

Élet- és  
személy-  
biztosítás

[www.allianz.hu](http://www.allianz.hu)

# Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások

Szerződési Feltételek

**Allianz** 

AHE-21260/KF

# Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások

## Szerződési Feltételek

A biztosító és a szerződő között létrejött kiegészítő fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Általános Szerződési Feltételek az irányadók.

# A kiegészítő életbiztosítási fedezet (71112) és a kiegészítő életbiztosítási fedezet - Euró (81112)

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
1. A biztosítottak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála.	2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott és a biztosított halála bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek.
3. Esedékesség A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a halál bekövetkezésének napja.	

# A baleseti halál esetére szóló kiegészítő balesetbiztosítási fedezet (74112) és a baleseti halál esetére szóló kiegészítő balesetbiztosítási fedezet - Euró (84112)

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
1. A biztosított olyan balesete, melynek következtében a biztosított – a baleset időpontjától számított egy éven belül – meghal.	2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott és a biztosított halála bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek.  A biztosítási összegen 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 orvosilag 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.
3. Esedékesség A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a halál bekövetkezésének napja.	

# A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezet (742112) és a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezet - Euró (842112)

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>1. A biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkező olyan balesete, melynek következtében – a baleset időpontjától számított két éven belül – a biztosított 10%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenved.</p>	<p>2. A biztosító a biztosított baleseti eredetű, maradandó</p> <p>a) teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 200%-át,</p> <p>b) 67%-99% közötti egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg kétszeresének a károsodás mértékével arányos részét,</p> <p>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.</p> <p>A fent meghatározott biztosítási szolgáltatáson felül a biztosító a kedvezményezettnek a biztosítási szolgáltatás</p> <p>a) további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset következménye,</p> <p>b) további 100%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása orvosilag igazoltan, égési sérülés közvetlen következménye.</p> <p>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.</p> <p>3. Egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban, egy biztosítottra vonatkozóan a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás térítése a 100%-os egészségkárosodás esetén járó szolgáltatási összeget nem haladhatja meg.</p> <p>A baleset-biztosítás alapján kifizetett összeg független a társadalombiztosítási szervek megállapításaitól és szolgáltatásaitól.</p> <p>4. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást az egészségkárosodás mértékének 6. pont szerinti megállapításától számított 10 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak.</p>
<p><b>Esedékesség</b></p> <p>5. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a baleset bekövetkezésének napja.</p> <p>A jelen kiegészítő fedezetből eredő igények az igény esedékességétől számított két év elteltével elévülnek.</p>	

## A baleseti eredetű egészségkárosodás mértéke

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

A maradandó egészségkárosodás mértékét az alább felsorolt szervek, illetve végtagok elvesztése esetén a szükséges iratok bemutatásától számított 15 napon belül meg kell állapítani. Az alább 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.

7. 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, beszélőképesség 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	Fok	Kiterjedés	Az egészségkárosodás mértéke
I. fokú: (bőrt, nyálkahártyát épen hagyó égés)	1-20%	0%	III. fokú: (mélyre terjedő égés)	1-2%	0%
	21-30%	15%		3-5%	20%
	31-50%	30%		6-15%	40%
	51%-tól	50%		16-25%	60%
				26%-tól	100%
II/1. fokú: (felületes mélységű égés)	1-15%	0%	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.	
	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%			

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

8. 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.

9. 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 kísérijét – ha a kíséret orvosilag indokolt – költségátalány és az igénybe vett helyközi tömegközlekedési eszköz viteldíja illeti meg a biztosított lakhelye és a vizsgálat helye között.

## Megszűnés

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

# A kritikus betegségekre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (721112) és a kritikus betegségekre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet - Euró (821112)

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
<p><b>1. A biztosítási esemény feltétele, hogy</b></p> <p>a) a biztosítási esemény – és a biztosítási eseményhez vezető baleset, vagy betegség is – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be, és</p> <p>b) bekövetkezésének időpontját követően a biztosított legalább egy hónapig – agyi érkatasztrófa esetén legalább két hónapig – életben van.</p> <p><b>Rosszindulatú daganat</b> A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnosztizálás időpontja.</p> <p>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.</p> <p><b>Nem minősülnek biztosítási eseménynek a nem invazív, helyi rákos megbetegedések (carcinoma in situ), valamint a bőrrák, kivéve a malignus melanoma.</b></p> <p><b>Szívinfarktus</b> A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál szívinfarktust diagnosztizálnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szívinfarktus bekövetkeztének a kezelőorvos által megállapított időpontja.</p> <p>Szívinfarktus a vérkeringésnek a szívizom körülírt részén történt elakadása következtében kialakult helyi szívizomelhalás. A biztosítási eseménynek minősülő szívinfarktus diagnózisának a következő együttesen fennálló tényeken kell alapulnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• típusos mellkasi fájdalom,</li> <li>• friss és szívinfarktust bizonyító EKG-eltérés,</li> <li>• a szívizomelhalást jelző specifikus enzimek felszaporodása a vérben.</li> </ul> <p><b>Agyi érkatasztrófa</b> A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnosztizálás időpontja.</p> <p>Agyi érkatasztrófa a diagnózis felállításától számított 60 nap után is észlelhető, maradandó idegrendszeri tüneteket okozó agyi értörtézés, amelyhez a következő körképek sorolhatók:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• az agyszövet elhalása érelzáródás következtében (trombózis),</li> <li>• koponyán belüli vérzés, a baleseti eredetű kivételével,</li> <li>• koponyán kívüli forrásból származó agyembólia, a baleseti eredetű kivételével.</li> </ul>	<p><b>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th> <th>Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 hónap</td> <td>5%-a</td> </tr> <tr> <td>2 hónap</td> <td>10%-a</td> </tr> <tr> <td>3 hónap</td> <td>50%-a</td> </tr> <tr> <td>4 hónap</td> <td>75%-a</td> </tr> <tr> <td>5 és ennél több hónap</td> <td>100%-a</td> </tr> </tbody> </table> <p>A biztosítási összeg emelése esetén ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást. Ezen túlmenően a biztosító az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottra addig az egység számláról levont biztosítási költséget visszatéríti a szerződőnek az egység számlán történő jóváírás formájában.</p> <p>A biztosító a kiegészítő fedezet kapcsán egy biztosított vonatkozásában egyszer és legfeljebb egy – a feltételekben meghatározott – betegség esetén nyújt szolgáltatást akkor is, ha több betegség együttesen lép fel.</p> <p><b>A szolgáltatás teljesítése</b></p> <p><b>3. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást az alább meghatározott időpontok közül a későbbi időponttól számított 10 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a biztosítási eseménynél meghatározott nap, ha a biztosított ezen a napon életben van, vagy</li> <li>• a szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges utolsó irat kézhezvételének napja.</li> </ul>	Kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg	1 hónap	5%-a	2 hónap	10%-a	3 hónap	50%-a	4 hónap	75%-a	5 és ennél több hónap	100%-a
Kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg												
1 hónap	5%-a												
2 hónap	10%-a												
3 hónap	50%-a												
4 hónap	75%-a												
5 és ennél több hónap	100%-a												

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p><b>Szervátültetés</b>  A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított szervátültetést hajtanak végre.  A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.</p> <p>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.</p> <p><b>Krónikus veseelégtelenség</b>  A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál krónikus veseelégtelenség áll fenn, és a beteg a diagnózis megállapításától számított legalább két hónapig tartós dialíziskezelésre szorul.  A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az első dialíziskezelés időpontja.  Krónikus veseelégtelenség a 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.</p> <p><b>Szívkoszorúér-műtét</b>  A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítotton szívkoszorúér-műtétet (bypass) hajtanak végre.  A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja.  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.</p> <p><b>AIDS- (HIV-) betegség</b>  A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított AIDS- (HIV-)betegségben megbetegszik.  A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a HIV-betegség megállapításának időpontja.  Az 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).</p> <p><b>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).</b></p> <p><b>Teljes vakság</b>  A biztosítási esemény akkor következik be, amikor 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 biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a bizonylat kiadásának időpontja.</p>	

