

Élet- és
személy-
biztosítás

www.allianz.hu

Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások

Különös Szerződési Feltételek

Allianz 

AHE - 21336/KF5

A kiegészítő életbiztosítási fedezet (711112)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött kiegészítő életbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Életprogramokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A biztosítási esemény

2. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála.

A biztosító szolgáltatása és a szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja

3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén, a biztosítási szerző-

désben meghatározott és a biztosított halála bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek.

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.

Kizárások, mentesülés

4. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 63-70. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2012. december 1.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

A baleseti halál esetére szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezet (741112)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleseti halál esetére szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Életprogramokhoz mint alpbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A biztosítási esemény

2. Biztosítási esemény a biztosított olyan balesete, melynek következtében a biztosított – a baleset időpontjától számított egy éven belül – meghal.

A biztosító szolgáltatása és a szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja

3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási eseménynek a kockázatviselési időszakban történő bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek.

4. A 3. pontban foglalt biztosítási összeg felül a biztosító a kedvezményezettnek a biztosítási összeg
a) további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított halála közlekedési baleset következménye,

b) további 100%-át fizeti ki, ha a biztosított halála orvosi-
lag igazoltan, égési sérülés közvetlen következménye.

Ha a biztosított halála közlekedési baleset és égési sérülés együttes következménye, akkor a biztosító az a) és b) pontban szereplő szolgáltatás nyújtására egyaránt kötelezettséget vállal.

5. Jelen szerződési feltételek szerint közlekedési balesetnek minősül az a baleset, amelyet a járművel vagy gyalogosként közlekedő biztosított valamely közlekedésben részt vevő jármű balesetével összefüggésben szenved el.

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a halál bekövetkezésének napja.

Kizárások, mentesülés

6. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 63-70. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2013. december 1.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezet (742112)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Életprogramokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A biztosítási esemény

2. Biztosítási esemény a biztosított olyan balesete, melynek következtében a biztosított 10%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodása – a baleset időpontjától számított két éven belül – megállapításra kerül.

A biztosító szolgáltatása és a szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja

3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosított baleseti eredetű, maradandó

- a) teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 200%-át,
- b) 67%-99% közötti egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg kétszeresének a károsodás mértékével arányos részét,
- c) 11%-66% közötti egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összegnek a károsodás mértékével arányos részét fizeti ki a biztosítottnak, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseménynek a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

4. A 3. pontban meghatározott biztosítási szolgáltatáson felül a biztosító a kedvezményezettnek a biztosítási szolgáltatás

- a) további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset következménye,
- b) további 100%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása orvosilag igazoltan, égési sérülés közvetlen következménye.

Ha a biztosított maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset és égési sérülés együttes következménye, akkor a biztosító az a) és b) pontban szereplő szolgáltatás nyújtására egyaránt kötelezettséget vállal.

5. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a baleset bekövetkezésének napja.

A baleseti eredetű egészségkárosodás mértéke

6. Az egészségkárosodás mértékét a biztosított foglalkozására tekintet nélkül, a jelen szerződési feltételekben rögzítettek szerint kell megállapítani.

A testrészek egészségkárosodása (térítési százalékkal):

- mindkét szem látóképességének elvesztése, mindkét felkar – alkar vagy kéz – elvesztése, egyik kar vagy kéz, valamint comb vagy lábszár együttes elvesztése (felső végtag plusz alsó végtag csonkolása), mindkét comb elvesztése: 100%,
- mindkét lábszár elvesztése: 90%,
- egyik comb elvesztése, egyik felkar elvesztése: 80%,
- egyik lábszár elvesztése, egyik alkar elvesztése, beszélni képesség teljes elvesztése, mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése: 70%,
- jobbkezes jobb kezének, balkezes bal kezének elvesztése (csuklón alul): 65%,
- jobbkezes bal kezének, balkezes jobb kezének elvesztése (csuklón alul): 50%,
- egyik láb teljes elvesztése (boka alatt): 40%,
- egyik szem látóképességének teljes elvesztése: 35%,
- egyik fül hallóképességének teljes elvesztése: 25%.
- Égési sérülés:

