

ALLIANZ.HU

ALLIANZ ÉLETPROGRAMOKHOZ KÖTHETŐ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK

ÉLET- ÉS
SZEMÉLYBIZTOSÍTÁS

Szerződési Feltételek

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 biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála.	2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezte 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.	

Budapest, 2017. január 1.

A BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET (74112) ÉS A BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI 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 bekövetkezte esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott és a biztosított halála bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek. A biztosítási összeg felül a biztosító a kedvezményezettnek a biztosítási összeg a) további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított halála közlekedési baleset következménye, b) további 100%-át fizeti ki, ha a biztosított halála 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.	

Budapest, 2017. január 1.

A BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁSRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET (742112) ÉS A BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁSRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET - EURÓ (842112)

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
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.	2. A biztosító a biztosított baleseti eredetű, maradandó a) teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 200%-át, b) 67%-99% közötti egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg kétszeresének a károsodás mértékével arányos részét, c) 11%-66% közötti egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összegnek a károsodás mértékével arányos részét fizeti ki a biztosítottnak. A fent meghatározott biztosítási szolgáltatáson felül a biztosító a kedvezményezettnek a biztosítási szolgáltatás a) további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset következménye, b) további 100%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása orvosiilag igazoltan, égési sérülés közvetlen következménye. Ha a biztosított maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset és égési sérülés együttes következménye, akkor a biztosító az a) és b) pontban szereplő szolgáltatás nyújtására egyaránt kötelezettséget vállal. 3. Egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban, egy biztosítotttra vonatkozóan a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás térítése a 100%-os egészségkárosodás esetén járó szolgáltatási összeget nem haladhatja meg. A baleset-biztosítás alapján kifizetett összeg független a társadalombiztosítási szervek megállapításaitól és szolgáltatásaitól. A teljesítés ideje 4. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást az egészségkárosodás mértékének 6. pont szerinti megállapításától számított 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak.
Esedékesség 5. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a baleset bekövetkezésének napja. A jelen kiegészítő fedezetből eredő igények az igény esedékességétől számított két év elteltével elévülnek.	

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%
II/1. fokú: (felületes mélységű égés)	1-15%	0%		26%-tól	100%
	16-20%	15%	IV. fokú: (roncsoló égés)	Az egészségkárosodás mértékének megállapítása a szervekre, végtagokra kiterjedő károsodás alapján, a jelen szerződési feltételekben a szervek, végtagok elvesztésére, bénulására, illetőleg funkciókiesésére megállapított egészségkárosodási mértékeknek megfelelően történik.	
	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.

Megszűnés

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

Budapest, 2019. július 10.

A BALESETI EREDETŰ MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET (744111) ÉS A BALESETI EREDETŰ MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET - EURÓ (844111)

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
1. A biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkező olyan balesete, melynek következtében – a baleset időpontjától számított két éven belül – a biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és szükséges a jelen szerződési feltételek szerinti műtétére kerül sor. Műtét: Jelen szerződési feltételek alapján műtétnek tekintendő az orvosszakmai szabályok betartásával, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy által elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.	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. A biztosító a biztosított a) kiemelt műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 200%-át, b) nagy műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 100%-át, c) közepes műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 50%-át, d) kis műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 20%-át, fizeti ki a biztosítottnak. 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. 3. Ha egy baleset miatt több műtéti beavatkozásra is szükség van, akkor a biztosító a legmagasabb besorolású műtét alapján teljesít szolgáltatást. Ha a szolgáltatást követően ugyanazon balesetből eredően a biztosított újabb, a műtéti lista alapján magasabb besorolású műtétet kell elvégezni, akkor a biztosító a korábbi és az újabb műtetre megállapított szolgáltatások különbözetét fizeti ki. 4. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosított a) nem baleset miatt végzett plasztikai műtét, b) a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása esetén.
Esedékesség 5. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a műtét elvégzésének napja.	
A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok 6. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges a) a műtétről szóló orvosi dokumentáció, b) fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés. 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.	

A KRITIKUS BETEGSÉGEKRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (721112) ÉS A KRITIKUS BETEGSÉGEKRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET - EURÓ (821112)

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
1. A biztosítási esemény feltétele, hogy a) a biztosítási esemény – és a biztosítási eseményhez vezető baleset, vagy betegség is – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be, és b) bekövetkezésének időpontját követően a biztosított legalább egy hónapig – agyi érkatasztrófa esetén legalább két hónapig – életben van. Rosszindulatú daganat A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnosztizálás időpontja. Rosszindulatú daganat a rosszindulatú sejtek befolyásolhatatlan növekedése és behatolása más szövetekbe. A közzismert, ún. „rákos” megbetegedéseken kívül biztosítási eseményként ilyenek minősülnek a leukémiák (kivéve a krónikus limphoid leukémiát) és a limfómák is. Nem minősülnek biztosítási eseménynek a nem invazív, helyi rákos megbetegedések (carcinoma in situ), valamint a bőrrák, kivéve a malignus melanoma. Szívinfarktus A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál szívinfarktust diagnosztizálnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szívinfarktus bekövetkezteként a kezelőorvos által megállapított időpontja. 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: – típusos mellkasi fájdalom, – friss és szívinfarktust bizonyító EKG-eltérés, – a szívizomelhalást jelző specifikus enzimek felszaporodása a vérben. Agyi érkatasztrófa A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosítottnál agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnosztizálás időpontja. Agyi érkatasztrófa a diagnózis felállításától számított 60 nap után is észlelhető, maradandó idegrendszeri tüneteket okozó agyi értörténés, amelyhez a következő kórképek sorolhatók: – az agyszövet elhalása érelzáródás következtében (trombózis), – koponyán belüli vérzés, a baleseti eredetű kivételével, – koponyán kívüli forrásból származó agyembólia, a baleseti eredetű kivételével.	2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást: <table> <tr> <th>Kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th><th>Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th></tr> <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> </table> 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. 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. A szolgáltatás teljesítése, a teljesítés ideje 3. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást az alább meghatározott időpontok közül a későbbi időponttól számított 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak – a biztosítási eseménynél meghatározott nap, ha a biztosított ezen a napon életben van, vagy – a szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges utolsó irat kézhezvételének napja.	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
Szervátültetés A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított szervátültetést hajtanak végre. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja. Szervátültetésnek minősül a biztosított 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. Krónikus veseelégtelenség 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, terminális 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. Szívkoszorúér-műtét A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a biztosított szívkoszorúér-műtétet (bypass) hajtanak végre. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét időpontja. Szívkoszorúér-műtét a szívizom súlyos vérellátási 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 vérellátása tartósan kielégítővé válik. AIDS- (HIV-) betegség 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 parazitis betegséget és/vagy rosszindulatú daganatot és/vagy egyéb, a HIV-fertőzöttséggel összefüggő betegségi tüneteket eredményez (BNO10:B20-B23). Nem terjed ki a kockázatviselés az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező szerzett immunhiányos szindrómára (AIDS) és az ezzel összefüggő, az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező egészségi állapot-változásokra (AIDS related complex, ARC) (BNO10:B24); (BNO – Betegségek Nemzetközi Osztályozása). Teljes vakság 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 vagy a fogyatékosági támogatásnak rendszeres kifizetését igazoló, a kifizetés kezdetétől számított harmadik pénzügyi bizonylat kiadása is megtörténik. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a bizonylat kiadásának időpontja. 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 vagy a fogyatékosági támogatásra, és látása semmilyen orvosi beavatkozással – például műtéttel – nem javítható.	