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>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.</p> <p><b>Nagy végtag-amputáció</b>  A biztosítási esemény akkor következik be, amikor 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 lábának a teljes térdízületet is magába foglaló amputációja folytán.  A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az amputációs műtét időpontja.  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.</p> <p><b>Sclerosis multiplex</b>  A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a korábban már diagnosztizált, a központi idegrendszer fehérrállományának göcos 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 biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja 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 időpontja.  A 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.</p> <p><b>Nagy égési sérülés</b>  A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 26%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű II. fokú, illetve</li> <li>· 16%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű III. fokú, illetve</li> <li>· 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.</li> </ul> <p>A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a sérültet ellátó kórházi osztályon történő kezelés befejezése után, a sérülés fokát és százalékos kiterjedését is feltüntető zárójelentés kiadásának időpontja, illetve végtagi funkciót is károsító sérülésnél a biztosító baleseti orvosszakértője által megállapított 51 százalékos vagy ennél nagyobb mértékű maradandó kár megállapításának időpontja.</p>	



Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>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 hõguta – kizárva).</p> <p>Elõzménynek az tekintendõ, ha az ajánlattétel elõtt olyan betegséget diagnosztizáltak, amelyre a biztosítási esemény visszavezethetõ, azzal közvetlen okozati összefüggésben áll.</p>	
<p><b>Esedékesség</b></p> <p>4. A szolgáltatás iránti igény esedékességének idõpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.</p>	
<p><b>A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok</b></p> <p>5. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az Általános Szerzõdési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges.</p> <p><b>Roszzindulatú daganat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>szövetminta-vizsgálat alapján felállított orvosi diagnózis, a szövettani vizsgálat leírásával</li> </ul> <p><b>Szívinfarktus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a típusos mellkasi fájdalom leírása a vele járó kísérõ tünetekkel,</li> <li>friss és a szívinfarktust bizonyító EKG-eltérést mutató lelet,</li> <li>a szívizomelhalást igazoló specifikus enzimeknek a vérben való felszaporodását bizonyító lelet</li> </ul> <p><b>Agyi érkatasztrófa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>szakorvosi vélemény, amely igazolja az idegrendszeri károsodás 60 napon túli fennállását</li> </ul> <p><b>Szervátültetés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a szervátültetéssel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció az indikációt igazoló vizsgálati eredményekkel együtt</li> </ul> <p><b>Krónikus veseelégtelenség</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a betegség IV. stádiumát és a 60 napon túl is folyamatosan szükséges dialíziskezelést igazoló szakintézeti orvosi szakvélemény</li> </ul> <p><b>Szívkoszorúér-mûtét</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a bypass mûtét elvégzését igazoló orvosi dokumentáció</li> </ul> <p><b>AIDS- (HIV-) betegség</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>az orvosi diagnózis, melynek felállítása a fekvõbeteg-gyógyintézet fertõzõbetegosztályán történt</li> </ul> <p><b>Teljes vakság</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a hatósági eljárás alapját képezõ szemész szakorvosi vélemény,</li> <li>a vakok személyi járadékára való jogosultságot megállapító jogerõs hatósági határozat,</li> <li>a vakok személyi járadékának elsõ, majd ezt követõen még két ízben történõ kifizetését igazoló pénzügyi bizonylat</li> </ul> <p><b>Nagy végtag-amputáció</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a mûtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció</li> </ul> <p><b>Sclerosis multiplex</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a betegségnek a biztosítási eseményt jelentõ elõrehaladott stádiumát megállapító fekvõbeteg-gyógyintézet neurológiai osztálya által kiadott zárójelentés, valamint</li> <li>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</li> </ul> <p><b>Égési sérülés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a biztosítottat ellátó fekvõbeteg-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</li> </ul>	
<p><b>A kiegészítõ fedezet megszûnése</b></p> <p>6. Az Általános Szerzõdési Feltételekben foglalt megszûnési okokon kívül a kiegészítõ fedezet megszûnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor a biztosítási esemény bekövetkezik.</p>	

# A rokkantsági ellátás esetére szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (722111) és a rokkantsági ellátás esetére szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet - Euró (822111)

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
<p>1. <b>Biztosítási</b> esemény akkor következik be, ha a biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· a kockázatviselési időszakban történt balesetből vagy betegségből eredően</li> <li>· „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra való jogosultságot szerez</li> <li>· a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény, és e törvény felhatalmazásából megalkotott jogszabályok alapján.</li> </ul> <p>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.</p>	<p>2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th> <th>Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 hónap</td> <td>5%-a</td> </tr> <tr> <td>2 hónap</td> <td>10%-a</td> </tr> <tr> <td>3 hónap</td> <td>50%-a</td> </tr> <tr> <td>4 hónap</td> <td>75%-a</td> </tr> <tr> <td>5 és ennél több hónap</td> <td>100%-a</td> </tr> </tbody> </table> <p>A biztosítási összeg emelése esetén, ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást. Ezen túlmenően a biztosító az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottra addig az egységszámláról levont biztosítási költséget visszatéríti a szerződőnek az egységszámlán történő jóváírás formájában.</p>	Kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg	1 hónap	5%-a	2 hónap	10%-a	3 hónap	50%-a	4 hónap	75%-a	5 és ennél több hónap	100%-a
Kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg												
1 hónap	5%-a												
2 hónap	10%-a												
3 hónap	50%-a												
4 hónap	75%-a												
5 és ennél több hónap	100%-a												
<p><b>Esedékesség</b></p> <p>3. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a rokkantságot az illetékes szerv megállapítja.</p>													
<p><b>A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok</b></p> <p>4. A biztosítási esemény igazolásához, valamint a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl – a biztosító rendelkezésére kell bocsátani az erre jogosult szerv/szervek által kiállított hivatalos iratokat, melyek igazolják a biztosított rokkantsági ellátásra való jogosultságát, továbbá az egészségi állapot mértékének meghatározását.</p>													
<p><b>A kiegészítő fedezet megszűnése</b></p> <p>5. Az Általános Szerződési Feltételekben foglalt megszűnési okokon kívül a kiegészítő fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) a biztosítási esemény bekövetkezett, vagy</li> <li>b) a biztosított nyugdíjba vonult.</li> </ol>													

# A műtéti térítésre szóló kiegészítő egészség- biztosítási fedezet (723111) és a műtéti térítésre szóló kiegészítő egészség- biztosítási fedezet - Euró (823111)

