

# A kritikus betegségekből eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet (421111 és 421211)

## Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött, kritikus betegségekből eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezetre a jelen feltételek érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási fedezet e feltételekre hivatkozva jött létre.

A jelen feltételek alapján létrejött biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Általános Szerződési Feltételek, valamint a Polgári Törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

## A biztosítási események

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 dialíziskezeltetésre szorul – az első dialíziskezeltetés 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 könyökízületet is magába foglaló amputációja, illetve legalább az egyik lábnak a teljes térdízületet 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, érzészavarok, 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 sérültet 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 balesetnek a szerződésre vonatkozó meghatározását az Általános Szerződési Feltételek tartalmazzák.

## A 2. pontban szereplő betegségek definíciói

### 3. a) Rosszindulatú daganat:

A rosszindulatú sejtek befolyásolhatatlan növekedése és behatolása más szövetekbe. A közismert, ún. „rákos” megbetegedéseken kívül biztosítási eseményként ilyennek minősülnek a leukémiák (kivéve a krónikus limphoid leukémiát) és a limphómák is.

**Nem minősülnek biztosítási eseménynek a nem invazív, helyi (carcinoma in situ) rákos megbetegedések, valamint a bőrrákok a malignus melanoma kivételével.**

### 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:

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

### c) Agyi érkatasztrófa:

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

1. az agyszövet elhalása érelzáródás következtében (trombózis),
2. koponyán belüli vérzés, kivéve a baleseti eredetűt,
3. koponyán kívüli forrásból származó agyembólia, a baleseti eredetű kivételével.

### d) Szervátültetés:

Szervátültetésnek minősül a biztosítottot 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 vérellátási zavarát okozó szívkoszorúér-szűkület áthidalását (megkerülését:

bypass) szolgáló műtét a beteg testéből kivett érda-rabnak (graft) vagy más ér pótló anyagnak a szív érrendszerébe történő beültetésével, amivel a szív vérellátása 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 felsorolt betegségeket még nem eredményező szerzett immunhiányos szindrómára (AIDS) és az ezzel összefüggő, az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező egészségi állapot-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 a 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 a jelen kiegészítő biztosítási fedezet díjának megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási eseménynek a kockázatviselési időszakban történő bekövetkezése esetén a jelen kiegészítő biztosítási fedezet alapján

- a) átvállalja a szerződőtől azon biztosítási fedezetek díjának fizetését (a továbbiakban: díjmentesítés), amelyek után a szerződő a jelen kiegészítő biztosítási fedezet díját megfizette, és amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényben voltak, kivéve azon biztosítási fedezeteket, amelyek a 2. pontban foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Különös Szerződési Feltételek szerint megszűnnek,
- b) a jelen kiegészítő biztosítási fedezet aktuális, százalékban kifejezett díjtételével megegyező mértékben megemeli – az Általános Szerződési Feltételek 21. pontja szerinti esetleges többletszolgáltatásokkal növelt – a biztosítási szolgáltatás összegét azon biztosítási fedezetek esetén, amelyek a 2. pontban foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Különös Szerződési Feltételek szerint megszűnnek.

A jelen kiegészítő biztosítási fedezet – a szerződő választásától függően – vonatkozhat egy biztosított összes fedezetére vagy a teljes szerződésre (vagyis az összes biztosított összes fedezetére).

5. A díjmentesség kezdete a biztosítási esemény bekövetkezésének napját követő hónap első napja.

A biztosító a jelen kiegészítő biztosítási fedezet szerinti díjmentesítési szolgáltatást arra a biztosítási fedezetek tartamából hátralévő időtartamra nyújtja, amelyre a szerződőnek a biztosítási fedezetek díját az Általános Szerződési Feltételek szerint meg kellene fizetnie.

6. A díjmentesítés időtartama alatt a díjmentesített biztosítási fedezetek biztosítási összegei az Általános Szerződési Feltételek 91. pontja szerint emelkednek.

