betegséggel, vagy állapottal, amely** a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét **megelőzően már fennállt** és arról a Biztosított tudott, vagy tudnia kellett, **kivéve** az olyan eseteket, **amikor** a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően **két évig** a Biztosított az adott betegséggel kapcsolatban panasz és **tünetmentes volt** és orvosi gyógykezelésre nem szorult,

2.3. - a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően már maradandóan károsodott, nem ép testrészen, szervén végzett műtét, **ha a műtét szükségessége okozati összefüggésben áll** a kockázatviselés kezdete előtt **már kialakult maradandó károsodással**.

4. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. Ezen időszak alatt a biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki. A Biztosító a várakozási idő alkalmazásától eltekint abban az esetben, ha a biztosítás az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre.
5. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek
- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartsanak fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
 - állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
 - feladataikat folyamatos munkarendben szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.
6. Balesetből eredő műtétek esetén **a Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.
A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha
- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
7. **A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:**
- kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi, orvosi dokumentum, amely tartalmazza a műtéti beavatkozás pontos megnevezését, illetve leírását,
 - a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását.
8. **A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Műtéti táblázat

a műtétek szolgáltatási kategóriákba való besorolásához

<p>I. Kis műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none">• szájsebészeti, de nem fogászati műtétek• erek kisebb műtétei, perifériás idegvarratok• kisebb szemműtétek (kötőhártya, szaruhártya, szemhéj varrata, idegentest műtéti eltávolítása a szem felületes rétegeiből)• kisebb fül-, orrműtétek (pl. lágyszövet elváltozás, dobhártya-műtétek, mandulaműtétek),• mellüreg drainálása, légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronchoszóppal, bordaresectio• hasfali helyreállító műtétek, kisebb sérvműtétek• egyszerűbb ízületi vagy csontelváltozások műtétei végtagokon, ín- és szalagvarratok, arthroszkópos műtétek,• kisebb amputációk (kézujj, lábujj)• külső nemi szervek műtétei a nemi szervek megtartásával• kis területű égés műtéti kezelése (testfelület 6%-a alatt, III-ad, IV-ed fokú), kisebb bőrátültetések, bőrlasztika	<p>III. Nagy műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none">• agyállományt is érintő koponya elváltozások műtétei, kiterjedt gerincelváltozások műtétei (pl. több csigolyát érintő műtétek, gerincvelő-elváltozások műtétei)• arccsont és állkapocs eltávolítása• nagyerek helyreállító műtétei, idegátültetés• nagy mellüregi beavatkozások (szívkoszorúér műtétei, egyéb zárt szívű műtétek, féloldali tüdőkiirtás, mellkasfal helyreállítása)• nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomor, vastagbél teljes kiirtása)• nagy műtétek ízületeken (pl. csípőn, vállon), nagyízületi protézisek behelyezése, teljes végtag-amputációk, a testfelület 20-40%-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei
<p>II. Közepes műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none">• agyállományt nem érintő koponya elváltozások műtétei• izolált gerincelváltozások műtétei (pl. porckorong, egy csigolyára kiterjedő műtétek)• arccsont- vagy állkapocs részleges elváltozásainak műtétei, lágyszövet és kemény szájpad helyreállító műtétei• közepes műtétek ereken, ér pótlások, érátültetések, nagyobb idegvarratok• helyreállító szemműtétek (pl. íriszplasztika, szemizom végzett műtétek), szemlencse eltávolítás, szembetűző eltávolítás• közepes fül-, orr- és gége műtétek (pl. gégeresection)• pajzsmirigy és mellékpajzsmirigy műtétei• emlő részleges vagy teljes eltávolítása, mellüregi beavatkozások, rekeszizom-műtétek, mellhártyakiirtás, tüdőlebeny kiirtás,• hasüregi beavatkozások (máj, epe, hasnyálmirigy, vese, gyomor, bél elváltozásainak műtétei, lépeltávolítás, veseeltávolítás)• végtagon végzett csontműtétek (csavar, velőűrszeg, lemez behelyezés, csonteltávolítás, csontpótlás)• ízületek közepes műtétei• kisebb protézisek beültetése, ínátültetések• (részleges) végtag-amputációk kismedencei műtétek: nemi szervek nagyobb műtétei (pl. méheltávolítás, myoma-eltávolítás, prosztata-eltávolítás), hólyagműtétek, húgyvezeték műtétei, testfelület 6-20 %-át érintő, III-ad, IV-ed fokú égések műtétei	<p>IV. Kiemelt műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none">• kiterjedt, agyállományt érintő elváltozások műtétei, kiterjedt gerincvelő-műtétek• testfelület 40%-ánál nagyobb kiterjedésű, III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei• nyitott szíven végzett műtétek pl. billentyűműtétek• nyelőcső kiirtás, több hasi szerv együttes és teljes kiirtása• szerv transzplantáció