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás																																		
<p>1. A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a jelen szerződési feltételek szerinti – műtété azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.</p> <p><b>Műtét:</b> Jelen szerződési feltételek alapján műtétnek tekintendő az orvosszakmai szabályok betartásával, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy által elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.</p>	<p>2. A biztosító a szolgáltatás szempontjából kis, közepes, nagy, illetve kiemelt műtéteket különböztet meg. A műtétek – kis-, közepes, nagy-, illetve kiemelt műtétek szerinti – besorolását az Általános Szerződési Feltételek 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.</p> <p>A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Kiegészítő fedezet létezésétől eltelt időtartam</th> <th colspan="4">Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka</th> </tr> <tr> <th>Kiemelt műtét</th> <th>Nagy műtét</th> <th>Közepes műtét</th> <th>Kis műtét</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 hónap</td> <td>10%</td> <td>5%</td> <td>2,5%</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>2 hónap</td> <td>20%</td> <td>10%</td> <td>5%</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>3 hónap</td> <td>100%</td> <td>50%</td> <td>25%</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>4 hónap</td> <td>150%</td> <td>75%</td> <td>37,5%</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>5 és ennél több hónap</td> <td>200%</td> <td>100%</td> <td>50%</td> <td>20%</td> </tr> </tbody> </table> <p>A biztosítási összeg emelése esetén, ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást.</p> <p>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.</p> <p>3. <b>Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosítotton</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>nem betegség, vagy nem baleset miatt végzett plasztikai műtét,</li> <li>betegség miatt végzett, bármilyen kis- és közepes műtétnek minősülő fogászati, szájsebészeti beavatkozás,</li> <li>diagnosztikus célból végzett bármilyen beavatkozás, beleértve a kimetszéseket, az endoscopos, vagy punkciós mintavételeket, a katheteres vizsgálatokat is,</li> <li>nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítás,</li> <li>a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása esetén.</li> </ol>	Kiegészítő fedezet létezésétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka				Kiemelt műtét	Nagy műtét	Közepes műtét	Kis műtét	1 hónap	10%	5%	2,5%	1%	2 hónap	20%	10%	5%	2%	3 hónap	100%	50%	25%	10%	4 hónap	150%	75%	37,5%	15%	5 és ennél több hónap	200%	100%	50%	20%
Kiegészítő fedezet létezésétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka																																		
	Kiemelt műtét	Nagy műtét	Közepes műtét	Kis műtét																															
1 hónap	10%	5%	2,5%	1%																															
2 hónap	20%	10%	5%	2%																															
3 hónap	100%	50%	25%	10%																															
4 hónap	150%	75%	37,5%	15%																															
5 és ennél több hónap	200%	100%	50%	20%																															
<b>Esedékesség</b>																																			
4. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a műtét elvégzésének napja.																																			
<b>A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok</b>																																			
5. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges																																			
<ol style="list-style-type: none"> <li>a műtétről szóló orvosi dokumentáció,</li> <li>fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés.</li> </ol> <p>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.</p>																																			

# Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (725111)

## Általános információk

1. Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet Egyszeri díjfizetésű Allianz Életprogram szerződéshez, valamint az Életprogramok – Euró szerződésekhöz nem köthető.

A kiegészítő fedezet kizárólag az alapbiztosítás létrejöttével egyidejűleg jöhet létre.

Az **Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás** az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet részét képezi és az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás feltétele (az Általános Szerződési Feltételek 3. számú melléklete) a jelen szerződési feltételekkel együtt alkalmazandó.

A **közlési és változásbejelentési kötelezettség** tekintetében az Általános Szerződési Feltételekben foglalt, a biztosítóra vonatkozó szabályok az ellátásszervezőre is érvényesek. A közölt adatokat az ellátásszervező is jogosult ellenőrizni.

## Fogalmak

2. **Egészségügyi szolgáltatás:** Az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenység.

**Egészségügyi szolgáltató:** A tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, vagy jogi személy.

**Ellátásszervező:** Az az egészségügyi szolgáltató, amely a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja.

A biztosítóval szerződött ellátásszervező neve, címe, telefonszáma: Advance Medical Hungary Kft.

1085 Budapest, Baross u. 22.

Tel: 06-1-461-1555

Az ellátásszervezés szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak: munkanapokon 8.00-20.00 óra között

**Vizsgálat:** Az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, a betegségek, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének megállapítása.

**Szűrővizsgálat:** Olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.

## Biztosítási esemény

3. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően a jelen szerződési feltételek szerint indokolt orvosi ellátásra van szüksége.

Jelen szerződési feltételek alapján orvosi ellátásnak minősül az orvosszakmai szabályok betartásával, a jelen szerződési feltételekben meghatározott

- egészségügyi szakterületeken történő, orvosi szakképesítéssel rendelkező személy által elvégzett járóbeteg szakellátás, valamint
- diagnosztikai vizsgálat, melyet orvosi szakképesítéssel rendelkező személy, vagy javaslatára más erre feljogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy végez.

A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.

## Biztosítási szolgáltatás

4. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak.

I. **Járóbeteg szakellátás** az alábbi szakterületeken:

- Belgyógyászat
- Bőrgyógyászat

**A biztosító nem teljesít szolgáltatást az évi négy ellátást meghaladó további vizsgálatokra vagy kezelésekre, továbbá alkalmanként a 15 000 forintot meghaladó költségre.**

- Csecsemő- és gyermekgyógyászat
- Diabetológia
- Endokrinológia
- Érsebészet
- Fül-orr-gégészet
- Gastroenterológia (ezen belül rectoscopya, colonoscopya, gastroscopya is)

**A biztosító nem teljesít szolgáltatást colonoscopya esetén az alátartás költségeire, továbbá a virtuális endoscopya és capsula endoscopya költségeire.**

- Kardiológia (ezen belül nyugalmi EKG, terheléses EKG, holter EKG)
- Neurológia

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>k) Nőgyógyászat A nőgyógyászati ellátás magába foglalja</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· a cytológiai vizsgálatot is, évente egy alkalommal, továbbá</li> <li>· a biztosított várandóssága esetén elvégzendő orvosi vizsgálatok közül a tartam első 6 hónapjában legfeljebb egy vizsgálatot, 15 000 Ft értékben, a továbbiakban legfeljebb négy vizsgálatot évente, alkalmanként legfeljebb 15 000 Ft értékben.</li> </ul> <p><b>A biztosító nem teljesít szolgáltatást – a biztosított várandóssága alatt elvégzendő orvosi vizsgálatokat is beleértve – az évi négy vizsgálatot meghaladó további vizsgálatokra,- továbbá alkalmanként a 15 000 forintot meghaladó költségre.</b></p> <p>l) Ortopédia m) Sebészet n) Szemészet o) Tüdőgyógyászat p) Urológia</p> <p><b>A biztosító nem teljesít szolgáltatást urológiai ellátás kerekein belül az andrológiai vizsgálat vagy ellátás esetén.</b></p> <p><b>II. Labor diagnosztika az alábbiak szerint:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Teljes vérkép</li> <li>b) Vérsüllyedés</li> <li>c) Teljes vizelet</li> <li>d) Májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt))</li> <li>e) Vércsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid)</li> <li>f) Vércukor, vércukor terhelés</li> <li>g) Húgysav</li> <li>h) Vesefunkció (KN, Creatinin)</li> <li>i) Se vas, transferrin, TVK</li> <li>j) Ionok (Na, K, Ca)</li> <li>k) HbA1c</li> <li>l) Pajzsmirigy funkció (TSH, T3, T4, anti-TPO, anti-TG)</li> </ol> <p><b>A biztosító nem teljesít szolgáltatást a felsorolt laboratóriumi vizsgálatokon kívüli bármilyen más laboratóriumi vizsgálatra.</b></p> <p><b>III. Képalkotó diagnosztika:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Röntgen</li> <li>b) Ultrahang</li> </ol> <p><b>IV. Nagy értékű diagnosztika:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) CT</li> <li>b) MR</li> <li>c) Pet CT</li> <li>d) Cardio CT.</li> </ol> <p><b>V. A biztosító szolgáltatása kiterjed a jelen pontban szereplő, – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett – alábbi szolgáltatások nyújtására is.</b></p> <p>Szűrővizsgálat (opcionális):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) nőgyógyászat vagy</li> <li>b) urológia vagy</li> <li>c) labor (vérkép, vizelet, vércukor, vércsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid), májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt)), vese funkció (KN, Creatinin) vagy</li> <li>d) hasi ultrahang.</li> </ol> <p>A fent szereplő szűrővizsgálatok közül – a biztosított választása szerint – a jelen szerződési feltételek alapján két évente legfeljebb egy vizsgálat vehető igénybe.</p>