7. A biztosító a jelen feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet kapcsán egyszer és legfeljebb egy – a 3. pontban meghatározott – betegség esetén nyújt szolgáltatást akkor is, ha több betegség együttesen lép fel.

8. A biztosítási fedezeteknek a jelen kiegészítő biztosítási fedezet alapján történő díjmentesítésének időtartama alatt, valamint a biztosítási esemény bekövetkezése és annak bejelentése között eltelt időszakban a szerződő nem kezdeményezheti a biztosítási fedezeteknek az Általános Szerződési Feltételek 42. pontjában foglalt megváltoztatását, valamint a biztosítási fedezetek 93-96.

pontok szerinti egyedi indexálását. Amennyiben a biztosítási eseményt a változtatás, illetve egyedi indexálás végrehajtását követően jelentik be, a biztosítási esemény bekövetkezése és annak bejelentése között végrehajtott változtatásokat, illetve egyedi indexálást a biztosító hatálytalannak tekinti a változtatás, illetve egyedi indexálás időpontjára visszamenőleges hatállyal, és a szolgáltatást a változtatás, illetve egyedi indexálás előtti állapotra vonatkozóan nyújtja.

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

## A kiegészítő biztosítási fedezet díja

9. A kiegészítő biztosítási fedezet díja

- a) ha a jelen kiegészítő biztosítási fedezet egy adott biztosított összes biztosítási fedezetére vonatkozik, akkor azon biztosítási fedezetek teljes tartama alatt, amelyekre a jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozik,
- b) ha a jelen kiegészítő biztosítási fedezet a teljes szerződésre vonatkozik, akkor a szerződés teljes tartama alatt,

ezen belül legfeljebb a biztosított halála hónapjának utolsó napjáig, vagy a 2. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezése hónapjának végéig, vagy addig az időpontig fizetendő, amíg a szerződés, vagy a jelen kiegészítő biztosítási fedezet, illetőleg azon biztosítási fedezetek, amelyekre a jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozik, megszűnnek.

10. A kiegészítő biztosítási fedezet díja azon élet-, baleset- és egészségbiztosítási fedezetek összegzett gyakoriság szerinti díjának alapján fizetendő, amelyekre a kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozik.

11. Ha a biztosítási fedezetek díja – az Általános Szerződési Feltételek VII., „Értékkövetés” című fejezetében meghatározottak szerint – a biztosítási évfordulón növekszik, ez a jelen kiegészítő biztosítási fedezet díjának arányos növekedését vonja maga után. A biztosító a jelen kiegészítő biztosítási fedezet díjának változásáról – a szerződés értékkövetéséről szóló értesítésben – írásban értesíti a szerződőt.

## A biztosítási tartam

12. Ha a jelen kiegészítő biztosítási fedezet

- a) egy adott biztosított összes biztosítási fedezetére vonatkozik, akkor lejáratá az azok lejáratá közül a legkésőbbivel egyezik meg,
- b) a teljes szerződésre vonatkozik, akkor lejáratá a szerződés lejáratával egyezik meg.

A szerződés tartamának – vagy azon biztosítási fedezetek tartamának, amelyekre a jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozik – megváltozása maga után vonhatja a jelen kiegészítő biztosítási fedezet tartamának megváltozását.

## A szerződő

13. A jelen kiegészítő biztosítási fedezet szerződője az Általános Szerződési Feltételek szerinti szerződővel azonos.

## A biztosított

14. A jelen kiegészítő biztosítási fedezet biztosítottja lehet az Általános Szerződési Feltételek szerinti bármelyik biztosított, akire a szerződésen belül más, érvényes élet-, baleset- vagy egészségbiztosítási fedezet is vonatkozik.

## A kiegészítő biztosítási fedezet megszűnése

15. A jelen kiegészítő biztosítási fedezet – az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl – megszűnik az alábbi esetekben:

- ha az összes biztosítási fedezet, amelyre a jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozik, egy másik kiegészítő biztosítási fedezet alapján véglegesen díjmentesítésre kerül, a díjmentesítés hónapjának végével, vagy
- ha a jelen kiegészítő biztosítási fedezeten kívül az adott biztosítottra vonatkozó valamennyi biztosítási fedezet megszűnt, az utolsóként megszűnő biztosítási fedezet megszűnése hónapjának végével.