Fok	Kiterjedés	Az egészségkárosodás mértéke
I. fokú: (bőrt, nyálkahártyát épen hagyó égés)	1-20%	0%
	21-30%	15%
	31-50%	30%
	51%-tól	50%
II/1. fokú: (felületes mélységű égés)	1-15%	0%
	16-20%	15%
	21-30%	30%
	31-50%	60%
	51%-tól	100%
II/2. fokú: (átmeneti mélységű égés)	1-5%	0%
	6-10%	15%
	11-20%	30%
	21-30%	60%
	31%-tól	100%
III. fokú: (mélyre terjedő égés)	1-2%	0%
	3-5%	20%
	6-15%	40%
	16-25%	60%
	26%-tól	100%
IV. fokú: (roncsoló égés)	A térítés a szervekre, végtagokra kiterjedő károsodás alapján, a jelen szerződési feltételekben a szervek, végtagok elvesztésére, bénulására, illetőleg funkciókiesésére megállapított egészségkárosodási mértékeknek megfelelően történik.	

Egy szerv részbeni csonkolásánál a térítés mértéke az egyes testrészek elvesztésére vonatkozó, e pontban szereplő térítési százalékok megfelelő hányada.

A biztosító a biztosított egy biztosítási eseményből eredő, többféle fokozatú és kiterjedésű égési sérülése esetén, a maradandó egészségkárosodás mértékét a különböző fokozatú égésekre külön-külön megállapított egészségkárosodási százalékok összeadásával állapítja meg.

7. A maradandó egészségkárosodás mértékét a 6. pontban felsorolt szervek, illetve végtagok elvesztése esetén a szükséges iratok bemutatásától számított 15 napon belül, egyéb esetekben legkésőbb a balesetet követő 2 éven belül meg kell állapítani. A 6. pontban fel nem sorolt esetekben a maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa állapítja meg, ideértve az egyes szervek, illetve végtagok olyan funkciókiesését, amely nem jár azok elvesztésével.

Az egészségkárosodás mértékének megállapításánál nem a foglalkozással összefüggő munkaképesség-csökkenést, hanem a bármely munka végzésénél egyaránt figyelembe vehető általános funkciókiesést kell értékelni.

8. Ha a biztosított a maradandó egészségkárosodásnak a biztosító orvosa által megállapított mértékével nem ért egyet, a biztosító felülvizsgáló orvosszakértőjéhez fordulhat. A vizsgálat díját a biztosító viseli. Amennyiben a felülvizsgáló orvosszakértő nagyobb mértékű egészségkárosodást állapít meg, mint a biztosító orvosa, vagy, ha a vizsgálatot a biztosító kezdeményezte, a biztosítottat, illetőleg kísérőjét – ha a kísérlet orvosilag indokolt – költségátalány és az igénybe vett helyközi tömegközlekedési eszköz viteldíja illeti meg a biztosított lakhelye és a vizsgálat helye között.

9. A baleset-biztosítás alapján kifizetett összeg független a társadalombiztosítási szervek megállapításaitól és szolgáltatásaitól.

10. Egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban, egy biztosítottra vonatkozóan a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás térítése a 100%-os egészségkárosodás esetén járó szolgáltatási összeget nem haladhatja meg.

A kiegészítő biztosítási fedezet megszűnése

11. A 100%-os egészségkárosodás esetén járó szolgáltatási összeg kifizetése hónapjának utolsó napjával a kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik.

Elévülés

12. A jelen kiegészítő biztosítási fedezetből eredő igények az igény esedékességétől számított két év elteltével elévülnek.

A szolgáltatás teljesítése

13. Az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 81. pontjától eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást az egészségkárosodás mértékének 7. pont szerinti megállapításától számított 10 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak.