Kizárások:

- fogászati műtétek, fogeltávolítás
- bőrvarratok és szövődményeik ellátása, sebek/hegek műtétet követő ellátása (sebtisztítás, váladék-elvezetés)
- bőrfelszíni és bőr alatti szövetek elváltozásainak műtéti ellátása
- punkciók, kanülök vagy katéterek diagnosztikus és terápiás célú alkalmazás
- műtét során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása
- idegen test eltávolítása bőr alatti szövetekből, testnyílásokból
- I-II fokú égések ellátása
- diagnosztikus beavatkozások (invazív, non-invazív)
- endoszkópos anyagvétel, felületes elváltozások endoszkópos eltávolítása (pl. polip eltávolítás)
- kozmetikai műtétek
- terhességgel, szüléssel kapcsolatos műtétek, terhesség-megszakítás, egészségügyi kaparás
- meddőséggel, sterilizációval kapcsolatos műtétek
- nemek megváltoztatását célzó műtétek
- veleszületett rendellenességek műtétei

Baleseti eredetű égési sérülésre szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező baleseti eredetű égési sérülése.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a biztosított a balesetet követő 1 éven belül mulékony vagy maradandó sérülést szenved vagy meghal.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó a balesetkor aktuális biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő részét fizeti ki.

A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a következő:

Térítés: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka	Testfelület		
	Mélység	0-10%	11-40%
I. fokú	-	-	10%
II. fokú	10%	25%	50%
III. fokú	50%	100%	200%

Ha a Biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét a legmagasabb fokú és/vagy kiterjedtségű sérülés figyelembevételével állapítja meg.

A Biztosított igazoltan az égési sérülések következtében hal meg, akkor a Biztosító a kedvezményezett részére az égési sérülések fokától és kiterjedtségétől függetlenül a balesetkor aktuális összeg 100%-át fizeti, de levonásba helyezi az addig erre a sérülésre már kifizetett összegeket.

Az égési sérülés mértékét az okozati összefüggés fennállását a biztosító orvosa állapítja meg és az független más hatósági, egészségügyi vagy biztosítási szerv döntésétől.

3. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy az égési sérülés a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásával összefüggésben következett be.

A biztosítási esemény akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy

d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés,
- a sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet,

A biztosított halála esetén továbbá:

- a halotti anyakönyvi kivonat,
- a halottvizsgálati bizonyítvány.

5. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó és a jelen biztosításra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt, a jelen feltételek 2. pontjában meghatározott kritikus betegségeken történő 3. pont szerint bekövetkező megbetegedése, illetve műtété.

2. A kritikus betegségek definíciója

2.1 Rosszindulatú daganatok és szövetileg jóindulatú agydaganat

A/ Rosszindulatú daganatos megbetegedés (rákbetegség)

Jelen feltételek szempontjából rosszindulatú daganat (malignus tumor) a rosszindulatúság jegyeit mutató szövet korlátlan növekedése, illetve a szöveti atypia jegyeit mutató sejtek kontrollálatlan szaporodása, és ezen szövet, illetve sejtek terjedése (inváziója) vagy áttét képzése (metasztázis) a környező vagy távolabbi ép szövetek, sejtek között. A meghatározás magában foglalja a szervezet különböző szerveiből kiinduló (solid) daganatokat, valamint a vér- és nyirokrendszerből kiinduló rosszindulatú daganatos (rendszer)betegségeket (leukémia, lymphóma, Hodgkin-kór).