## Kizárások, mentesülés

16. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Általános Szerződési Feltételek 122-128. pontjai tartalmazzák.

## Várakozási idő

17. A jelen kiegészítő biztosítási fedezet létrejötté vagy a biztosítási fedezeteknek az Általános Szerződési Feltételek 42. a), c), e) vagy f) pontja szerinti megváltoztatása, vagy 93-96. pontok szerinti egyedi indexálása esetén – függetlenül attól, hogy a kiegészítő biztosítási fedezet orvosi vizsgálattal vagy anélkül jött létre – a biztosító várakozási időt köt ki. A várakozási idő a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől vagy a biztosítási fedezetek Általános Szerződési Feltételek 42. a), c), e) vagy f) pontjában fog-

lalt változtatásának, vagy 93-96. pontok szerinti egyedi indexálásának időpontjától számított két hónap.

Ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következett be, a biztosító

- a) a 4. pont szerinti szolgáltatás teljesítése helyett a kiegészítő biztosítási fedezetre addig befizetett díjat visszatéríti a szerződőnek és a kiegészítő biztosítási fedezet a biztosítási esemény bekövetkezése hónapjának végével megszűnik, ha a várakozási időt a biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet létrejötté miatt kötötte ki,
- b) a szerződésnek az Általános Szerződési Feltételek 42. a) vagy c) pontjában foglalt változtatása esetén, amennyiben a változtatással létrejött biztosítási fedezetekre a jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozik, a változtatást hatálytalannak tekinti a változtatás időpontjára visszamenőleges hatállyal. A változtatással létrejött biztosítási fedezetek tekintetében a 4. pont szerinti szolgáltatást a biztosító nem teljesíti és a kiegészítő biztosítási fedezetnek a változtatással létrejött biztosítási fedezetekre vonatkozó díját visszatéríti a szerződőnek,
- c) azon biztosítási fedezeteknek az Általános Szerződési Feltételek 42. e) vagy f) pontjában foglalt változtatása, illetve a 93-96. pontok szerinti egyedi indexálása esetén, amelyekre a jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozik, a változtatást, illetve egyedi indexálást hatálytalannak tekinti a változtatás, illetve az egyedi indexálás időpontjára visszamenőleges hatállyal, és a 4. pont szerinti szolgáltatást a változtatás, illetve egyedi indexálás előtti állapotra vonatkozóan nyújtja. A balesetből vagy heveny fertőző betegségből eredő biztosítási eseményekre a várakozási idő nem vonatkozik. A heveny fertőző betegségek felsorolását az Általános Szerződési Feltételek 3. számú mellékletének „A” része tartalmazza.

## A szolgáltatás iránti igény bejelentése

18. A biztosítási esemény igazolásához, valamint a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl – az alábbi iratok bemutatása szükséges:

- Rosszindulatú daganat esetén a szövetszövetmintavizsgálat alapján felállított orvosi diagnózis, a szövetszövetvizsgálat leírásával.
- 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.
- 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 dialíziskezelést igazoló szakintézeti 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 fertőzőbeteg-osztályán történt.
- h) Teljes vakság esetén:
  - a hatósági eljárást 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 kormány-

rendeletek 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.

## Egyéb rendelkezések

19. A jelen kiegészítő biztosítási fedezet csak egy másik, élet-, baleset- vagy egészségbiztosítási fedezettel együtt érvényes.

20. Az Általános Szerződési Feltételek 11-15. és 18-23., 42. e), f), 66., 90-96., 130-132. pontjainak rendelkezései a jelen biztosítási fedezetre nem alkalmazhatók.

Budapest, 2013. december 1.

**Allianz Hungária Zrt.**

1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint cégbíróság,

Cg. 01-10-041356