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
Nagy végtag-amputáció 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 könyökízületet is magába foglaló amputációja, illetve legalább az egyik lábnak 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. Sclerosis multiplex A biztosítási esemény akkor következik be, amikor a korábban már diagnosztizált, a központi idegrendszer fehérállományának gócos pusztulásával járó, szakaszosan lezajló sclerosis multiplex esetén a biztosítottnál már a betegség olyan stádiumát állapították meg, hogy kialakult az átmenetileg sem javítható, kizárólag a sclerosis multiplex okozta járás- vagy egyéb idegrendszeri zavar (például látóideg-gyulladás, érzékszavarok, pszichés 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. Nagy égési sérülés A biztosítási esemény akkor következik be, amikor 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 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 bal-eseti orvosszakértője által megállapított 51 százalékos vagy ennél nagyobb mértékű maradandó kár megállapításának időpontja. 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 hőség – kizárva). Előzménynek tekintendő az ajánlattétel előtt már meglévő olyan betegség, vagy elváltozás, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésbe hozható.	

Esedékesség

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

A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok

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

Rosszindulatú daganat

- szövetszövetminta-vizsgálat alapján felállított orvosi diagnózis, a szövetszöveti vizsgálat leírásával

Szívinfarktus

- 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

- szakorvosi vélemény, amely igazolja az idegrendszeri károsodás 60 napon túli fennállását

Szervátültetés

- a szervátültetéssel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció az indikációt igazoló vizsgálati eredményekkel együtt

Krónikus veseelégtelenség

- a betegség IV. stádiumát és a 60 napon túl is folyamatosan szükséges dialíziskezeltetést igazoló szakintézeti orvosi szakvélemény

Szívkoszorúér-műtét

- a bypass műtét elvégzését igazoló orvosi dokumentáció

AIDS- (HIV-) betegség

- az orvosi diagnózis, melynek felállítása a fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbetegosztályán történt

Teljes vakság

- a hatósági eljárás alapját képező szemész szakorvosi vélemény,
- a vakok személyi járadékára vagy a fogyatékossági támogatásra való jogosultságot megállapító jogerős hatósági határozat,
- a vakok személyi járadékának vagy a fogyatékossági támogatásnak első, majd ezt követően még két ízben történő kifizetését igazoló pénzügyi bizonylat

Nagy végtag-amputáció

- a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció

Sclerosis multiplex

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

Égési sérülés

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

A kiegészítő fedezet megszűnése

6. Az Általános Szerződési Feltételekben foglalt megszűnési okokon kívül a kiegészítő fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor a biztosítási esemény bekövetkezik.

Budapest, 2019. július 10.

A ROKKANTSÁGI ELLÁTÁS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (722111) ÉS A ROKKANTSÁGI ELLÁTÁS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET - EURÓ (822111)

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
1. Biztosítási esemény akkor következik be, ha a biztosított – a kockázatviselési időszakban történt balesetből vagy betegségből eredően – „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra való jogosultságot szerez – a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény, és e törvény felhatalmazásából megalkotott jogszabályok alapján. A biztosítási esemény bekövetkezésének feltétele, hogy a rokkantsági ellátásra való jogosultságot, valamint az egészségi állapot mértékét a fenti jogszabályokban kijelölt szerv/szervek a baleset, vagy betegség bekövetkeztétől számított két éven belül megállapítja/megállapítják.	2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást <table> <tr> <th>Kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th><th>Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th></tr> <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> </table> 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.	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												
Esedékesség 3. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a rokkantságot az illetékes szerv megállapítja.													
A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok 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.													
A kiegészítő fedezet megszűnése 5. Az Általános Szerződési Feltételekben foglalt megszűnési okokon kívül a kiegészítő fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor a) a biztosítási esemény bekövetkezett, vagy b) a biztosított nyugdíjba vonult.													

Budapest, 2017. január 1.

A MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (72311) ÉS A MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET - EURÓ (82311)

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás																																		
1. A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a jelen szerződési feltételek szerinti – műtete azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie. Műtét: Jelen szerződési feltételek alapján műtétnak tekintendő az orvosszakmai szabályok betartásával, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy által elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.	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. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást: <table><tr><th rowspan="2">Kiegészítő fedezet létrejöttétől 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><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></table> 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. 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. 3. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosítotton a) nem betegség, vagy nem baleset miatt végzett plasztikai műtét, b) betegség miatt végzett, bármilyen kis- és közepes műtétnek minősülő fogászati, szájsebészeti beavatkozás, c) diagnosztikus célból végzett bármilyen beavatkozás, beleértve a kimetszéseket, az endoscopos, vagy punkciós mintavételeket, a kateteres vizsgálatokat is, d) nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítás, e) a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása esetén.	Kiegészítő fedezet létrejöttétől 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 létrejöttétől 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%																															
Esedékesség 4. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a műtét elvégzésének napja.																																			
A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok 5. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges a) a műtétről szóló orvosi dokumentáció, b) fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés. 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.																																			

Budapest, 2017. január 1.

A KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (728111) ÉS A KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET - EURÓ (828111)

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás												
1. A biztosítottnak a kockázatviselési időszakban – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelésének megkezdése, a baleset vagy betegség bekövetkezését követő egy éven belül, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie. Fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelés: Jelen szerződési feltételek alapján fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésnek tekintendő az aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) történő gyógykezelés. Aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) olyan fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályok (részlegek, ágyak) értendők, amelyeken az orvosi szakterületenként szervezett osztályok, részlegek (pl. belgyógyászat, sebészet stb., de ide sorolandók az intenzív osztályok, részlegek is) állandó és folyamatos, aktív orvosi és ápolási ellátást igénylő betegeket látnak el.	2. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást: <table> <tr> <th>Kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt időtartam</th><th>Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg</th></tr> <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> </table> 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. 3. A biztosítási fedezet önrésszel köthető. Az önrész az a szerződő által választott és a szerződésben napokban meghatározott időtartam, amelyre a biztosító nem nyújt szolgáltatást. A választható önrész időtartamát (napok számát) az Általános Szerződési Feltételek 4. számú mellékletének „B” része tartalmazza. 4. A kórházi napi térítést az 1. pont szerint megkezdődött fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodás kezdetének napjától a gyógyintézeti tartózkodás befejezésének napjáig, a gyógyintézeti tartózkodás önrésznapokkal csökkentett, naptári napokban számított időtartamára nyújtja a biztosító. A biztosító biztosítási eseményenként legfeljebb 90 napra nyújt kórházi napi térítést. A biztosító egy biztosítási évben legfeljebb 180 napra, két egymást követő biztosítási éven belül pedig legfeljebb 200 napra nyújt szolgáltatást. A biztosító nem teljesít kórházi napi térítést azokra a napokra, amelyeken - a biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy - a fekvőbeteg-gyógyintézetben tartózkodás – annak kezdő és befejező napját kivéve – 24 óránál rövidebb. A biztosító – betegség vagy baleset esetén – terhelességenként maximum 14 napra nyújt szolgáltatást. 5. A biztosító a kórházi napi térítés összegét úgy számítja ki, hogy a biztosítási esemény 4. pont szerinti napjainak számát megszorozza a biztosítási esemény bekövetkezésének napján érvényes biztosítási összeggel. 6. Ha az 1. pont szerint megkezdődött gyógykezelés időtartama alatt olyan újabb betegség vagy baleset következik be, amely ugyancsak orvosilag indokolt és szükséges fekvőbeteg-gyógykezeléssel jár, akkor ez – a biztosító térítésének mértéke és az önrész szempontjából – új biztosítási eseménynek minősül. Ennek feltétele, hogy az újabb betegség vagy baleset miatt a fekvőbeteg-gyógykezelés időtartama hosszabb a korábbinál, kivéve, ha az újabb betegség vagy baleset okozati összefüggésben áll az előző biztosítási eseményt megalapozó betegséggel vagy balesettel.	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												

	7. A biztosító az alábbi esetekben is teljesít szolgáltatást a biztosított – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése alapján, feltéve, ha a fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésre a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével kerül sor a) terhesség, b) szülés, c) fogászati kezelés, d) fogászati protézisek készítése, e) állkapocs-ortopédiai, illetve állkapocs-sebészeti beavatkozás(ok). 8. A biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a biztosított a) nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítása, b) krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegén, ágyon) való ellátása, c) pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátása, d) alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodása, e) terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúra kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása, f) fizioterápiás, fizikoterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése esetén.
Esedékesség 9. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.	