A jelen biztosítás szempontjából nem biztosítási esemény:

- a bőrdaganatok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganata (melanoma malignum),
- a "korai malignus" ("pre-malignus" és "pre-carcinomás") elfajulást mutató szöveti elváltozások,
- a környezetet nem elárasztó daganatok (carcinoma in situ) esetei,
- a krónikus lymphoid leukémia és a Hodgkin-kór I. stádiumú esetei.

B/ Szövettanilag jóindulatú agydaganat

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szövetileg jóindulatú agydaganat az agy olyan nem rákos daganata, amely a koponyaűrön belüli nyomást fokozza, és ezzel életveszélyes állapotot eredményezhet.

A biztosítás szempontjából *nem biztosítási esemény*: az agyi és agyi erekből kiinduló cysta, granuloma, malformáció, haematoma, valamint az agyalapi mirigy és a gerinc jóindulatú daganatai.

2.2 Szívizominfarktus

Jelen feltételek szempontjából szívizominfarktus a szívizom egy részének vagy részeinek gyors (órák vagy néhány nap alatti) elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szívizominfarktus alatt a szívizomelhalásnak azon kóros állapotai értendők, amelyeknél az elhalt terület kiterjedése olyan mértékű, hogy az a szokásos 12 elvezetéses EKG felvételen kóros Q hullám megjelenését eredményezi.

2.3 Agyi érkatasztrófa

Jelen feltételek szempontjából agyi érkatasztrófa az agyi vérellátásnak – pl. az agyi ér trombózisa, embóliája vagy megrepedése által okozott – gyorsan kialakuló olyan

zavara, amely az agyszövet kisebb vagy nagyobb területének elhalásához vezet, akut neurológiai tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak, és amelynek maradandó, az esemény bekövetkezése után 30 nap elteltével is egyértelműen fennálló, az érkárosodással okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tünetei vannak.

2.4 Krónikus veseelégtelenség

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából krónikus veseelégtelenség akkor áll fenn, ha mindkét vese működései visszafordíthatatlan módon olyan mértékben csökkentek, hogy a Biztosított élete művesekezéssel (dialízis) vagy veseátültetés nélkül nem menthető meg, és a Biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napja rendszeres művesekezésre szorul.

2.5 Szívkoszorúér-műtét

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szívkoszorúér-műtét alatt olyan nyitott mellkasban végzett beavatkozás értendő, amelynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt egy vagy több szűkületének vagy elzáródásának kiiktatása, áthidalása a Biztosított más testrészéből kivett ér felhasználásával, a szívizom vérellátásának biztosítása érdekében.

2.6 Szervátültetés

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szervátültetésen olyan műtéti beavatkozás értendő, amelynek során a Biztosított – mint szervet kapó (recipiens) – testébe más személy (donor) szervezetéből szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.

3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja

- rosszindulatú daganat és szövettanilag jóindulatú agydaganat esetén a diagnózis legkorábbi felállításának időpontja,
- szívizominfarktus esetén a betegség bekövetkezéne orvosiilag megállapított időpontja,
- agyi érkatasztrófa esetén a maradandó kóros idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 30. nap eltelte,
- krónikus veseelégtelenség esetén a rendszeres művese-kezelés megkezdését követő 60 nap eltelte,
- szívkoszorúér-műtét esetén a műtét időpontja,
- szervátültetés esetén a műtét időpontja.

4. Biztosítási szolgáltatás

Az 1. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

5. A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. A várakozási idő alatt a Biztosító szolgáltatást nem teljesít. Ha a várakozási idő alatt az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy a jelen biztosítás rá vonatkozóan megszűnik.