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás								
	<p>5. A felsorolt ellátások tekintetében a biztosító a kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt első 2 hónapban bekövetkező biztosítási esemény esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást</p> <table border="1" data-bbox="812 320 1414 510"> <thead> <tr> <th data-bbox="815 320 1114 349">Ellátás típusa</th> <th data-bbox="1115 320 1410 349">Szolgáltatás mértéke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="815 351 1114 383">I.pont szerint</td> <td data-bbox="1115 351 1410 412" rowspan="3">legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 15 000 Ft értékben</td> </tr> <tr> <td data-bbox="815 385 1114 416">II.pont szerint</td> </tr> <tr> <td data-bbox="815 418 1114 450">III.pont szerint</td> </tr> <tr> <td data-bbox="815 452 1114 483">IV.pont szerint</td> <td data-bbox="1115 452 1410 510">legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 50 000 Ft értékben.</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Kizárások</b></p> <p>6. <b>Nem biztosítási esemény</b> ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az alábbi esetekben sem</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>meddősséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés,</li> <li>sürgősségi ellátás vagy vizsgálat,</li> <li>nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás,</li> <li>injekciós kezelés, infúziós kúra,</li> <li>szépsészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás,</li> <li>szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, látület céljából történő vizsgálat vagy ellátás,</li> <li>védőoltásokkal kapcsolatos ellátások,</li> <li>nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások,</li> <li>látásjavító szemészeti műtét.</li> </ol> <p>7. <b>Nem biztosítási esemény</b> az évi négy igénybevételt meghaladó további ellátás az alábbi egészségügyi szakterületeken egyenként</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>az I. pont szerinti járóbeteg szakellátás,</li> <li>a II. pont szerinti labor diagnosztika, valamint</li> <li>a III. pont szerinti képalkotó diagnosztika.</li> </ol> <p>8. <b>Nem biztosítási esemény</b> a IV. pont szerinti nagy értékű diagnosztikai ellátás évi két igénybevételt meghaladó további igénybevétele.</p> <p><b>Közös szabályok</b></p> <p>9. A szolgáltatások kizárólag az ellátásszervező által szervezett ellátásokra vehetők igénybe.</p> <p>Az ellátásszervező lehetőség szerint a vele szerződött egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg a biztosított ellátását. Amennyiben az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató, akkor az ellátásszervező más, vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatónál biztosít lehetőséget az ellátás igénybevételére.</p> <p>10. Az ellátásszervező – az ellátás megszervezését megelőzően – értesíti a biztosítottat, ha az igényelt ellátás, illetve az ellátás költségének figyelembe vételével a szolgáltatások értéke meghaladná a jelen szerződési feltételek szerinti valamely limitet. A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokat a biztosított saját költségére veheti igénybe. A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokra a biztosító nem szervez ellátást.</p> <p>A jelen szerződési feltételekben szereplő szolgáltatásokra vonatkozó limitek emelkedhetnek, ha a kiegészítő fedezet költsége emelkedik.</p> <p>11. A biztosított a jelen kiegészítő fedezet alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.</p>	Ellátás típusa	Szolgáltatás mértéke	I.pont szerint	legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 15 000 Ft értékben	II.pont szerint	III.pont szerint	IV.pont szerint	legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 50 000 Ft értékben.
Ellátás típusa	Szolgáltatás mértéke								
I.pont szerint	legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 15 000 Ft értékben								
II.pont szerint									
III.pont szerint									
IV.pont szerint	legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 50 000 Ft értékben.								

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	<p>12. Ha az ellátásszervező a szolgáltatást egy vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg, akkor a szolgáltató által kiállított számla alapján a biztosított fizeti ki a szolgáltatás költségét a szolgáltatónak. Az ellátásszervező – a biztosított által hozzá benyújtott számla alapján – a jelen szerződési feltételek szerint indokolt költséget megtéríti a biztosított részére.</p>
<p><b>Esedékesség</b></p> <p>13. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon bejelenti.</p> <p><b>A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok</b></p> <p>14. A biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon, illetve az ellátásszervező kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével írásban jelenti be.</p> <p>A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát valamint az Életprogram szerződés szerződőjét.</p> <p>Az azonosításhoz szükséges adatok:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• az Életprogram szerződés szerződésszáma,</li> <li>• a biztosított neve,</li> <li>• biztosított édesanyjának neve,</li> <li>• a biztosított születési ideje.</li> </ul> <p>A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során az ellátásszervező minden esetben azonosítja a biztosítottat.</p> <p>Az ellátásszervező által megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele során az egészségügyi szolgáltató azonosítja a biztosítottat. Ha a biztosított személye nem azonosítható, akkor az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét az ellátás alkalmával a biztosított fizeti.</p> <p>A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• orvosi beutaló az ellátásokra (kivéve nőgyógyászat, orr-fül-gégészet, sebészet, urológia, szemészet, továbbá szűrővizsgálat), a IV. pontban foglalt szolgáltatások esetén szakorvosi (sebész, belgyógyász, ideggyógyász, onkológus) beutaló,</li> <li>• az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,</li> <li>• a biztosított nevére kiállított számla.</li> </ul> <p>Az ellátásszervező jogosult a biztosítási esemény bekövetkezése kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát ellenőrizni, a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot felülvizsgálni. A felülvizsgálat eredményeképpen az ellátásszervező megtagadhatja az I-IV. pontban felsorolt szolgáltatások megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.</p> <p><b>A kiegészítő fedezet megváltoztatása</b></p> <p>15. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a szerződőnek a kiegészítő fedezet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• biztosítottjának visszavonására a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével van lehetősége,</li> <li>• megszüntetésére a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével van lehetősége, kivéve a kiegészítő fedezet költségének a biztosító által végrehajtott módosítása esetén, amely esetben a szerződő a fedezetet az évfordulóra írásban felmondhatja.</li> </ul> <p>16. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a szerződőnek a kiegészítő fedezet tartama alatt nincs lehetősége</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) új biztosítottra vagy a szerződésben már szereplő biztosítottra vonatkozóan új orvosi ellátásra szóló kiegészítő fedezet létrejöttének kezdeményezésére,</li> <li>b) az orvosi ellátásra szóló kiegészítő fedezet szolgáltatásának, illetve a szolgáltatásra vonatkozó limiteknek a megváltoztatására.</li> </ol> <p><b>A kiegészítő fedezet költségének a biztosító által végrehajtott módosítása</b></p> <p>17. A biztosító jogosult a kiegészítő fedezet egységnyi költségét, azaz az Általános Szerződési Feltételek 4. számú mellékletét – a biztosítási szolgáltatás és az erre vonatkozó limitek változtatása nélkül is – a jövőre nézve, évente egyszer módosítani, ha valamely életkorban a biztosítási esemény bekövetkezésének gyakorisága legalább 10 százalékkal eltér attól a valószínűségtől, amellyel a biztosító a módosítást megelőzően kalkulált. A módosítás mértéke a 10%-ot nem haladhatja meg.</p> <p>A biztosító jogosult a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő fedezet költségét – a biztosítási szolgáltatás és az erre vonatkozó limitek változtatása nélkül is – a jövőre nézve, évente egyszer módosítani abban az esetben, ha a biztosítónak a szolgáltatás nyújtásához kapcsolódó költségei – az általa igénybe vett szolgáltatások díjainak emelkedése, továbbá a káralakulás következtében, igazolhatóan – megemelkedtek. A módosítás mértéke a 10%-ot nem haladhatja meg.</p> <p>A kiegészítő fedezet módosított költsége az Általános Szerződési Feltételek 4. számú melléklete változásának hatálybalépését követő évfordulón lép érvénybe.</p>	



A biztosító az Általános Szerződési Feltételek 4. számú mellékletének változásáról a szerződés évfordulója előtt legalább 60 nappal írásban értesíti a szerződőt.