Budapest, 2017. július 1.

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 **költséi 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: Teladoc Hungary Kft.

1092 Budapest Köztelek u. 6.

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 kockázatok 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 rectoscopy, colonoscopy, gastroscopy is)

A biztosító nem teljesít szolgáltatást colonoscopy esetén az altatás költségeire, továbbá a virtuális endoscopy és capsula endoscopy költségeire.

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

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	k) Nőgyógyászat A nőgyógyászati ellátás magába foglalja – a cytológiai vizsgálatot is, évente egy alkalommal, továbbá – 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. 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. l) Ortopédia m) Sebészet n) Szemészet o) Tüdőgyógyászat p) Urológia A biztosító nem teljesít szolgáltatást urológiai ellátás keretein belül az andrológiai vizsgálat vagy ellátás esetén. II. Labor diagnosztika az alábbiak szerint: a) Teljes vérkép b) Vérsüllyedés c) Teljes vizelet d) Májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt)) e) Vércsírok (Se cholesterolin, HDL, LDL cholesterolin, triglicerid) f) Vércukor, vércukor terhelés g) Húgysav h) Vesefunkció (KN, Creatinin) i) Se vas, transferrin, TVK j) Ionok (Na, K, Ca) k) HbA1c l) Pajzsmirigy funkció (TSH, T3, T4, anti-TPO, anti-TG) A biztosító nem teljesít szolgáltatást a felsorolt laboratóriumi vizsgálatokon kívüli bármilyen más laboratóriumi vizsgálatra. III. Képalkotó diagnosztika: a) Röntgen b) Ultrahang IV. Nagy értékű diagnosztika: a) CT b) MR c) Pet CT d) Cardio CT. V. A biztosító szolgáltatása kiterjed a jelen pontban szereplő, – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett – alábbi szolgáltatások nyújtására is. Szűrővizsgálat (opcionális): a) nőgyógyászat vagy b) urológia vagy c) labor (vérkép, vizelet, vércukor, vércsírok (Se cholesterolin, HDL, LDL cholesterolin, triglicerid), májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt)), vese funkció (KN, Creatinin) vagy d) hasi ultrahang. A fent szereplő szűrővizsgálatok közül – a biztosított választása szerint – a jelen szerződési feltételek alapján kétfévente legfeljebb egy vizsgálat vehető igénybe.

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás								
	5. A felsorolt ellátások tekintetében a biztosító a kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt első 2 hónapban bekövetkező biztosítási esemény esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ellátás típusa</th><th>Szolgáltatás mértéke</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I.pont szerint</td><td rowspan="3">legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 15 000 Ft értékben</td></tr> <tr> <td>II.pont szerint</td></tr> <tr> <td>III.pont szerint</td></tr> <tr> <td>IV.pont szerint</td><td>legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 50 000 Ft értékben.</td></tr> </tbody> </table> Kizárások 6. Nem biztosítási esemény ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az alábbi esetekben sem - meddősséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés, - sürgősségi ellátás vagy vizsgálat, - nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás, - injekciós kezelés, infúziós kúra, - szépsészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás, - szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, láttelep céljából történő vizsgálat vagy ellátás, - védőoltásokkal kapcsolatos ellátások, - nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások, - látásjavító szemészeti műtét. 7. Nem biztosítási esemény az évi négy igénybevételt meghaladó további ellátás az alábbi egészségügyi szakterületeken egyenként - az I. pont szerinti járóbeteg szakellátás, - a II. pont szerinti labor diagnosztika, valamint - a III. pont szerinti képalkotó diagnosztika. 8. Nem biztosítási esemény a IV. pont szerinti nagy értékű diagnosztikai ellátás évi két igénybevételt meghaladó további igénybevétele. Közös szabályok, a teljesítés módja, ideje 9. A szolgáltatások kizárólag az ellátásszervező által szervezett ellátásokra vehetők igénybe. 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. A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál meghatározott időpontban nyújtja a szolgáltatást. 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. A jelen szerződési feltételekben szereplő szolgáltatásokra vonatkozó limitek emelkedhetnek, ha a kiegészítő fedezet költsége emelkedik. 11. A biztosított a jelen kiegészítő fedezet alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.	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
	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.
Esedékesség 13. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon bejelenti.	
A szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges dokumentumok 14. A biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon, illetve az ellátásszervező kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével írásban jelenti be. A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát valamint az Életprogram szerződés szerződőjét. Az azonosításhoz szükséges adatok: – az Életprogram szerződés szerződésszáma, – a biztosított neve, – biztosított édesanyjának neve, – a biztosított születési ideje. A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során az ellátásszervező minden esetben azonosítja a biztosítottat. 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. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti: – 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, – az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció, – a biztosított nevére kiállított számla. Az ellátásszervező jogosult a biztosítási esemény bekövetkezte 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.	
A kiegészítő fedezet megváltoztatása 15. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a szerződőnek a kiegészítő fedezet – biztosítottjának visszavonására a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével van lehetősége, – megszüntetésére a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével van lehetősége. 16. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a szerződőnek a kiegészítő fedezet tartama alatt nincs lehetősége - új biztosítottra vagy a szerződésben már szereplő biztosítottra vonatkozóan új orvosi ellátásra szóló kiegészítő fedezet létrejöttének kezdeményezésére, - az orvosi ellátásra szóló kiegészítő fedezet szolgáltatásának, illetve a szolgáltatásra vonatkozó limiteknek a megváltoztatására.	
A kiegészítő fedezet megszűnése 17. 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. 18. Az Általános Szerződési Feltételekben foglaltaktól eltérően a szerződőnek nincs lehetősége a kiegészítő fedezet - felmondására a fedezet tartamának első 3 évében, - biztosítottjának visszavonására a fedezet tartamának első 3 évében.	

Adatkezelés

19. A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított az ajánlat aláírásával hozzájárulását adta a jelen kiegészítő fedezettel összefüggő célból, az alábbiakban meghatározott adatainak (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatoknak a biztosító által történő kezeléséhez és – meghatározott gyakorisággal – az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben történő továbbításához.

Az adatok köre:

- szerződésszám,
- kiegészítő fedezet tartamának kezdete,
- szerződő és biztosított neve,
- biztosított neme,
- biztosított édesanyja neve,
- biztosított születési helye és ideje,
- biztosított partner kódja,
- biztosított címe,
- biztosított e-mail címe,
- biztosított mobiltelefonszáma.

20. 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 a biztosított alábbi adatait:

- neve,
- születési ideje,
- címe,
- mobiltelefonszáma, továbbá
- személyes és különleges (azaz egészségi) adatai.

21. Az egészségügyi szolgáltató az adatokat a szolgáltatás nyújtásának megszűnéséig jogosult kezelni, a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig, az egészségi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvénynek megfelelően. A szerződő és a biztosított kérésére az ellátásszervező tájékoztatást ad azon egészségügyi szolgáltatók személyéről, akik az adatokhoz a fenti módon hozzáfértek.

22. A biztosított hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító az általa feltett kérdéseket e-mailen továbbítsa az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat az ellátásszervező a biztosított által megadott e-mail címre vagy postai címre küldje meg. A biztosított kijelenti, hogy a hozzájárulást annak tudatában adta meg, hogy az e-mailen keresztüli adattovábbítás kockázatot hordoz, az e-mail nem minősül biztonságos csatornának.