- 6. A Biztosító a szolgáltatását a Biztosító orvosának a véleménye alapján teljesíti.**
A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.
- 7. A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettségének teljesítése alól,** ha bizonyítást nyer, hogy bármelyik, biztosítási eseményként megjelölt kritikus betegség az adott biztosítottnál a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt már bekövetkezett (fennállt).
- 8. A biztosítási szolgáltatás teljesítésére a Biztosító csak akkor köteles,** ha a biztosítási esemény jelen feltételekben meghatározott bekövetkezésére (2. és 3. pont) és a Biztosítóhoz jelen szabályzat szerint történt bejelentésére még a Biztosított életében sor került.
- 9. A Biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselése megszűnik** az első biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének napján.
- 10. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**

10.1 Rosszindulatú daganatok és jóindulatú agydaganat

A rosszindulatú daganatos betegség, illetve a jóindulatú agydaganat tényét az orvosi vizsgálatról szóló, részletes leírást és határozott diagnózist tartalmazó dokumentummal (lelettel, zárójelentéssel) kell igazolni, amelynek tartalmaznia kell:

- a daganatos betegség rosszindulatúságát, illetve a koponyaűri nyomásfokozódás veszélyét igazoló diagnózist és a szövettani leletet vagy utóbbi hiányában
- a szöveti mintavétel nélkül végzett sebészi beavatkozásról, endoszkópos vagy képpalkotó vizsgálatról szóló, az invazív vagy nyomásfokozó daganatos terjedést egyértelműen kimutató leírást és diagnózist.

10.2 Szívizominfarktus

A szívizominfarktus bizonyításához az új keletű szívizominfarktus bekövetkeztét és időpontját egyértelműen megállapító olyan egészségügyi dokumentumok (orvosi lelet, zárójelentés) szükségesek, amelyeknek tartalmazniuk kell:

- a friss szívizominfarktusra utaló EKG felvételeket és leleteket,
- a szívizominfarktus jellemző enzimérték változásokat dokumentáló orvosi leleteket,
- a klinikai tünetek leírását.

10.3 Agyi érkatasztrófa

Az agyi érkatasztrófa bizonyításához szükséges:

- az agyi érkatasztrófa bekövetkeztét, és a bekövetkezés időpontját megállapító egészségügyi dokumentum (orvosi lelet, zárójelentés), és
- a neurológiai szakvélemény, amely az esemény után legalább 30 nappal, az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket állapít meg.

10.4 Szívkoszorúér-műtét

A szívkoszorúér-műtét elvégzésének igazolásához szükséges a műtétet igazoló zárójelentés vagy a műtėti leírás kivonata, amelyhez mellékelni kell a műtét előtti koszorúérfestés (coronarographia) leletét.

Ha a műtétre nem Magyarországon kerül sor, úgy a műtét csak akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli jóváhagyását beszerezték.

10.5 Szervátültetés

A szervátültetés bekövetkeztének igazolásához szükségesek: a műtét indokoltságát igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó egészségügyi dokumentumok (orvosi leletek, zárójelentés).

Ha a műtétre nem Magyarországon kerül sor, úgy a műtét csak akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli jóváhagyását beszerezték.

10.6 Krónikus veseelégtelenség

A krónikus veseelégtelenség igazolásához szükségesek: a jelen feltételek 2.4, illetve 3. pontjában meghatározott állapot fennállását igazoló orvosi dokumentumok.

- 11. Szükség esetén a biztosítási szolgáltatás igényléséhez a 10. pontban megjelölt iratokon felül a Biztosító a biztosítási eseményt megelőző, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségi állapotra vonatkozó igazolásokat is kérhet.**
- 12. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Gyermekszülés esetére szóló egösszegű térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosított gyermekének születése, mely a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt következik be.