Ha a szerződő az értesítésben foglalt módosított költséget nem fogadja el, a kiegészítő fedezetet – az évfordulót megelőző 30. napig, az évfordulóra – írásban felmondhatja.

#### A kiegészítő fedezet megszűnése

18. A kiegészítő fedezet megszűnik

- a szerződésnek a biztosított 64. életéve betöltését követő évfordulóján,
- a biztosítottnak a szerződő által kezdeményezett visszavonásával, mellyel a biztosítottra vonatkozó kiegészítő fedezet annak a hónapnak az utolsó napjával szűnik meg, amely hónapban a szerződő nyilatkozata a biztosítóhoz beérkezett, a fedezet szerződő által kezdeményezett megszüntetésével, ha a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év eltelt,
- a fedezet szerződő által kezdeményezett, az évfordulóra írásban történő felmondásával a fedezet tartamának kezdetétől számított első 3 évben is, ha a biztosító a kiegészítő fedezet költségét módosítja.

19. Az Általános Szerződési Feltételekben foglaltaktól eltérően a szerződőnek nincs lehetősége a kiegészítő fedezet

- felmondására a fedezet tartamának első 3 évében, kivéve ha a biztosító a kiegészítő fedezet költségét módosítja, – ebben az esetben a szerződő a fedezetet az évfordulóra írásban felmondhatja,
- biztosítottjának visszavonására a fedezet tartamának első 3 évében.

#### Adatkezelés

20. A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított az ajánlat aláírásával hozzájárulását adta az ajánlatban megadott, az alábbiakban meghatározott adatainak (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatoknak a biztosító által történő kezeléséhez és az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben – meghatározott gyakorisággal – történő továbbításához. Az adatok köre: szerződésszám, szerződő és biztosított neve, biztosított neme, biztosított édesanyja neve, biztosított születési helye és ideje, biztosított partner kódja, biztosított címe, e-mail címe, biztosított mobiltelefonszáma.

21. A szerződő és a biztosított az ajánlat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy az ellátásszervező a vele szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek, valamint – amennyiben az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató – az ellátásszervezővel szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatók számára továbbítsa az alábbi adatokat:  
a biztosított neve, születési ideje, címe, mobiltelefonszáma, továbbá a biztosított különleges (azaz egészségi) adatai.

22. Az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás nyújtásának megszűnéséig a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig jogosult az adatokat kezelni. A szerződő és a biztosított kérésére az ellátásszervező tájékoztatást ad azon egészségügyi szolgáltatók személyéről, akik az adatokhoz a fenti módon hozzáfértek.

23. A biztosított hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító és az ellátásszervező az egészségi adatait nyilvántartsa, kezelje, az ellátásszervezés és a kárrendezés során felhasználja, a biztosító szolgáltatásaként igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizzé. Amennyiben a biztosított az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő továbbadását megtagadja, az igénybe vett szolgáltatás díját saját maga köteles kifizetni.

#### Egyéb szabályok

24. Tekintettel arra, hogy a kiegészítő fedezet a fenti szolgáltatásokat foglalja magába, az Általános Szerződési Feltételek biztosítási összegre vonatkozó rendelkezései a fedezetre nem érvényesek, azaz

- nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,
- a szolgáltatást, illetve az erre vonatkozó limiteket a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek emelésére nem kerül sor, abban az esetben, ha az egy biztosítottra vonatkozó kiegészítő fedezetek költségeinek összege meghaladja a „B” jelű Kondíciós lista 5.3. pontjában foglalt költségszintet,
- a kiegészítő fedezet költségének – a „B” jelű Kondíciós lista 5.1. pontjában foglalt minimális havi költség változása következtében történő – emelése esetén a fedezet szolgáltatása nem emelkedik,
- a kiegészítő fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek értékkeléssel történő emelésére.

#### Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

25. Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
- az igénybe vehető szolgáltatások száma, valamint az egyes szolgáltatások értéke korlátozott,
- a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
- a biztosított visszavonására vagy a fedezet megszüntetésére a szerződőnek a tartam kezdetét követő 3 év elteltével van lehetősége (kivéve a költség biztosító által végrehajtott módosításának esetét),
- a kiegészítő fedezet megszűnik a szerződésnek a biztosított 64. életéve betöltését követő évfordulóján,
- a kiegészítő fedezet költségének módosítása tárgyában.



# A Babaváró kiegészítő élet- és egészség- biztosítási fedezet (724111) és a Babaváró – Euró kiegészítő élet- és egészség- biztosítási fedezet (824111)

## Általános információk

1. A biztosító az 5. pontban foglaltakon kívül kötelezettséget vállal Általános Szerződési Feltételek 3. számú mellékletében foglalt szolgáltatás nyújtására is. A melléklet a szerződés része.

## Fogalmak

2. **Magzat:** a méhen belül fejlődő emberi lény a terhesség 12. hetétől.

**Élveszületés:** A gyermeket – a fogantatástól eltelt időtartamtól függetlenül – elveszülettnak kell tekinteni, ha az anya testétől történt elválasztása után az életnek bármilyen jelét adta.

**A születést megelőzően diagnosztizált rendellenesség:** A rendellenességek a magzati életben – genetikai és/vagy külső környezeti tényezők hatására – kialakuló alaki (morfológiai, azaz fejlődési rendellenességek, kromoszóma rendellenességek), biokémiai (pl. anyagcsere zavarok) vagy működési (funkcionális pl. vízfejűség) zavarok, amelyeket prenatalisan (a születést megelőzően) észlelnek.

**Veleszületett rendellenesség:** A veleszületett rendellenességek a magzati életben – genetikai és/vagy külső környezeti tényezők hatására – kialakuló alaki (morfológiai, azaz fejlődési rendellenességek, kromoszóma rendellenességek), biokémiai (pl. anyagcsere zavarok) vagy működési (funkcionális pl. vízfejűség) zavarok, amelyeket prenatalisan (a születést megelőzően), de általában születés után, később csecsemőkorban, de legkésőbb kisgyermekkorban észlelnek (pl. egyes anyagcsere betegségek).

A születést megelőzően diagnosztizált vagy veleszületett rendellenességek – súlyosság szerinti kategóriákba történő – besorolását az Általános Szerződési Feltételek 2. számú melléklete (a továbbiakban 2. számú melléklet) tartalmazza. A besorolás a társadalombiztosítási szervek besorolásától független. Ha a rendellenesség súlyossága a 2. számú melléklet alapján nem határozható meg egyértelműen, akkor a besorolást a biztosító orvosa állapítja meg.

## Biztosítottak

3. A jelen szerződési feltételek alkalmazásában biztosított lehet az a nő, aki gyermekvállalást tervez, gyermeket vár (állapotos) vagy már gyermeke van.

Biztosítottnak minősül a **társbiztosított** is. A társbiztosított a biztosítottnak a kiegészítő fedezet létrejöttét követően élve született első gyermeke, ikrek esetében egy vagy több élve született gyermek. A biztosító kockázatviselése a társbiztosítottra nézve a társbiztosított születésével kezdődik meg.

A biztosító kockázatviselése a biztosítottnak kizárólag a kiegészítő fedezet létrejöttét követően születendő vagy megszületett első gyermekeire, ikrek esetében egy vagy több gyermekére terjed ki, a biztosított további gyermekeire nem vonatkozik a biztosítási fedezet.