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 megőrizz, a hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően. 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.

A biztosító az egészségi adatok kezelése során a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként bízta meg az ellátásszervezőt.

Egyéb szabályok

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

- a) nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,
- b) a szolgáltatást, illetve az erre vonatkozó limiteket a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- c) 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 6.3. pontjában foglalt költségszintet,
- d) a kiegészítő fedezet költségének – a „B” jelű Kondíciós lista 6.1. pontjában foglalt minimális havi költség változása következtében történő – emelése esetén a fedezet szolgáltatása nem emelkedik,
- e) a kiegészítő fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek érték követéssel történő emelésére.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

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

- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
- b) az igénybe vehető szolgáltatások száma, valamint az egyes szolgáltatások értéke korlátozott,
- c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
- d) a biztosított visszavonására vagy a fedezet megszüntetésére a szerződőnek a tartam kezdetét követő 3 év elteltével van lehetősége,
- e) a kiegészítő fedezet megszűnik a szerződésnek a biztosított 64. életéve betöltését követő évfordulóján.

A BABAVÁRÓ KIEGÉSZÍTŐ ÉLET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (724111) ÉS A BABAVÁRÓ - EURÓ KIEGÉSZÍTŐ ÉLET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI 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.

A Babaváró kiegészítő élet- és egészségbiztosítási fedezet az Egyszeri díjfizetésű Allianz Életprogram szerződéshez nem köthető.

Fogalmak

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

Élveszületés: A gyermeket – a fogantatástól eltelt időtartamtól függetlenül – élveszülettnak 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 prenatálisan (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 prenatálisan (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 gyermeke, ikrek esetében egy vagy több gyermekére terjed ki, a biztosított további gyermekeire nem vonatkozik a biztosítási fedezet.

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
4. A biztosítási esemény abban az időpontban következik be, amikor a kiegészítő fedezet létrejöttét követően, a kockázatviselési időszakban 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 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	5. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy ha a kiegészítő fedezet létrejöttét követően a kockázatviselési időszakban bekövetkezik a biztosítási esemény a) a 4. a) és b) pontban foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2. számú melléklet szerinti – 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, – 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, – 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 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. 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. Kizárás Nem biztosítási esemény a biztosított születendő vagy élve született gyermekénél (társbiztosítottnál) a születést megelőzően diagnosztizált vagy veleszületett rendellenesség, ha – a gyermek intézetben kívül születik meg (otthonszülés) és a rendellenesség igazoltan annak a következménye, – vagy a gyermek vérfertőző kapcsolatból születik. 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: – a biztosított az állapotosságával kapcsolatban előírt orvosi vizsgálatoknak, kezelésnek nem vetette alá magát, vagy nem követte az orvosi utasításokat, – biztosított bármely, a születendő gyermek életét, egészségét veszélyeztető sérülés, vagy káros hatás bekövetkezését követően nem fordul orvoshoz, az orvos megállapításait tartalmazó igazolással nem rendelkezik, – biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, – 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 – a biztosított hivatásos, vagy amatőr sportolóként gyakorolt sporttevékenység (mérkőzés, verseny, edzés) során elszenvedett balesete, valamint szervezett diáksport- és tömegsport-tevékenység közben történt balesete (sportbaleset).

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	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. Kizárás Nem biztosítási esemény a biztosított születendő gyermekének (magzat) a halála vagy a gyermek születéskori halála, ha – a terhesség orvosiilag igazolt kezdetétől számított 24. hét betöltését megelőzően következik be (vetélés), – a gyermek vérfertőző kapcsolatból születik, – a gyermek intézeten kívül születik meg (otthonszülés). Nem biztosítási esemény, ha a biztosított születendő gyermekének (magzat) halála az Általános Szerződési Feltételekben foglalt kizárások következtében történt.
d) a biztosított első gyermeke, ikrek esetében egy vagy több gyermek, mint társbiztosított a születést követő 2. életév végéig meghal – a halál bekövetkezésének időpontjában	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. Kizárás Nem biztosítási esemény, ha az élve született gyermek (társbiztosított) halála orvosiilag igazoltan az alábbiak következménye – a biztosított gyermeke intézeten kívül született (otthonszülés), vagy – a biztosított gyermeke vérfertőző kapcsolatból született.
e) a biztosított első gyermeke élve megszületik, illetve a biztosított ikrei élve megszületnek – a születés időpontjában.	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. Az e) pontban foglalt biztosítási esemény bekövetkezését követően a kiegészítő fedezet a megszületett gyermekekre vagy a megszületett ikrekre, mint társbiztosított(ak)ra érvényben marad.

A szolgáltatásra vonatkozó általános szabályok

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.

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.

A gyermek születése esetén nyújtott szolgáltatásra vonatkozó különös szabályok, a teljesítés módja, ideje

7. A 4. e) pont szerinti szolgáltatásra vonatkozó igény bejelentésével egyidejűleg a szerződő és a biztosított a jövőre vonatkozóan meghatározhatja

a) a szolgáltatás összegét, valamint

b) azon egységek típusát (rendszeres díjból képzett, egyszeri díjból képzett vagy eseti díjból képzett egységek), melyek terhére a szolgáltatás kifizetendő.

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.

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 százaléka 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 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 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 egy, 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 biztosító 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 (társbiztosított-nál) 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 magashegyi 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 harci 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 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 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.

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 mellékletben 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 órákor,
- 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 orvosi 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 gyermeke, 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 egyösszegű 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, 2017. július 1.

A GENETIKA+ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (727111) ÉS A GENETIKA+ EURÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (827111)

Általános információk

1. A Genetika+ kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (a továbbiakban: kiegészítő fedezet) Egyszeri díjfizetésű Allianz Életprogram szerződéshez nem köthető.

A Genetika+ kiegészítő egészségbiztosítási fedezet Allianz Életprogram vagy Allianz Életprogram - Euró szerződéshez csak abban az esetben köthető, ha az alpbiztosítás első megtakarítási időszaka 10 év, vagy ennél hosszabb időszak.

A kiegészítő fedezet kizárólag az alpbiztosítás létrejöttével egyidejűleg jöhet létre.

Fogalmak

2. **Második orvosi szakvélemény:** A biztosítottnak a kiegészítő fedezet kockázatviselési kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező súlyos betegségére vonatkozó orvosi tárgyú kérdése alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves orvos-szakértő által készített orvosi távszakvélemény.

A biztosító egészségügyi szolgáltató partnere: Az az egészségügyi szolgáltató, amely a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti második orvosi szakvélemény szolgáltatásokat nyújtja (a továbbiakban: egészségügyi szolgáltató).

A biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató neve, címe, telefonszáma:

Teladoc Hungary Kft.

1092 Budapest Köztelek u. 6.

+36 (1) 461-1555

A második orvosi szakvélemény szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak: munkanapokon 8.00-20.00 óra között

Géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatás: A biztosítottól vett genetikai minta elemzése (DNS analízis) alapján készített személyre szóló írásbeli útmutató, mely az egyéni életmódra, életvitelre vonatkozóan részletes tanácsadást tartalmaz.

A biztosító genetikai szolgáltató partnere: Az a szolgáltató, amely a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatást nyújtja (a továbbiakban: genetikai szolgáltató).

A biztosítóval szerződött genetikai szolgáltató neve, címe:

genEplanet d.o.o.,

Cesta na Poljane 24.

1210 Ljubljana – Sentvid

Slovenia

A szolgáltató telefonszáma a biztosító honlapján (www.allianz.hu) a kiegészítő fedezetről szóló tájékoztatóban érhető el.