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából gyermekszülési biztosítási eseménynek minősül az az esemény, mely során a 22-edik terhességi hetet követően természetes úton vagy császármetszéssel újszülött jön a világra, feltéve, hogy **a fogamzás is a szerződés hatálya alatt történt.***

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki. Több gyermek egyidejű születése esetén a Biztosító a biztosítási összeget minden újszülött esetében kifizeti.

3. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés(ek) és/vagy orvosi igazolás a biztosítási esemény feltételeiről,
- az újszülött(ek) anyakönyvi kivonata.

4. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Csoportos biztosítási „gyermek” kiegészítő modul

1. Kiegészítő modul megkötése

Jelen kiegészítő modul kizárólag a *Speciális Feltételek* között szereplő, az alábbiakban meghatározott termékekhez (alapbiztosítás) köthető, a biztosítási szerződés megkötésével vagy bármelyik itt felsorolt módozat későbbi megkötésével egy időben:

- Kockázati életbiztosítás
- Baleseti halál esetére szóló biztosítás
- Munkahelyi baleseti halál esetére szóló biztosítás
- Közlekedési balesetből eredő halál esetére szóló biztosítás

2. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény az alapbiztosítás Biztosítottjának az 1. pontban szereplő és rávonatkozóan érvényesen fennálló alapbiztosítás *Speciális Feltételeiben* meghatározott biztosítás tartama alatt bekövetkező halála. Azaz:

- Kockázati életbiztosítás esetén: a Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halála.
- Baleseti halál esetére szóló biztosítás esetén: a Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű balesete.
- Munkahelyi baleseti halál esetére szóló biztosítás esetén: a Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű munkahelyi balesete.
- Közlekedési balesetből eredő halál esetére szóló biztosítás esetén: a Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű közlekedési balesete.

3. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a halál időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az alapbiztosításban az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

A biztosítási szolgáltatás összege a Biztosítottnak – a *Speciális feltételekben* meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában élő – vér szerinti, vagy hivatalos eljárás keretén belül örökbefogadott, 18. életévét be nem töltött gyermekeinek száma, szorozva az adott biztosítottra vonatkozó alapbiztosítás(ok) aktuális biztosítási összeggel (összegeivel).

4. A Szerződőnek a jelen biztosítási kiegészítő modul alapján történő biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában, valamint a Speciális feltételekben megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- gyermek, illetve gyermekek születési anyakönyvi kivonata,
- illetve örökbefogadott gyermek esetén az örökbefogadással kapcsolatos jogerős hivatalos okmányok.

5. Jelen kiegészítő biztosításra az 1-4. pontban foglaltak kivételével, és különösen a kedvezményezettek, a mentesülések és a kizárások tekintetében az alapbiztosítás Speciális feltételei érvényesek.

6. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Kiegészítő balesetbiztosítás költségtérítésekre

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó, és a jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező – biztosító által téríthető – balesete, amelynek következtében a Biztosítottnak a 2. pontban meghatározott költségei merülnek fel. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.

Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából balesetnek minősül a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesettől számított 3 hónapon belül, a 2. pontban meghatározott, kiadásai keletkeznek. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás, napszúrás, rovarcsípés és mérgezés nem minősül balesetnek.

2. Baleseti költségek

A Biztosító által vállalt, számlával igazolt, a balesettel okozati összefüggésben keletkezett károk indokolt költségei:

- a) Mentési költség, amennyiben a Biztosított a baleseti sérülése következtében mentésre szorul, vagy balesete következtében meghal, és holtteste csak mentéssel hozzáférhető.
- b) Szállítási költség, amennyiben a Biztosítottat a baleseti sérülése következtében, a kezelésére alkalmas legközelebbi orvoshoz vagy kórházba, illetve orvosi javaslatra onnan hazaszállítják.
- c) A baleset során megsérült fog, műfog, korona, híd javításának költsége, amennyiben a sérülés igazoltan a baleset következménye – kivéve az a költség, amely a baleset előtt már meglévő fog-, műfog-, korona-, hídhiba javítása miatt merül fel, illetve amely kivehető műfogsor sérüléséből adódik.
- d) Gyógyászati segédeszközök beszerzésének a költsége, amennyiben az a balesetből kifolyólag, orvos által igazoltan vált szükségessé.
- e) Nem minősül térítendő költségnek az orvosi kezeléssel, valamint a fürdőkúrával és üdüléssel kapcsolatos utazási és tartózkodási költség, és a megrongálódott egyéb tárgyak javítási újrabeszerezési költsége.

3. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító megtéríti a jelen feltételek 2. bekezdésében meghatározott, számlával igazolt költségeket, a baleset időpontjában meghatározott és a Mellékletben foglalt biztosítási összeg erejéig, a jelen speciális feltételekben és a Mellékletben meghatározottak szerint. Egyazon baleset kapcsán felmerülő költségeket ezen biztosítás alapján a Biztosító csak egyszer térít.

4. A Biztosító teljesítésének feltételei

- a) A Biztosító által téríthetőek azok a költségek, amelyek közvetlenül a bejelentett balesettel összefüggésben merülnek fel, és más módon nem térülnek meg.
- b) A szolgáltatási igényt a számla keltétől számított 15 napon belül kell a Biztosítóhoz írásban bejelenteni.
- c) Késedelmes bejelentés esetén, amennyiben lényeges körülmények utóbb kideríthetetlené váltak, a Biztosító megtagadhatja a biztosítási összeg kifizetését.

5. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltétel X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) azt a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben elkövetett közlekedési szabálysértése során szerezte, vagy
- c) a biztosítási esemény bekövetkeztében a Biztosított által nem orvosi javallatra, illetve nem az előírt adagolásban szedett gyógyszer, altató-, vagy nyugtatószer, vagy
- d) kábító- vagy bódítószert hatása, vagy egyéb vegyi anyagok bódítószerként való használata, vagy
- e) engedélyhez kötött tevékenység engedély nélküli végzése hatott közre.

6. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltétel XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- a baleset bekövetkeztét igazoló baleseti jegyzőkönyvet,
- a baleseti sérülést igazoló orvosi bizonyítványt,
- a keletkező költségek kifizetését igazoló eredeti számlákat,
- a Biztosított hazaszállítása esetén a hazaszállítás szükségességét igazoló orvosi igazolást, kórházi zárójelentést.

7. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

„Aegon Doktor” orvosi assistance szolgáltatás

1. Biztosítási szolgáltatás

A biztosító jelen biztosítás keretében folyamatosan (heti 7 napban, napi 24 órában) fogadja a biztosítottak telefonhívásait, és ezek során magyar nyelven és a belföldi (magyar) viszonyoknak megfelelően az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- felvilágosítás a közegészségügyi intézmények (kórházak, rendelőintézetek, házi- és gyermekorvosi rendelő) elérhetőségéről, rendelési idejéről,
- felvilágosítás az ismert gyógyszertárak elérhetőségéről és nyitvatartási idejéről,
- telefonos orvosi tanácsadás gyógyszerek összetételével, alkalmazhatóságával, mellékhatásaival és helyettesíthetőségével kapcsolatban,
- felvilágosítás és szolgáltatásszervezés az adott szerződő által az AEGON Csoportos Biztosítások keretében megkötött speciális szolgáltatású betegségbiztosítási szolgáltatásokkal kapcsolatban a szolgáltatásokra vonatkozó speciális feltételek keretei között.

2. Jelen biztosítás az Általános Feltételek I.1-es pontja szerint speciális szolgáltatású egészségbiztosításnak minősül.
3. A fenti szolgáltatások igénybevételéhez a biztosítottnak a telefonhívás során azonosító adatokat kell megadnia, amelyek alapján a Szolgáltatásszervező ellenőrzi az igénybevétel jogosultságát.
4. A biztosító jelen szolgáltatást kiszervezett tevékenységként, **külső szolgáltatóval** (a Szolgáltatásszervezővel) együttműködve nyújtja.
5. A biztosító és az Egészségügyi Szolgáltató **nem tartozik felelősséggel** a jelen szolgáltatás keretében kapott orvosi vélemény, tanács felhasználásáért. A szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesítik a személyes orvosi vizsgálatot.
6. **A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett, különös tekintettel az Általános Feltételek XI.2-es pontjára.**

Második orvosi véleményre szóló egészségbiztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Szolgáltatószervező „Aegon Doktor” 24 órás egészségügyi tanácsadó vonalán bejelentett, második orvosi véleményre vonatkozó igénye. A biztosítási esemény időpontja a teljesíthető igény bejelentésének időpontja.