Kizárások, mentesülés

14. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 63-70. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2013. december 1.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

A kritikus betegségekre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (721112)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleseti és betegségi eredetű kritikus betegségekre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Életprogramokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A biztosítási esemény

2. A biztosítási esemény akkor következik be, amikor

- a) a biztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak – a diagnosztizálás időpontjában,
- b) a biztosítottnál szívinfarktust diagnosztizálnak – a szívinfarktus bekövetkeztének a kezelőorvos által megállapított időpontjában,
- c) a biztosítottnál agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak – a diagnosztizálás időpontjában,
- d) a biztosítotton szervátültetést hajtanak végre – a műtét időpontjában,
- e) a biztosítottnál krónikus veseelégtelenség áll fenn, és a beteg a diagnózis megállapításától számított legalább két hónapig tartós dialíziskezeltésre szorul – az első dialíziskezelés időpontjában,
- f) a biztosítotton szívkoszorúér-műtétet (bypass) hajtanak végre – a műtét időpontjában,
- g) a biztosított AIDS- (HIV-)betegségben megbetegszik – a HIV-betegség megállapításának időpontjában,
- h) a biztosított mindkét szemén olyan mértékben véglegesen elveszti a látását, hogy teljes vakság alakul ki, és ezzel kapcsolatban a vakok személyi járadékának rendszeres kifizetését igazoló, a kifizetés kezdetétől számított harmadik pénzügyi bizonylat kiadása is megtörténik – a bizonylat kiadásának időpontjában,
- i) a biztosított betegség vagy baleset miatt legalább az egyik végtagját elveszti a következők szerint: legalább az egyik felkarnak a teljes könyökizületet is magába foglaló amputációja, illetve legalább az egyik lábnak

- a teljes térdizületet is magába foglaló amputációja folytán – az amputációs műtét időpontjában,
- j) a korábban már diagnosztizált, a központi idegrendszer fehérállományának göccos pusztulásával járó, szakaszosan lezajló sclerosis multiplex esetén a biztosítottnál már a betegség olyan stádiumát állapították meg, hogy kialakult az átmenetileg sem javítható, kizárólag a sclerosis multiplex okozta járás- vagy egyéb idegrendszeri zavar (például látóideg-gyulladás, érzékszavarok, psychés zavarok), amely miatt a biztosított a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény, és e törvény felhatalmazásából megalkotott jogszabályok alapján „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra válik jogosulttá – a fent megjelölt jogszabályokban kijelölt szerv/szervek által kiállított a megváltozott munkaképességű személyek ellátására való jogosultságot megállapító, valamint az egészségi állapotot meghatározó hivatalos irat kiadásának időpontjában,
 - k) a biztosított 26%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű II. fokú, illetve 16%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű III. fokú, illetve 6%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű, illetve végtag vagy szerv funkcióját maradandóan és 51%-os vagy ennél nagyobb százalékban károsító IV. fokú égési sérülést szenved – a sérülést ellátó kórházi osztályon történő kezelés befejezése után, a sérülés fokát és százalékos kiterjedését is feltüntető zárójelentés kiadásának időpontjában, illetve végtagi funkciót is károsító sérülésnél a biztosító baleseti orvosszakértője által megállapított 51 százalékos vagy ennél nagyobb mértékű maradandó kár megállapításakor, feltéve, hogy a biztosítási esemény – és a biztosítási eseményhez vezető baleset, vagy betegség is – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be, és bekövetkezésének időpontját követően a biztosított legalább egy hónapig – a c) pontban szereplő biztosítási esemény esetén legalább két hónapig – életben van.

Előzménynek az tekintendő, ha az ajánlattétel előtt olyan betegséget diagnosztizáltak, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésben áll.