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
3. A kiegészítő fedezet tartamának kezdetét követő első évben biztosítási esemény a biztosított olyan – a kiegészítő fedezet kockázatviselési időszakában előzmény nélkül bekövetkezett – súlyos betegsége, melyre vonatkozóan a biztosított a jelen szerződési feltételek szerint, orvosszakmai szempontból indokolt második orvosi szakvélemény szolgáltatást igényel. A jelen feltételekben ismertetett második orvosi szakvélemény szolgáltatást az egészségügyi szolgáltató az alábbi súlyos betegségek esetén nyújtja: – az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat); – szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet; – szervátültetések; – neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát; – az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció (sclerosis multiplex); – a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák; – olyan megbetegedések, melyek kezelés nélkül közvetlen életveszéllyel járnak; – olyan műtéti beavatkozások, melyek életet veszélyeztető szövődésménnyel fenyegetnek. A felsoroltakon kívüli súlyos betegségek esetén az egészségügyi szolgáltató második orvosi szakvélemény szolgáltatást nem nyújt. Az egészségügyi szolgáltató az eset egyedi mérlegelése alapján kivételes jelleggel, a biztosított javára eltérhet a jelen pontban foglalt feltételektől. A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál rögzített kizárásokat alkalmazza.	6. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosított számára - az egészségügyi szolgáltatója útján második orvosi szakvélemény szolgáltatást nyújt, továbbá - genetikai szolgáltatója útján géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatást nyújt, amelynek érdekében a genetikai szolgáltató a kiegészítő fedezet tartamának 13. hónapjában kiküldi a biztosított magyarországi címére a mintavételhez szükséges pontos információt és eszközöket. 7. A második orvosi szakvélemény szolgáltatás keretében az egészségügyi szolgáltató elismert orvos-szakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával kiválasztja a szakorvos(oka)t a második orvosi vélemény elkészítése céljából. Az egészségügyi szolgáltató a biztosított kérésére rendelkezésre bocsátja a szakértők és kórházak elérhetőségét. 8. Az egészségügyi szolgáltató a távszakvéleményt a biztosított által számára rendelkezésre bocsátott információk és orvosi dokumentáció alapján készíti el. A szolgáltatásnak nem része az orvosi vizsgálat vagy személyes orvos-beteg találkozás. Az egészségügyi szolgáltató minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a biztosítotttól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a biztosítottal és kezelőorvosával. A teljesítés módja, ideje 9. Az egészségügyi szolgáltató a biztosított kórelőzményéről és a kérésről – amennyiben szükséges – angol nyelvű összefoglalót készít, melyet továbbít az általa kiválasztott szakértő(k)nek. Az egészségügyi szolgáltató a szakértő(k) véleményét tartalmazó orvosi jelentést a kórelőzményre vonatkozó valamennyi releváns információ rendelkezésre bocsátását követő 3 héten belül – a biztosított választása szerint e-mailben vagy postai úton – magyar nyelven megküldi a biztosítottnak, továbbá megküldi az orvosi szakvélemény angol nyelvű eredeti szövegét is, amennyiben az nem magyar nyelven készült. Eltérés esetén az angol nyelvű orvosi szakvéleményben foglaltak az irányadók. 10. Felhívjuk a figyelmet az e-mail útján történő adattovábbítás kockázataira, tekintettel arra, hogy az e-mail útján történő adattovábbítás vagy annak csatolmányaként történő adatküldés kockázatot hordoz, az e-mail nem minősül biztonságos csatornának. 11. A biztosított a második orvosi szakvélemény szolgáltatás alapján pénzügyi szolgáltatásra nem jogosult. Kizárások 12. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító nem teljesít második orvosi szakvélemény szolgáltatást, ha a biztosított olyan betegséggel vagy a betegség következményével kapcsolatban igényel szolgáltatást, melyet a tárgyi kiegészítő fedezet kockázatviselési időszaka kezdetének időpontjában már diagnosztizáltak. 13. A géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatás keretében a genetikai szolgáltató a biztosítottnál genetikai tesztet végez, melynek alapján személyre szóló írásbeli genetikai útmutatót készít. Az útmutató tartalma: – részletes genetikai elemzés és az egyén genetikai felépítésén alapuló táplálkozási és életviteli tanácsok, – az elemzés magyarázata, – a genetikai eredmények bemutatása és magyarázata, – a vizsgált gének leírása és szerepük bemutatása, – az elemzés tudományos hátterének ismertetése, – tápanyag táblázatok, – az öröklődés szerepét bemutató ábrák és adatok.

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	14. A szolgáltatás igénybevételére a biztosított jogosult, ha a szerződés és a kiegészítő fedezet a fedezet tartama 13. hónapjának első napján hatályban van és a szerződés díjjal rendezett. 15. Az igénybevétel feltétele, hogy - az alapbiztosítás szerződője, valamint - a fedezet biztosítottja az ajánlat aláírásával hozzájárult az alábbiakhoz: Az alapbiztosítási szerződésre tett ajánlatban megadott, az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban adatok) – továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat – a biztosító kezelje és továbbítsa a genetikai szolgáltató részére, valamint a genetikai szolgáltató kezelje és továbbítsa együttműködő partnerei részére a szolgáltatással összefüggésben. Az adatok köre: – szerződésszám, – név, – természetes személy születési helye és ideje, – biztosított édesanyjának neve, – cím, – e-mail cím, – telefonszám, – mobiltelefonszám. A teljesítés módja, ideje 16. A genetikai szolgáltató a mintavételhez szükséges pontos információt és eszközöket a biztosított magyarországi postai címére küldi el. Az átvételről a biztosított köteles gondoskodni. 17. A mintát a biztosított a genetikai szolgáltató által meghatározott módon juttathatja el a szolgáltatóhoz. Javasolt a mintát a mintavételhez szükséges eszközök átvételét követő 14 napon belül elküldeni, de a biztosítottnak legkésőbb az eszközök átvételét követő 12. hónap végéig van lehetősége eljuttatni a mintát a genetikai szolgáltatóhoz. A genetikai szolgáltató a genetikai útmutatót a minta szállításra történő átadását követően 60 napon belül a biztosítottnak kiküldi, azaz a szállítónak átadja. A genetikai útmutató átadásának módja a biztosítottal előzetesen egyeztetésre kerül. A fenti határidőben történő teljesítés nem tekinthető elmulasztottnak, ha a mintavételhez szükséges eszközök vagy a genetikai útmutató átadására a biztosítottnak felróható okból (pl. lakcím- vagy telefonszám változás bejelentésének elmulasztása miatt nem lehet vele felvenni a kapcsolatot, vagy a biztosított a mintavételhez szükséges eszközöket vagy az útmutatót nem veszi át) vagy egyéb objektív okból (pl. ha a nem megfelelő minta miatt a genetikai elemzést meg kell ismételni) nem kerül sor. A szolgáltatás teljesítésével kapcsolatban a szállítás a jelen pont szerint, Magyarország határain belül a biztosított részére költségmentes. A biztosító szolgáltatásának korlátozásai 18. A biztosított a fedezet tartama alatt egy alkalommal jogosult a gén-diagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatást igénybe venni. A genetikai szolgáltató a mintavételhez szükséges eszközöket és a genetikai útmutatót egy alkalommal küldi ki a biztosított részére, költségek felszámítása nélkül. A további kiküldésre abban az esetben van mód, ha a biztosított a kézbesítési költségek megtérítését vállalja. A biztosítási szolgáltatás kizárólag magyarországi címre történő kézbesítéssel vehető igénybe. A biztosított a géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatás alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
4. A kiegészítő fedezet tartamának kezdetét követő 13. hónap első napján biztosítási esemény, ha tartam első évében nem érkezett a biztosítóhoz a 3. pont szerinti szolgáltatási igénybejelentés.	19. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a genetikai szolgáltatója útján géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatást nyújt a biztosítottnak, a 13-18. pontban foglaltak szerint.
5. A kiegészítő fedezet tartamának kezdetét követő 13. hónap első napját követően a biztosítási esemény megegyezik a 3. pontban foglalt biztosítási eseménnyel.	20. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén az egészségügyi szolgáltatója útján második orvosi szakvélemény szolgáltatást nyújt a biztosítottnak, a 6-12. pontban foglaltak szerint.
A kiegészítő fedezet létrejötte 21. Az Általános Szerződési Feltételekben foglaltaktól eltérően egy biztosítottra egy biztosítási csomag és a kiegészítő fedezet egyidejűleg is vonatkozhat.	
A biztosított belépési kora 22. A biztosított belépési kora a kiegészítő fedezet létrejöttékor 2-60 év lehet.	
A kiegészítő fedezet költsége 23. A kiegészítő fedezet egységnyi költségét az Általános Szerződési Feltételek 4. számú melléklete tartalmazza, amely a szerződés része.	
A kiegészítő fedezet költségének levonása 24. Az alapbiztosítási szerződés felmondása, illetve visszavásárlása esetén a biztosító jogosult a Kondíciós lista szerinti visszavásárlási értékből egy összegben levonni a jelen kiegészítő fedezet azon időarányos költségének 50 százalékát, amely a megszűnés időpontjától a tartam végéig hátralévő időre esik. A költség abban az esetben is levonásra kerül, ha szolgáltatás igénybevételére még nem került sor. A költséglevonás esedékessége megegyezik az alapbiztosítási szerződés megszűnésének esedékességével. A költség a szerződés visszavásárlása esetén alkalmazandó, azzal azonos napi árfolyamon kerül levonásra.	
Esedékesség 25. A második orvosi szakvélemény szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a súlyos betegség diagnosztizálásra kerül. A géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a 13. hónap első napja. A jelen kiegészítő fedezetből eredő igények az igény esedékességétől számított a) két év elteltével évülnek el a második orvosi szakvélemény szolgáltatás, és b) egy év alatt évülnek el a géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatás tekintetében.	
A biztosítási tartam 26. A kiegészítő fedezet tartama 10 év.	
A szolgáltatás iránti igény bejelentése Második orvosi szakvélemény szolgáltatás 27. A második orvosi szakvélemény szolgáltatást a biztosított az egészségügyi szolgáltató telefonszáma felhívásával igényelheti. 28. Az igény szóban történő bejelentését követően az egészségügyi szolgáltató a biztosított részére a biztosított választása szerint e-mail üzenetben vagy postai úton a második orvosi vélemény igényléséhez szükséges adatlapot küld. Az egészségügyi szolgáltató szolgáltatási kötelezettsége csak azután keletkezik, ha a hiánytalanul kitöltött és aláírt adatlapot és a biztosítási esemény igazolásához, valamint a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges egyéb dokumentumokat postai úton, vagy faxon megkapta. A második orvosi szakvéleményt az egészségügyi szolgáltató a biztosított választása szerint e-mail üzenetben vagy postai úton juttatja el a biztosított részére. 29. A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát, valamint az alapbiztosítási szerződést. Az azonosításhoz szükséges adatok: – az alapbiztosítási szerződés szerződésszáma, – a biztosított neve, – a biztosított születési ideje.	