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
<p>4. A biztosítási esemény abban az időpontban következik be, amikor a kiegészítő fedezet létrejöttét követően, a kockázatviselési időszakban</p> <p>a) a biztosított első születendő gyermekénél (magzatnál), ikrek esetében egy vagy több születendő gyermeknél (magzatoknál, a továbbiakban születendő gyermek vagy ikrek) a születést megelőzően a 2. számú mellékletben szereplő rendellenességet diagnosztizálnak – a diagnosztizálás időpontjában, vagy</p> <p>b) a biztosított első élve megszületett gyermekénél, ikrek esetében egy vagy több élve megszületett gyermeknél, mint társbiztosítottnál a 2. számú mellékletben szereplő veleszületett rendellenességet diagnosztizálnak – a diagnosztizálás időpontjában, vagy</p>	<p>5. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy ha a kiegészítő fedezet létrejöttét követően a kockázatviselési időszakban bekövetkezik a biztosítási esemény</p> <p>a) a 4. a) és b) pontban foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2. számú melléklet szerinti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4. és 5. kategóriába sorolt (súlyos), a születést megelőzően diagnosztizált vagy veleszületett rendellenesség esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényben lévő biztosítási összeg 100%-át,</li> <li>• 3. kategóriába sorolt (közepes), a születést megelőzően diagnosztizált vagy veleszületett rendellenesség esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényben lévő biztosítási összeg 30%-át,</li> <li>• 1. és 2. kategóriába sorolt (kismértékű), a születést megelőzően diagnosztizált vagy veleszületett rendellenesség esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényben lévő biztosítási összeg 10%-át</li> </ul> <p>fizeti ki a biztosítottnak. Abban az esetben, ha a biztosított a kiegészítő fedezet tartama alatt meghal, és a gyermek élve született, a gyermeket a szülői felügyeleti jog keretében gondozó másik szülőnek, vagy a gyámnak teljesíti a biztosító a kifizetést.</p> <p>A biztosító a biztosított minden egyes születendő vagy élve megszületett gyermeke vonatkozásában egyszer és legfeljebb egy – az a) vagy a b) pontban meghatározott – a születést megelőzően diagnosztizált vagy veleszületett rendellenesség esetén nyújt szolgáltatást, akkor is, ha több rendellenesség együttesen lép fel. Ha az együttesen fellépő rendellenességek – a 2. számú melléklet szerint – súlyosságuk alapján különböző kategóriákba soroltak, akkor a biztosító az előforduló legmagasabb kategória szerinti szolgáltatást teljesíti.</p> <p><b>Kizárás</b></p> <p><b>Nem biztosítási esemény a biztosított születendő vagy élve született gyermekénél (társbiztosítottnál) a születést megelőzően diagnosztizált vagy veleszületett rendellenesség, ha</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a gyermek intézeten kívül születik meg (otthonszülés) és a rendellenesség igazoltan annak a következménye,</li> <li>• vagy a gyermek vérfertőző kapcsolatból születik.</li> </ul> <p><b>Nem biztosítási esemény a születendő vagy élve született gyermeknél (társbiztosítottnál) a születést megelőzően diagnosztizált vagy veleszületett rendellenesség, valamint a születendő gyermek (magzat) halála vagy a gyermek születéskori halála, ha az orvosilag igazoltan az alábbiak következménye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a biztosított az állapotosságával kapcsolatban előírt orvosi vizsgálatoknak, kezelésnek nem vetette alá magát, vagy nem követte az orvosi utasításokat,</li> <li>• biztosított bármely, a születendő gyermek életét, egészségét veszélyeztető sérülés, vagy káros hatás bekövetkezését követően nem fordul orvoshoz, az orvos megállapításait tartalmazó igazolással nem rendelkezik,</li> <li>• biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete,</li> <li>• a biztosított testén saját maga vagy hozzájárulásával mások, de nem orvosi szakképzettséggel rendelkező személyek által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodás (kivéve, ha erre valamely biztosítási esemény miatt kerül sor), vagy</li> <li>• a biztosított hivatásos, vagy amatőr sportolóként gyakorolt sporttevékenység (mérkőzés, verseny, edzés) során elszenvedett balesete, valamint szervezett diáksport- és tömegsport-tevékenység közben történt balesete (sportbaleset).</li> </ul>

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
c) a biztosított első születendő gyermeke vagy ikrei a terhesség orvosiilag igazolt kezdetétől számított 24. hét betöltését követően még a születés előtt, vagy a születéskor meghal(nak) – a halál bekövetkezésének időpontjában, vagy	<p>b) a 4. c) pontban foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényben lévő biztosítási összeg 10%-át fizeti ki a biztosítottnak.</p> <p><b>Kizárás</b></p> <p><b>Nem biztosítási esemény a biztosított születendő gyermekének (magzat) a halála vagy a gyermek születéskori halála, ha</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· a terhesség orvosiilag igazolt kezdetétől számított 24. hét betöltését megelőzően következik be (vetélés),</li> <li>· a gyermek vérfertőző kapcsolatból születik,</li> <li>· a gyermek intézetben kívül születik meg (otthonszülés).</li> </ul> <p><b>Nem biztosítási esemény, ha a biztosított születendő gyermekének (magzat) halála az Általános Szerződési Feltételekben foglalt kizárások következtében történt.</b></p>
d) a biztosított első gyermeke, ikrek esetében egy vagy több gyermek, mint társbiztosított a születést követő 2. életév végéig meghal – a halál bekövetkezésének időpontjában	<p>c) a 4. d) pontban foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényben lévő biztosítási összeg 10%-át fizeti ki a társbiztosított törvényes örökösének.</p> <p><b>Kizárás</b></p> <p><b>Nem biztosítási esemény, ha az élve született gyermek (társbiztosított) halála orvosiilag igazoltan az alábbiak következménye</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· a biztosított gyermeke intézetben kívül született (otthonszülés), vagy</li> <li>· a biztosított gyermeke vérfertőző kapcsolatból született.</li> </ul>
e) a biztosított első gyermeke élve megszületik, illetve a biztosított ikrei élve megszületnek – a születés időpontjában.	<p>d) a 4. e) pontban foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a szerződő és a biztosított közös igény-bejelentése alapján a biztosított egyösszegű szolgáltatást vehet igénybe. A biztosító a szolgáltatást a szerződő egységszámláján lévő egységek csökkentésével teljesíti a biztosítottnak. Abban az esetben, ha a biztosított a kiegészítő fedezet tartama alatt meghal, és a gyermek élve született, a gyermeket a szülői felügyeleti jog keretében gondozó másik szülőnek, vagy a gyámnak teljesíti a biztosító a kifizetést.</p> <p>Az e) pontban foglalt biztosítási esemény bekövetkezését követően a kiegészítő fedezet a megszületett gyermekekre vagy a megszületett ikrekre, mint társbiztosított(ak)ra érvényben marad.</p>
<p><b>A szolgáltatásra vonatkozó általános szabályok</b></p> <p>6. A biztosítási esemény bejelentésének időpontjában a kiegészítő fedezetnek érvényben kell lennie. Ha a fedezet a bejelentés időpontjában nincs érvényben, a biztosító nem teljesíti a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatást.</p> <p>A kiegészítő fedezet alapján nyújtott biztosítási szolgáltatás szerződő által választható biztosítási összegét az Általános Szerződési Feltételek 4. számú melléklete tartalmazza. A mellékletben szereplőbiztosítási összegek nem többszörözhetők.</p>	
<p><b>A gyermek születése esetén nyújtott szolgáltatásra vonatkozó különös szabályok</b></p> <p>7. A 4. e) pont szerinti szolgáltatásra vonatkozó igény bejelentésével egyidejűleg a szerződő és a biztosított a jövőre vonatkozóan meghatározhatja</p> <p>a) a szolgáltatás összegét, valamint</p> <p>b) azon egységek típusát (rendszeres díjból képzett, egyszeri díjból képzett vagy eseti díjból képzett egységek), melyek terhére a szolgáltatás kifizetendő.</p> <p>Ha a szerződő és a biztosított nem határozza meg az egységek típusát, amelyek terhére a szolgáltatás kifizetendő, akkor a biztosító a szolgáltatást úgy teljesíti, hogy az egységszámlán a kivonással terhelt egységtípus (rendszeres díjból képzett, egyszeri díjból képzett vagy eseti díjból képzett) eltérő eszközalapokban lévő egységei értékének egymáshoz viszonyított aránya ne változzon.</p>	