Második orvosi véleményre az alábbi események, illetve körülmények **együttes fennállása** biztosít jogosultságot:

- 18 év feletti életkor;
- rendelkezésre álló első orvosi vélemény,
- az Egészségügyi Szolgáltató által meghatározott, a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi dokumentumok átadása,
- az Egészségügyi Szolgáltató által meghatározott egyéb dokumentumok (különösen kérelem, kérdőív vagy jogi nyilatkozat) kitöltése és aláírása.

Második orvosi vélemény **az alábbi betegségek esetén** kérhető:

- az életet fenyegető rákos (rosszindulatú daganatos) megbetegedés,
- szívbetegség, szív- és érsebészeti beavatkozást igénylő betegség,
- szervátültetés,
- neurológiai és idegsebészeti betegség,
- veleszületett betegség vagy rendellenesség,
- az idegrendszer degeneratív betegségei és szklerózis multiplex,
- veseelégtelenség következtében kialakult betegség, állapot,
- az életet fenyegető betegség, állapot vagy nagy bonyolultságú beavatkozás szükségessége.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Egészségügyi Szolgáltató a Biztosított által a részére rendelkezésre bocsátott orvosi dokumentumok birtokában 30 munkanapon belül beszerzi a második orvosi véleményt, amelyet magyar nyelven az egyeztetett módon átad a Biztosítottnak.

A biztosítási esemény bejelentése nem jelenti az Egészségügyi Szolgáltató azonnali rendelkezésre állását. A második orvosi vélemény elkészítésébe bevont orvosok kiválasztásában a szolgáltatást nyújtó Egészségügyi Szolgáltató dönt.

3. Jelen biztosítás az Általános Feltételek I.1-es pontja szerint speciális szolgáltatású egészségbiztosításnak minősül.
4. A szolgáltatás keretében készített szakvélemény célja kiegészítő információ nyújtása, és nem egy önálló orvosi diagnózis felállítása és terápiás döntés meghozatala, utóbbiak ugyanis személyes orvos-beteg találkozást tennének szükségessé; ennek megfelelően a szakvéleményért és az abban foglaltak felhasználásáért a biztosító, illetve a szolgáltatást nyújtó Egészségügyi Szolgáltató nem tartozik felelősséggel.
5. **A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett, különös tekintettel az Általános Feltételek XI.2-es pontjára.**

Betegszállításra szóló egészségbiztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Szolgáltatásszervező által fenntartott „Aegon Doktor” 24 órás egészségügyi tanácsadó vonalon bejelentett, kórházi ellátást követően felmerült betegszállítási igénye. A biztosítási esemény időpontja az igény bejelentésében a Biztosított és a Szolgáltatásszervező által közösen egyeztetett időpont.

Betegszállítási szolgáltatásra az alábbi események, illetve körülmények **együttes fennállása** biztosít jogosultságot:

- 18 év feletti életkor;
- kórházi ellátást követően történő haza- (akár rokonhoz, ismerőshöz), illetve rehabilitációs intézménybe történő szállítás;
- alsó végtagon vagy mindkét felső végtagon végzett **műtéti beavatkozás**; testüreg (hasüreg, mellkas) megnyitásával járó műtéti beavatkozás; a fejen, nyakon végzett olyan műtéti beavatkozások, melyek következtében akár átmenetileg elégtelen érzékszervi, idegrendszeri működés áll fenn;
- nem kúraszerű, ismétlődő ellátás történt.