A szolgáltatásra vonatkozó igény bejelentése során az egészségügyi szolgáltató minden esetben azonosítja a biztosítottat. Amennyiben a biztosított a szolgáltatásra való jogosultságát nem tudja igazolni, az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás nyújtását megtagadhatja.

30. Az egészségügyi szolgáltató a felé bejelentett második orvosi szakvélemény iránti igények kapcsán kizárólagos mérlegelési joggal bír abban a tekintetben, hogy a hozzá betérjesztett eset a rendelkezésre álló információ és dokumentumok alapján második orvosi szakvélemény elkészítésére alkalmas-e, melyről a biztosítottat köteles írásban, indokolással ellátott válaszban tájékoztatni.

31. A biztosítási esemény igazolásához, a biztosító szolgáltatása iránti igény elbírálásához és a szolgáltatás teljesítéséhez – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl – az egészségügyi szolgáltató az alábbi orvosi iratok rendelkezésre bocsátását is kérheti:

- kórházi zárójelentés,
- ambuláns lap,
- bármely, a kezelőorvos vagy más orvos által írott kórtörténeti összefoglaló,
- bármely lelet, melyet korábbi vizsgálatok eredményét leíró orvos vagy intézmény készített,
- képalkotó vizsgálatok során készült felvételek filmen vagy digitális adathordozón,
- szövettani metszetek,
- fényképfelvételek.

32. Az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás lebonyolítása során tudomására jutott személyes és különleges adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a biztosított kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel és továbbítja, és az orvosi szakvélemény megadására kiválasztott félen kívül harmadik fél részére nem adja tovább.

A géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatás

33. A kiegészítő fedezet tartamának kezdetét követő első évben a szolgáltatási igény bejelentésére a 27-32. pontban foglalt szabályok érvényesek azzal a kiegészítéssel, hogy a géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatás igénybevétele érdekében a genetikai szolgáltató a fedezet tartamának 13. hónapjában kiküldi a mintavételhez szükséges pontos információt és eszközöket a biztosított részére.

34. A 4. pont szerint bekövetkező biztosítási esemény esetén a géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatás igénybevétele érdekében a mintavételhez szükséges pontos információ és eszközök a biztosított részére kiküldésre kerülnek a szolgáltatásra vonatkozó igénybejelentés nélkül.

35. A genetikai szolgáltató a szolgáltatás lebonyolítása során tudomására jutott személyes és különleges adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a szolgáltatás nyújtása céljából használja fel és továbbítja.

A kiegészítő fedezet költségének a biztosító által végrehajtott módosítása

36. A biztosító jogosult a kiegészítő fedezet egységnyi költségét, azaz az Általános Szerződési Feltételek 4. számú mellékletét – a biztosítási szolgáltatás változtatása nélkül is – a jövőre nézve, évente egyszer módosítani, ha az euró/forint árfolyam 250 Ft/euró alá csökken vagy 350 Ft/euró fölé emelkedik.

A módosítás mértéke a 10%-ot nem haladhatja meg.

A kiegészítő fedezet módosított költsége az Általános Szerződési Feltételek 4. számú melléklete változásának hatálybalépését követő évfordulón lép érvénybe.

A biztosító az Általános Szerződési Feltételek 4. számú melléklete 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 megváltoztatása

37. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a szerződőnek a kiegészítő fedezet tartama alatt nincs lehetősége a fedezet

- biztosítottjának visszavonására,
- megszüntetésére, kivéve, ha a biztosító a kiegészítő fedezet költségét módosítja, amely esetben a szerződő a fedezetet az évfordulóra írásban felmondhatja,
- a kiegészítő fedezet szolgáltatásának megváltoztatására.

38. A szerződőnek nincs lehetősége továbbá az alapszerződési szerződés tartama alatt a fedezet biztosítottjára vonatkozóan több, a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő fedezet létrejöttének kezdeményezésére.

A kiegészítő fedezet költségének részleges visszatérítése

39. A genetikai szolgáltató nem teljesítése esetén a biztosító a géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatásra más partnert keres. Abban az esetben, ha a szolgáltatás nyújtása akadályba ütközik, és emiatt arra nem kerülhet sor, a biztosító a fedezet költsége 50 százalékának addig levont részét a szerződő egységszámláján, a Magyar Kötvény, vagy Allianz Életprogramok - Euró alapszerződés esetén a Biztonságos Kötvény Euró eszközalapban történő jóváírás formájában, a jóváírás napjára érvényes árfolyamon visszatéríti a szerződőnek. A költség eseti díjként kerül az egységszámlán jóváírásra.