8. A szolgáltatásra vonatkozó igényt írásban kell bejelenteni a biztosító felé. A szolgáltatás teljesítésének esedékessége az erre vonatkozó rendelkezés biztosítóhoz történő beérkezését követő nap.

A biztosító az egységeknek az egységszámláról történő kivonását a szolgáltatás esedékességének napjára érvényes árfolyamon hajtja végre. A kifizetendő összegből a biztosító jogosult az esedékes rendszeres díjak hátralékát levonni.

9. Ha a biztosított gyermekének születése esetére szóló szolgáltatás és a szerződő által kezdeményezett átváltás esedékessége azonos napra esik, akkor elsőként az átváltás kerül végrehajtásra, majd ezt követően kerül sor a szolgáltatásra vonatkozó igény teljesítésére.

10. A szolgáltatás keretében az eseti díjakból képzett valamennyi egység, míg a rendszeres, illetve az egyszeri díjakból képzett egységek aktuális értékének legfeljebb 95 százalékáig fizethető ki. Ha a kért szolgáltatás összege meghaladja ezt a maximális összeget, a biztosító a rendszeres, illetve az egyszeri díjakból képzett egységek aktuális értékének 95 százalékát fizeti ki.

A kifizetést a biztosító költségmentesen hajtja végre.

11. Abban az esetben, ha a kiegészítő fedezet olyan Életprogram szerződéshez kapcsolódik, melyen Hűségbázis, illetve előjegyzett Hűségbónuszok kerülnek nyilvántartásra, akkor ezek értéke módosulhat, az alábbiak szerint: Ha a gyermek születése esetére járó szolgáltatás iránti igény bejelentése alapján a biztosító szolgáltatást nyújt az egységszámlán lévő, rendszeres díjból képzett egységek terhére, akkor a szolgáltatás hatályával a Hűségbázis, vagy az előjegyzett, az egységszámlán még jóvá nem írt Hűségbónuszok értéke a szolgáltatást követően az egységszámlán maradó és a szolgáltatást megelőzően meglévő, rendszeres díjból képzett egységek értékének százalékban kifejezett arányával megegyező értékre csökken.

### **Esedékesség**

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

**A kiegészítő fedezetből eredő igények az igény esedékességétől számított két év elteltével évülnek el.**

### **A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok**

13. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges:

#### **A születést megelőzően diagnosztizált vagy veleszületett rendellenesség**

a) a rendellenességet megállapító teljes orvosi dokumentáció

#### **Gyermek születése**

a) a biztosított által aláírt nyilatkozat

b) a gyermek születését igazoló orvosi és hatósági dokumentumok

#### **Gyermek születésekor vagy a magzatnak a terhesség 24. hetének betöltését követő halála**

a) a gyermek (magzat) halálát igazoló teljes orvosi dokumentáció

b) a biztosított állapotosságával kapcsolatban végzett összes orvosi vizsgálat teljes dokumentációja.

### **A kiegészítő fedezet létrejötte**

14. A kiegészítő fedezet létrejöhet

a) az alapbiztosítás létrejöttével egyidejűleg, vagy

b) az alapbiztosítás határozatlan tartama alatt, abban az esetben, ha az alapbiztosítás létrejöttével egyidejűleg már létrejött egy, a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő fedezet.

15. A biztosítottra egyidejűleg több kiegészítő fedezet is vonatkozhat. Ha a biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosítottra több kiegészítő fedezet van hatályban, amelyek egy időben jöttek létre, akkor a biztosítottnak a fedezetek létrejöttét követően születendő első gyermekére vagy ikreire

a) különböző biztosítási összegű kiegészítő fedezetek esetén a legmagasabb biztosítási összegű fedezet érvényes,

b) azonos biztosítási összegű kiegészítő fedezetek esetén az egyik kiegészítő fedezet érvényes.

A további, a) pont szerinti, különböző biztosítási összeggel létrejött és hatályban lévő kiegészítő fedezetek a biztosítási összegek csökkenő sorrendjében érvényesek a biztosított további születendő gyermekeire.

A további, b) pont szerinti, azonos biztosítási összeggel létrejött és hatályban lévő kiegészítő fedezetek tetszőleges sorrendben érvényesek a biztosított további születendő gyermekeire.

16. Egy születendő gyermekre (magzatra), illetve egy élve született gyermekre (társbiztosított) – ikrek esetén egy vagy több magzatra, illetve társbiztosított – csak egy, a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő fedezet vonatkozhat.

Ha a

a) biztosított születendő gyermekére vagy ikreire, élve születés esetén a társbiztosított, a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő fedezet már létrejött és hatályba lépett, vagy

b) a biztosító az adott gyermekre (magzatra) a jelen szerződési feltételek alapján már biztosítási szolgáltatást teljesített, akkor az adott gyermekre (magzatra) további, a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő fedezet már nem jöhet létre.

17. Az Általános Szerződési Feltételekben foglaltaktól eltérően egy biztosított, egy biztosítási csomag és a kiegészítő fedezet egyidejűleg is vonatkozhat.

#### A kiegészítő fedezet hatálybalépése

18. A jelen szerződési feltételek alapján a biztosító csak akkor teljesít szolgáltatást, ha a kiegészítő fedezet a biztosított várandóssága 8. hetének kezdetén már hatályban volt. Ha a szerződő kezdeményezése alapján a kiegészítő fedezet a biztosított várandóssága 8. hetének kezdetét követően lépne hatályba, akkor a kiegészítő fedezetnek az egységszámláról esetlegesen már levont költségét a szerződő egységszámláján történő jóváírás formájában, a levonás napjára érvényes árfolyamon visszatéríti a szerződőnek.

#### A biztosítási tartam

19. A kiegészítő fedezet tartama 10 év. A szerződő felek a kiegészítő fedezet tartamát – a tartam kezdetétől számított 10 év elteltét megelőzően – közös megegyezéssel meghosszabbíthatják, ha a társbiztosított a 6. életévét a fedezet tartamának utolsó napjáig még nem töltötte be. A meghosszabbított tartam a felek megállapodása szerinti időpontban, de legkésőbb a szerződésnek a társbiztosított 6. életéve betöltését követő évfordulóján véget ér.

#### A kiegészítő fedezet megváltoztatása

20. Az Általános Szerződési Feltételekben foglaltaktól eltérően a szerződőnek nincs lehetősége a kiegészítő fedezet biztosítási összegének a fedezet tartama alatt történő megváltoztatására.