A betegszállításra vonatkozó igényt a Szolgáltatásszervező által fenntartott „Aegon Doktor” 24 órás egészségügyi tanácsadó vonalon kell bejelenteni legalább 24 órával a tervezett elbocsátást megelőzően, de legkésőbb az elbocsátást megelőző nap 16 óráig.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Szolgáltatásszervező megszervezi a Biztosított egészségügyi intézményből történő elszállítását. A szolgáltatást a Biztosító **kizárólag magyarországi, aktív fekvőbeteg-ellátást nyújtó kórházak 50 km-es sugarú körzetében** biztosítja, kizárólag Magyarország területén.

A biztosítási esemény bejelentése nem jelenti az Egészségügyi Szolgáltató azonnali rendelkezésre állását. A Biztosító nem finanszíroz olyan betegszállítást, amelyben a Szolgáltatásszervező által előzetesen kalkulált szállítási út hossza a 100 km-t meghaladja. Erről a Szolgáltatásszervező a szolgáltatási igény bejelentését követően köteles tájékoztatni a Biztosítottat. A Biztosított szolgáltatási igénye akkor is rögzítésre kerül, ha az előzőek miatt a szolgáltatás nem teljesíthető.

A Biztosított **köteles gondoskodni arról**, hogy a Szolgáltatásszervezővel egyeztetett időpontig az egészségügyi intézményből történő elbocsátása megtörténjen és az Egészségügyi Szolgáltató betegszállítási szolgáltatását késlekedés nélkül igénybe tudja venni.

3. Jelen biztosítás az Általános Feltételek I.1-es pontja szerint speciális szolgáltatású egészségbiztosításnak minősül.
4. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak a várakozási idő alatt bekövetkező, balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki.
5. **A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett, különös tekintettel az Általános Feltételek XI.2-es pontjára.**

Házi vizitre szóló egészségbiztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Szolgáltatásszervező által fenntartott „Aegon Doktor” 24 órás egészségügyi tanácsadó vonalon bejelentett, házi vizit orvosi ellátásra vonatkozó igénye. A biztosítási esemény időpontja az igény bejelentését követően a Szolgáltatásszervező által megszervezett házi vizit tényleges időpontja.

A házi vizit szolgáltatás a *szokásos háziorvosi ügyeleti ellátást* biztosítja.

Házi vizit keretében történő ellátás olyan esetben kérhető, amikor

- az ellátandó személy 18 év feletti;
- váratlanul lépett fel az egészségi állapot romlása;
- a bejelentés és a feltett kérdésekre adott válaszok alapján feltételezhető, hogy a biztosított otthonában, és szakorvos bevonása nélkül megoldható a jelzett probléma (így például nem terhességgel, szüléssel összefüggésben lépett fel a panasz);
- nem szükséges azonnali, késlekedés nélküli orvosi beavatkozás (így például a bejelentés alapján nem igényel sürgősségi ellátást, azonnal mentőszállítást a beteg).

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosítóval szerződésben álló Egészségügyi Szolgáltató orvosa a bejelentés során egyeztetett időn belül, az egyeztetett címen felkeresi a Biztosítottat és ügyeleti jellegű ellátást biztosít a számára.

A Biztosító a **szolgáltatást Budapesten és annak 20 km-es sugarú körzetén belül** heti 7 napban, napi 24 órában, **megyeszékhelyeken és azok 10 km-es sugarú körzetén belül** pedig kizárólag munkanapokon 8-20 óra között biztosítja, kizárólag Magyarország területén.

A biztosítási esemény bejelentése nem jelent azonnali rendelkezésre állást. Egy adott biztosított egy biztosítási időszakon belül **legfeljebb a Mellékletben meghatározott alkalommal** veheti igénybe a szolgáltatást.

3. Jelen biztosítás az Általános Feltételek I.1-es pontja szerint speciális szolgáltatású egészségbiztosításnak minősül.
4. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki.
5. **A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett, különös tekintettel az Általános Feltételek XI.2-es pontjára.**