A betegségek definíciói

3. a) Rosszindulatú daganat

A rosszindulatú sejtek befolyásolhatatlan növekedése és behatolása más szövetekbe. A közismert, ún. „rákos” megbetegedéseken kívül biztosítási eseményként ilyenek minősülnek a leukémiák (kivéve a krónikus limphoid leukémiát) és a limphómák is. **Nem minősülnek biztosítási eseménynek a nem invazív, helyi rákos megbetegedések (carcinoma in situ), valamint a bőrrák, kivéve a malignus melanoma.**

b) Szívinfarktus

A vérkeringésnek a szívizom körülírt részén történt elakadása következtében kialakult helyi szívizom-elhalás. A biztosítási eseménynek minősülő szívinfarktus diagnózisának a következő együttesen fennálló tényeken kell alapulnia:

- típusos mellkasi fájdalom,
- friss és szívinfarktust bizonyító EKG-eltérés,
- a szívizomelhalást jelző specifikus enzimek felszaporodása a vérben.

c) Agyi érkatasztrófa

A diagnózis felállítástól számított 60 nap után is észlelhető, maradandó idegrendszeri tüneteket okozó agyi értörténés, amelyhez a következő kórképek sorolhatók:

- az agyszövet elhalása érelzáródás következtében (trombózis),
- koponyán belüli vérzés, a baleseti eredetű kivételével,
- koponyán kívüli forrásból származó agyembólia, a baleseti eredetű kivételével.

d) Szervátültetés

Szervátültetésnek minősül a biztosítotton első alkalommal végzett szívátültetés, vagy egyidejű szív- és tüdőátültetés, vagy májtranszplantáció, vagy veseátültetés, feltéve, hogy a szervet a biztosított kapja. Az itt felsoroltakon kívül más szerv vagy szövet átültetésére nem terjed ki a kockázatviselés.

e) Krónikus veseelégtelenség

Krónikus vesebetegségek, illetve urológiai betegségek miatti vesepusztulás következtében kialakult olyan súlyos, IV. stádiumú, terminalis veseműködési elégtelenség (a vér serumkreatinin-szintje tartósan 800-900 mikromol/l vagy ezen érték feletti), aminek következtében a beteg folyamatos vesefunkció-pótló kezelés (krónikus dialysis: peritonealis – hasüregi – dialysis, vagy haemodialysis, azaz művesekezelés) nélkül rövid időn belül meghalna.

f) Szívkoszorúér-műtét

A szívizom súlyos vérrellátási zavarát okozó szívkoszorúér-szűkület áthidalását (megkerülését: bypass) szolgáló műtét a beteg testéből kivett érdarabnak (graft), vagy más érpótló anyagnak a szív érrendszerébe történő beültetésével, amivel a szív vérrellátása tartósan kielégítővé válik.

g) AIDS- (HIV-) betegség

Olyan betegség, amely a HIV-fertőzött (HIV-pozitív, BNO10:Z21) személynél a HIV-fertőzöttség talaján fellépő fertőző és parazitás betegséget és/vagy rosszindulatú daganatot és/vagy egyéb, a HIV-fertőzöttséggel összefüggő betegségi tüneteket eredményez (BNO10:B20-B23).

Nem terjed ki a kockázatviselés az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező szerzett immunhiányos szindrómára (AIDS) és az ezzel összefüggő, az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező egészségiállapot-változásokra (AIDS related complex, ARC) (BNO10:B24); (BNO – Betegségek Nemzetközi Osztályozása).

h) Teljes vakság

Teljes vakságnak minősül, ha a biztosított látása mindkét szemén olyan mértékben megromlott, hogy a szemész szakorvosi véleményen alapuló hatósági határozattal megállapítottan véglegesen jogosulttá válik a vakok személyi járadékára, és látása semmilyen orvosi beavatkozással – például műtéttel – nem javítható.

i) Nagy végtag-amputáció

A végtag-amputáció a beteg vagy roncsolt végtag sebészeti eltávolítását jelenti. Az ezt követően bármilyen gyógyászati segédeszközzel – például művégtaggal – történő bármilyen rehabilitáció nem módosítja a végtag-amputáció biztosítási eseményként való minősítését.

j) Sclerosis multiplex

Biztosítási eseményként történő minősítése csak a betegség véglegesen súlyossá válását kimondó olyan szakvélemény figyelembevételével történhet, amelyben a sclerosis multiplex okozta tünetek megállapítása szakvizsgálati leletekben leírt szervi elváltozások diagnosztizálásán alapul.

k) Nagy égési sérülés

Égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület vagy gőz), illetve elektromos áram által kiváltott élő szöveti sérülés (a napsugárzás okozta vagy bármilyen más sugárzás – például röntgen, radioaktivitás, lézer, mikrohullám – által okozott sérülés és egyéb hőhatás okozta károsodás is – például a hóguta – kizárva).