#### A biztosító mentesülése

21. A biztosító az Általános Szerződési Feltételekben foglalt, az élet- és egészségbiztosításokra érvényes mentesülési eseteken kívül a biztosítottra és a társbiztosítottra vonatkozóan a jelen szerződési feltételekben foglalt esetekben is mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha a biztosított születendő vagy élve született gyermekénél (társbiztosítottnál) a születést megelőzően diagnosztizált vagy veleszületett rendellenesség, valamint a születendő gyermek (magzat) halála vagy a gyermek születéskori halála orvosilag igazoltan az alábbiak következménye: a biztosítottnak felróható, a gyermek születését megelőzően bekövetkező káros hatás, mérgezés, különös tekintettel a dohányzás, alkoholfogyasztás, kábító- illetve egyéb bódulatot keltő szer használatának, veszélyes tevékenység folytatásának vagy veszélyes sport űzésének hatásaira.

#### Veszélyes sportnak minősül

a jelen szerződési feltételek szempontjából minden olyan hivatásos vagy amatőr sporttevékenység, melynek gyakorlásához speciális körülmények, illetve speciális sportfelszerelés szükséges, valamint minden olyan sporttevékenység, mely során a biztosított a sporttevékenységre kijelölt pályáról letér. Veszélyes sportnak minősülnek a jelen feltételek szempontjából különösen: az autó- és motorsportverseny és edzés, a tesztúra, a raliverseny, a quad használata, a barlangászat, a szikla- és hegymászás III. foktól, a magashegy expedíció, a bűvárkodás, a jetski, a motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve az ejtőernyőt, a paplanernyőt és a vízisít is), a vadvízi evezés, a rafting, a hydrospeed, a tengeri kajak, a kitesurf, a bungee jumping és a rocky jumping, a canyoning, a bázisugrás, az ejtőernyőzés, a vadászat, valamint a motor nélküli légi jármű, a segédmotoros vitorlázó repülőgép, a sárkányrepülő, a hőlégballon, siklóernyő használata, a műrepülés, az egyszemélyes és nyílt tengeri vitorlázás, a falmászás, a harc és küzdősportok, a downhill kerékpározás, valamint téli sportok extrém parkban („funparkban”) történő űzése.

22. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól az alábbi biztosítási események vonatkozásában

- a biztosított első születendő gyermekénél vagy ikreinek a születést megelőzően a 2. számú mellékletben szereplő rendellenességet diagnosztizálnak,
- a biztosított első élve megszületett gyermekénél, ikrek esetében egy vagy több élve megszületett gyermeknél, mint társbiztosítottnál a 2. számú mellékletben szereplő veleszületett rendellenességet diagnosztizálnak,
- a biztosított első születendő gyermeke vagy ikrei a terhesség orvosilag igazolt kezdetétől számított 24. hét betöltését követően még a születés előtt, vagy a születéskor meghal(nak),

ha a biztosítási esemény a biztosított olyan sérülésével, betegségével, illetőleg balesetével függ össze, amelyet

- a) a biztosított szándékosan vagy súlyosan gondatlanul önmagának okozott, ideértve a tudatzavarban való elkövetést is, vagy
- b) a biztosított, vagy a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó jogellenesen és szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak tekintendő a sérülés, a baleset vagy a betegség különösen akkor, ha az a biztosított vagy a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó

- a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben,
- b) ittas állapotával vagy kábító-, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatása alatti állapotával okozati összefüggésben,
- c) jogosítvány nélküli gépjárművezetése közben,
- d) orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt következett be.

Ittas állapotnak a jelen pont szempontjából az minősül, ha a biztosított, vagy a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó véralkohol- koncentrációja meghaladta a 0,8 ezreléket vagy légalkohol koncentrációja meghaladta a 0,5 mg/l-t.

23. A biztosító kockázatviselése a biztosítási szolgáltatás teljesítése nélkül szűnik meg, ha a biztosított élve megszületett gyermekének (társbiztosítottnak) halála a társbiztosított törvényes örökösének szándékos magatartása miatt következett be.

## Értékkövetés

24. A kiegészítő fedezet tekintetében a biztosító nem ajánlja fel a szerződőnek a biztosítási összeg értékkövetéssel történő emelésének lehetőségét.

A szerződőnek nincs lehetősége kezdeményezni a kiegészítő fedezet biztosítási összegének értékkövetéssel történő emelését.

## A kiegészítő fedezet költségének visszatérítése

25. Ha a kiegészítő fedezet tartama alatt

- a) a biztosító nem teljesített biztosítási szolgáltatást, és
- b) a biztosított, illetve a biztosított halálát követően a szerződő – a kiegészítő fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével – írásban nyilatkozik arról, hogy a biztosítottnak a fedezet tartama alatt nem született gyermeke, akkor a biztosító a szerződő egységszámláján történő jóváírás formájában, a jóváírás napjára érvényes árfolyamon visszatéríti a szerződőnek annak a biztosítási költségnek az 50 százalékát, amelyet az egységszámláról a kiegészítő fedezetre a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezésének napjáig levont.

## A kiegészítő fedezet megszűnése

26. Az Általános Szerződési Feltételekben foglalt megszűnési okokon kívül a kiegészítő fedezet megszűnik

- a) az ikrek kivételével – annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor az alábbi biztosítási események bekövetkeztek
  - a biztosított első születendő gyermekénél vagy ikreinél a születést megelőzően a 2. számú mellékletben szereplő rendellenességet diagnosztizálnak,
  - a biztosított első élve megszületett gyermekénél, ikrek esetében egy vagy több élve megszületett gyermeknél, mint társbiztosítottnál a 2. számú mellékletében szereplő veleszületett rendellenességet diagnosztizálnak,
  - a biztosított első gyermeke, ikrek esetében egy vagy több gyermek, mint társbiztosított a születést követő 2. életév végéig meghal.
- b) annak a hónapnak az utolsó napjával, amikor a biztosított halála bekövetkezett, feltéve, hogy a biztosítottnak a kiegészítő fedezet fennállása alatt élve nem született gyermeke,
- c) a kiegészítő fedezet tartamának kezdetétől számított 10. év – vagy a tartam meghosszabbítása esetén a meghosszabbított tartam – elteltével a tartam utolsó napján 24 órakor,
- d) a kiegészítő fedezet költségének visszatérítésével.

Ikrek esetében a biztosítási esemény egy gyermek tekintetében történő bekövetkezése esetén a fedezet csak erre a gyermekre szűnik meg, a további gyermek(ek)re változatlanul érvényben marad.

Ha a biztosított első születendő gyermeke vagy ikrei a terhesség orvosilag igazolt kezdetétől számított 24. hét betöltését követően még a születés előtt, vagy a születéskor meghal(nak) és ezzel a biztosítási esemény bekövetkezik a kiegészítő fedezet a biztosítási eseményt követően születendő első gyermekre, vagy ikrekre érvényben marad.

## Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

27. A Babaváró kiegészítő élet- és egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a) a biztosítási szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy a kiegészítő fedezet a biztosítási esemény bejelentése időpontjában érvényben legyen,
- b) a biztosító csak akkor teljesít szolgáltatást, ha a kiegészítő fedezet a biztosított várandóssága 8. hetének kezdetén hatályban volt,
- c) a biztosító biztosítási szolgáltatása a biztosított első gyermekének, illetve ikreinek élve születése esetén az egységszámla terhére nyújtott összegű szolgáltatás,
- d) ha a biztosított gyermeke élve született, a biztosítottnak a kiegészítő fedezet tartama alatt bekövetkező halála esetén a gyermek születés előtt diagnosztizált vagy veleszületett rendellenessége esetére, valamint a gyermek élve születésére szóló szolgáltatásra a gyermeket a szülői felügyeleti jog keretében gondozó másik szülő, vagy a gyám jogosult,
- e) az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás a Babaváró kiegészítő fedezet és a jelen szerződési feltételek részét képezi.

Budapest, 2015. április 1.