A kiegészítő fedezet megszűnése

40. A kiegészítő fedezet megszűnik

- a) a fedezet szerződő által kezdeményezett, az évfordulóra írásban történő felmondásával, ha a biztosító a kiegészítő fedezet költségét módosítja,
 - b) a kiegészítő fedezet tartamának kezdetétől számított 10. év elteltével a tartam utolsó napján 24 órakor. A megszűnésnek nem feltétele, hogy a szerződő vagy a biztosító legalább 60 nappal a tartam lejártá előtt írásban jelezze a kiegészítő fedezet megszüntetésének szándékát.
41. Az Általános Szerződési Feltételekben foglaltaktól eltérően a szerződőnek nincs lehetősége a kiegészítő fedezet
- a) felmondására, kivéve, ha a biztosító a kiegészítő fedezet költségét módosítja, – ebben az esetben a szerződő a fedezetet az évfordulóra írásban felmondhatja,
 - b) biztosítottjának visszavonására.

Adatkezelés

42. A **második orvosi szakvélemény szolgáltatásra** vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított hozzájárulását adta a jelen kiegészítő fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatainak (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatoknak a biztosító által történő kezeléséhez és – meghatározott gyakorisággal – az egészségügyi szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben történő továbbításához. Az adatok köre:

- szerződésszám,
- kiegészítő fedezet tartamának kezdete,
- díj beérkezésének időpontja,
- szerződő és biztosított neve,
- biztosított neme,
- biztosított édesanyja neve,
- biztosított születési helye és ideje,
- biztosított partner kódja, címe,
- biztosított e-mail címe, mobiltelefonszáma.

43. A szerződő és a biztosított hozzájárul ahhoz, hogy az egészségügyi szolgáltató az együttműködő partnerei (ideértve a szakvéleményt adó orvosokat, egészségügyi intézményeket) számára továbbítsa a biztosított alábbi adatait:

- neve,
- születési ideje,
- címe, továbbá
- személyes és különleges (azaz egészségi) adatai.

44. Az egészségügyi szolgáltató együttműködő partnerei a szolgáltatás nyújtásának megszűnéséig a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig jogosultak az adatokat kezelni. A szerződő és a biztosított kérésére az egészségügyi szolgáltató tájékoztatást ad azon együttműködő partnereinek személyéről, akik az adatokhoz a fenti módon hozzáfértek.

45. A biztosított hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító és az adatfeldolgozónak minősülő egészségügyi szolgáltató az egészségi adatait nyilvántartsa, kezelje, a szolgáltatás és a kárrendezés során felhasználja, a szolgáltatás igénybevétele során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze a hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően. Amennyiben a biztosított a szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció egészségügyi szolgáltató részére történő továbbadását megtagadja, az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás nyújtását visszautasíthatja.

A biztosított a személyes és különleges adatainak biztosító és egészségügyi szolgáltató általi kezelésére, az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves orvos-szakértőnek való továbbítására vonatkozó hozzájárulását írásban adja meg a szolgáltatási igény bejelentésével egyidejűleg.

46. A biztosított hozzájárul ahhoz, hogy az egészségügyi szolgáltató az általa feltett kérdéseket e-mailen továbbítsa a második orvosi szakvéleményt kiállító részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat az egészségügyi szolgáltató a biztosított által megadott e-mail címre vagy postai címre küldje meg. A biztosított kijelenti, hogy a hozzájárulást annak tudatában adta meg, hogy az e-mailen keresztüli adattovábbítás kockázatot hordoz, az e-mail nem minősül biztonságos csatornának.

47. A biztosított által a második orvosi szakvéleményhez benyújtott orvosi/egészségügyi adatok és a második orvosi szakvélemény a biztosító számára hozzá nem férhető, a biztosító abba betekintést nem nyerhet.

A biztosított hozzájárulása alapján az egészségügyi szolgáltató továbbíthatja a biztosított nevét, születési idejét, címét és az egészségi állapotára vonatkozó különleges adatait az Európai Unió területén vagy azon kívül található együttműködő partneréhez, ideértve azt az orvost, egészségügyi intézményt, akit az orvosi szakvélemény megadására leginkább alkalmasnak minősít. A felsorolt együttműködő partnerek a biztosított titoknak minősülő személyes adatok tekintetében adatfeldolgozóknak számítanak.

Az egészségügyi szolgáltató együttműködő partnere a szolgáltatás nyújtásának megszűnéséig, a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges mértékben és ideig jogosult az adatokat kezelni, az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvénynek megfelelően. Az egészségügyi szolgáltató – a szerződő és a biztosított kérésére – tájékoztatást ad azon együttműködő partnerekről, akik az adatokhoz a fenti módon hozzáfértek.

48. A biztosított kijelenti, hogy az ajánlatban tudomásul vette, hogy a biztosító a Teladoc Hungary Kft.-t valamint a genEplanet d.o.o.-t az egészségi adatok kezelése során a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként bízta meg.

49. A **géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatás** tekintetében az alapbiztosítási szerződés szerződője – és a szerződőnek az ajánlat, illetve a hozzájáruló nyilatkozat aláírásával adott felhatalmazása alapján – a biztosított az ajánlat, illetve a hozzájáruló nyilatkozat aláírásával hozzájárul az alábbiakhoz:

A biztosító szerződéses partnere, a genEplanet d.o.o. mint genetikai szolgáltató az egészségi adatokat nyilvántartsa, kezelje, a szolgáltatás nyújtása során kizárólag ezzel összefüggő célból felhasználja, az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizzé.

A Genetika+ vagy a Genetika+ Euró kiegészítő fedezettel összefüggő célból a biztosító kezelje, és a genetikai szolgáltató részére a szolgáltatás nyújtásával összefüggésben továbbítsa az alábbiakban meghatározott adatokat.

Az adatok köre:

- szerződésszám,
- biztosított neve,
- természetes személy születési helye és ideje,
- biztosított édesanyjának neve,
- biztosított címe,
- biztosított e-mail címe,
- biztosított vezetékes telefonszáma,
- biztosított mobilszáma.

A genetikai szolgáltató továbbítsa a biztosított fentiekben megjelölt adatait, továbbá az egészségügyi szolgáltatáshoz szükséges egyéb – indokolt esetben különleges – személyes adatait az együttműködő partnerei (ideértve az orvosokat, az elemzést végző laboratóriumokat, a genetikai minta és a genetikai útmutató kézbesítésében közreműködőt, az útmutatót gyártó nyomdát, a mobil-, a telefon- valamint az internetszolgáltatókat) számára.

A laboratórium, mint szolgáltató a biztosítási titoknak minősülő személyes adatok tekintetében adatfeldolgozónak számít.

A genetikai szolgáltató és az egyéb szolgáltatók a szolgáltatásnyújtás megszűnéséig a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig jogosultak az adatokat kezelni, az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvénynek megfelelően. A genetikai szolgáltató együttműködő partnerei:

- Laboratórium:
TATAA Biocenter AB, Göteborg
Odinsgatan 28, 411 03 Göteborg, Svédország
- Nyomda:
Cеровski Print Boutique
Zavrtnica 17, 10000 Zágráb, Horvátország

50. A genetikai szolgáltató – a szerződő és a Genetika+ vagy a Genetika+ Euró fedezet biztosítottja kérésére – tájékoztatást ad azon egyéb szolgáltatók személyéről, akik az adatokhoz a fenti módon hozzáfértek. A további adatfeldolgozók személyéről a biztosító honlapján is tájékozódhat.

51. Amennyiben a biztosított a Genetika+ vagy a Genetika+ Euró szolgáltatás igénybevételéhez szükséges minta és adatok fentiek szerinti továbbadását megtagadja, akkor a szolgáltatást nem veheti igénybe.

52. A szerződő és a biztosított a genetikai szolgáltató együttműködő partnereinek személyéről tájékozódhat a biztosító

- Központi ügyfélszolgálati irodájában (1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.),
- internet oldalain (www.allianz.hu), valamint
- telefonos ügyfélszolgálatán a +36 (1/20/30/70) 421-1-421-es számon.