A biztosító szolgáltatása és a szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja

4. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási eseménynek a kockázatviselési időszakban történő bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott és a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a biztosítottnak.

5. A biztosító a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet kapcsán egy biztosított

vonatkozásában egyszer és legfeljebb egy – a 3. pontban meghatározott – betegség esetén nyújt szolgáltatást akkor is, ha több betegség együttesen lép fel.

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.

A szolgáltatás iránti igény bejelentése

6. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges:

- a) Rosszindulatú daganat esetén, a szövetszövetminta-vizsgálat alapján felállított orvosi diagnózis, a szövetszövetminta leírásával.
- b) Szívinfarktus esetén:
 - a típusos mellkasi fájdalom leírása a vele járó kísérő tünetekkel,
 - friss és a szívinfarktust bizonyító EKG-eltérést mutató lelet,
 - a szívizomelhalást igazoló specifikus enzimeknek a vérben való felszaporodását bizonyító lelet.
- c) Agyi érkatasztrófa esetén szakorvosi vélemény, amely igazolja az idegrendszeri károsodás 60 napon túli fennállását.
- d) Szervátültetés esetén az azzal kapcsolatos összes orvosi dokumentáció az indikációt igazoló vizsgálati eredményekkel együtt.
- e) Krónikus veseelégtelenség esetén a betegség IV. stádiumát és a 60 napon túl is folyamatosan szükséges dialíziskezeltetést igazoló szakintézet orvosi szakvélemény.
- f) Szívkoszorúér-műtét esetén a bypass műtét elvégzését igazoló orvosi dokumentáció.
- g) AIDS- (HIV-) betegség esetén az orvosi diagnózis, melynek felállítása a fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbetegosztályán történt.
- h) Teljes vakság esetén:
 - a hatósági eljárás alapját képező szemész szakorvosi vélemény,
 - a vakok személyi járadékára való jogosultságot megállapító jogerős hatósági határozat,
 - a vakok személyi járadékának első, majd ezt követően még két ízben történő kifizetését igazoló pénzügyi bizonylat.
- i) Nagy végtag-amputáció esetén a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció.
- j) Sclerosis multiplex esetén a betegségnek a biztosítási

eseményt jelentő előrehaladott stádiumát megállapító fekvőbeteg-gyógyintézet neurológiai osztálya által kiadott zárójelentés, valamint a 2011. évi CXCI. törvény és e törvény felhatalmazásából megalkotott kormányrendeletek alapján felhatalmazott szerv/szervek által kiállított hivatalos iratok, melyek igazolják a biztosított rokkantsági ellátásra való jogosultságát, továbbá az egészségi állapot mértékének meghatározását.

- k) Égési sérülésnél a biztosítottat ellátó fekvőbeteg-gyógyintézet által kiadott olyan zárójelentés, amely az égési sérülés százalékos kiterjedését, valamint a végtagnak vagy szervnek a véglegesen megállapított és százalékban is kifejezett funkciókárosodását is leírja.

A kiegészítő biztosítási fedezet megszűnése

7. Az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben foglalt megszűnési okokon kívül a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával, amikor a biztosítási esemény bekövetkezik.

A szolgáltatás teljesítése

8. Az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 81. pontjától eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosított 2. pontban meghatározott napon való életben létének vagy a szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges utolsó irat kézhezvételének napja közül a későbbi időponttól számított 10 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak.

Kizárások, mentesülés

9. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 63-70. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2012. december 1.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint cégbíróság,

Cg. 01-10-041356

A rokkantsági ellátás esetére szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (722111)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött rokkantsági ellátás esetére szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Életprogramokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A biztosítási esemény

2. Biztosítási esemény akkor következik be, ha a biztosított balesetből vagy betegségből eredően „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra való jogosultságot szerez a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény, és e törvény felhatalmazásából megalkotott jogszabályok alapján. A biztosítási esemény bekövetkezésének feltétele, hogy a rokkantsági ellátásra való jogosultságot, valamint az egészségi állapot mértékét a fenti jogszabályokban kijelölt szerv/szervek a baleset, vagy betegség bekövetkeztétől számított két éven belül megállapítja/megállapítják, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

A biztosító szolgáltatása és a szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja

3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a biztosítottnak.

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.

A szolgáltatás iránti igény bejelentése

4. A biztosítási esemény igazolásához, valamint a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez – az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt dokumentumokon túl – a biztosító rendelkezésére kell bocsátani a 2011. évi CXCI. törvény és e törvény felhatalmazásából megalkotott kormányrendeletek alapján felhatalmazott szerv/szervek által kiállított hivatalos iratokat, melyek igazolják a biztosított rokkantsági ellátásra való jogosultságát, továbbá az egészségi állapot mértékének meghatározását.

A kiegészítő biztosítási fedezet megszűnése

5. Az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben foglalt megszűnési okokon kívül, a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor

- a) a biztosítási esemény bekövetkezett, vagy
- b) a biztosított nyugdíjba vonult.

Kizárások, mentesülés

6. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 63-70. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2012. december 1.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

A műtéti térítésre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (723111)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleseti és betegségi eredetű műtéti térítésre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Életprogramokhoz mint alapt biztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A biztosítási esemény

2. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a jelen szerződési feltételek szerinti – műtéte azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

3. Jelen szerződési feltételek alapján műtétnek tekintendő az orvosszakmai szabályok betartásával, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy által elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.

A biztosító szolgáltatása és a szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja

4. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosított jelen szerződési feltételek szerinti

- kiemelt műtéte esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényben lévő biztosítási összeg 200%-át,
- nagyműtéte esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényben lévő biztosítási összeget,

c) közepes műtéte esetén, a nagyműtétre járó, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényben lévő biztosítási összeg 50%-át,

d) kisműtéte esetén, a nagyműtétre járó, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényben lévő biztosítási összeg 20%-át fizeti ki a biztosítottnak.

5. A műtétek – kis-, közepes, nagy-, illetve kiemelt műtétek szerinti – besorolását az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 1. számú mellékletét képező műtéti lista tartalmazza. A besorolás a társadalombiztosítási szervek besorolásától független. A műtéti listában nem szereplő beavatkozások besorolását a biztosító orvosa állapítja meg.

6. A biztosító szolgáltatása biztosítási évenként (azaz két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszakban) legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosa, két egymást követő biztosítási évben a biztosítási összeg ötszöröse lehet.

7. **Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító** – az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 63-70. pontjaiban felsorolt eseteken túl – **nem teljesít biztosítási szolgáltatást**, a biztosítotton

- nem betegség, vagy nem baleset miatt végzett plasztikai műtét,
- betegség miatt végzett, bármilyen kis- és közepes műtétnek minősülő fogászati, szájsebészeti beavatkozás,
- diagnosztikus célból végzett bármilyen beavatkozás, beleértve a kimetszéseket, az endoscopos, vagy punkciós mintavételeket, a katheteres vizsgálatokat is,
- nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítás,
- a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása esetén.

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.

A szolgáltatás iránti igény bejelentése

8. A biztosított köteles a biztosítási eseményt a szolgáltatáshoz szükséges iratokkal együtt a biztosítónak haladéktalanul bejelenteni. Fekvőbeteg-gyógyintézetben elvégzett műtét esetén, az iratokat legkésőbb a gyógyintézetből való elbocsátást követő 8 napon belül kell benyújtani.

9. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges a műtétről szóló orvosi dokumentáció, fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés.

Kizárások, mentesülés

10. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 63-70. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2012. december 1.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint cégbíróság,

Cg. 01-10-041356