53. A biztosított – a szerződőnek az ajánlat aláírásával adott felhatalmazása alapján – az ajánlat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a genetikai útmutatót a genetikai szolgáltató a biztosított által megadott postai címre küldje el.

A biztosított által adott genetikai minta, továbbá a genetikai útmutató, a genetikai szolgáltató által végzett elemzés eredménye a biztosító számára hozzá nem férhető, ill. a biztosító abba betekintést nem nyerhet. A biztosító genetikai adatokat nem kezel.

54. Amennyiben az alapbiztosítási szerződés szerződője, vagy a biztosított az adatok kezeléséhez adott hozzájárulást az ügyfélszolgálat@allianz.hu e-mail címre küldött nyilatkozattal a géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatás igénybevétele előtt megszünteti, a szolgáltatás nyújtására nem kerül sor, a szolgáltatásra való jogosultság az adatok törlésével megszűnik, és a jelen feltételek hatályukat veszítik. A szolgáltatás költsége a fedezet megszűnéséig levonásra kerül.

Egyéb szabályok

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

- a) nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,
- b) a szolgáltatást a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- c) a biztosítási szolgáltatás emelésére nem kerül sor, abban az esetben, ha az egy biztosítottra vonatkozó kiegészítő fedezetek költségeinek összege meghaladja a „B” jelű Kondíciós lista 6.3. pontjában foglalt költségszintet,
- d) a szerződőnek nincs módja a szolgáltatás mértékének a szerződés tartama alatt történő megváltoztatására,
- e) a kiegészítő fedezet költségének – a „B” jelű Kondíciós lista 6.1 pontjában foglalt minimális havi költség változása következtében történő – emelése esetén a szolgáltatás nem emelkedik,
- f) a kiegészítő fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás értékkövetéssel történő emelésére.

56. A második orvosi szakvélemény szolgáltatás és a géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, a személyes orvosi vizsgálatot nem helyettesítik.

57. A biztosító nem vállal felelősséget a második orvosi szakvélemény szolgáltatás és a géndiagnosztikán alapuló életmód tanácsadás szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a (kért) tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve azok helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkért.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

58. A kiegészítő fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
- b) a biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása a fedezet tartamából eltelt idő szerint lépcsőzetes,
- c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
- d) a biztosított belépési kora 2-60 év lehet,
- e) az alapbiztosítási szerződés felmondása, illetve visszavásárlása esetén a biztosító jogosult a Kondíciós lista szerinti visszavásárlási értékből egy összegben levonni a jelen kiegészítő fedezet azon időarányos költségének 50 százalékát, amely a megszűnés időpontjától a tartam végéig hátralévő időre esik,
- f) a fedezet tartama 10 év,
- g) a tartam lejártával a kiegészítő fedezet megszűnik, a tartam meghosszabbítására nincs lehetőség,
- h) a szerződőnek nincs lehetősége az alapbiztosítási szerződés tartama alatt a fedezet biztosítottjára vonatkozóan több kiegészítő fedezet létrejöttének kezdeményezésére,
- i) a fedezet költségét a biztosító jogosult módosítani az euró/forint árfolyam változása esetén,
- j) a biztosított visszavonására vagy a fedezet megszüntetésére a szerződőnek a fedezet tartama alatt nincs lehetősége (kivéve abban az esetben, ha a biztosító a kiegészítő fedezet költségét módosítja),
- k) a mintát a biztosított a genetikai szolgáltató által meghatározott módon juttathatja el a szolgáltatóhoz,
- l) a genetikai szolgáltató a mintavételhez szükséges eszközöket és a genetikai útmutatót egy alkalommal küldi ki a biztosított részére, költségek felszámítása nélkül,
- m) a biztosítási szolgáltatás kizárólag magyarországi címre történő kézbesítéssel vehető igénybe,
- n) az alapbiztosítási szerződés felmondása, illetve visszavásárlása esetén a kiegészítő fedezet költsége a szerződés visszavásárlása esetén alkalmazandó, azzal azonos napi árfolyamon kerül levonásra.

Budapest, 2019. október 1.

RÁKDIAGNOSZTIKÁRA ÉS ORVOSI BETEGVEZETÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (729111) ÉS A RÁKDIAGNOSZTIKÁRA ÉS ORVOSI BETEGVEZETÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET - EURÓ (829111)

Általános információk 1. A közlési és változásbejelentési kötelezettség tekintetében az Általános Szerződési Feltételekben foglalt, a biztosítóra vonatkozó szabályok a szolgáltatóra is érvényesek. A közölt adatokat a szolgáltató is jogosult ellenőrizni.	
Fogalmak 2. Daganatos megbetegedés: A szervezetben kialakuló olyan kóros növekedésforma, amelyben a génhibákat hordozó sejtek a daganatos átalakulásuk következtében – elveszítve a normális növekedési, osztódási kontrollra adott válaszkészséget – képesek a sejtosztódási folyamat szabályozó hatásainak érvényesülése nélküli, szabálytalan, korlátlan növekedésre/osztódásra. A biztosító egészségügyi szolgáltató partnere (a továbbiakban szolgáltató): Az aki a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosított-nak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja. A biztosítóval szerződött szolgáltató adatai: ONKOMPLEX Rákdiasztika és Asszisztencia Kft. Levelezési cím: ONKOMPLEX Kft., 1012 Budapest, Kuny Domokos utca 13–15. Tel: +36 (1) 999-0483 Fax: +36 (1) 700-2370 E-mail: allianz@onkomplex.hu A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak: munkanapokon 8.00-20.00 óra között. A szolgáltató együttműködő partnere: A szolgáltatóval együttműködő további egészségügyi szolgáltató. A tulajdoni formától és fenntar-tótól függetlenül egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, vagy jogi személy.	
Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
3. A biztosítási esemény bekövetkezik, ha a) a biztosított számára, daganatos betegség gyanúja miatt a háziorvos, az illetékes szakorvos, vagy magánorvos írásban további szakorvosi vagy diagnosztikus vizsgálatot rendel el. A további vizsgálat elrende-lésére a kockázatviselési időszakban, a fedezetre vonatkozó kockázat-viselés kezdetéhez képest előzmény nélkül fellépett bármilyen daga-nat gyanú miatt kell, hogy sor kerüljön, amelyre a beteg állapota/panaszai mellett az adott terület szakorvosa által végzett fizikális-, vagy eszközös vizsgálat, illetve egyéb diagnosztikus vizsgálati ered-mények (képalkotó-, vagy szűrővizsgálat, endoszkópos vizsgálat, sző-vettani-, vagy cytológiai vizsgálat, emelkedett labor paraméterek/ tumor marker szintek) alapján lehet következtetni. b) bőrgyógyászati daganatok esetében a biztosítottnál a rosszindu-latú daganatot bőrgyógyász szakorvos diagnosztizálta és a rosszindulatú betegség vonatkozásában további kivizsgálást javasol. Előzménynek tekintendő az ajánlattétel előtt már meglévő olyan beteg-ség, vagy elváltozás, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésbe hozható.	5. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási ese-mény bekövetkezte esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerző-dött szolgáltató által szervezett és lebonyolított – szolgáltatásokat nyújtja a biztosított-nak. A kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt első 4 hónapban: Szóbeli tanácsadás A biztosítási eseménynek a kiegészítő fedezet létrejöttét követő első 4 hónapban történő bekövetkezte esetén a szolgáltató szóbeli tanácsadás szolgáltatást nyújt a biztosított-nak. A szolgáltatás a szolgáltatónál, személyes konzultáció keretében vehető igénybe. A kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt 5. hónaptól: I. Indító konzultáció A biztosító a szolgáltató által megadott helyen és annak segítségé-vel állapotfelmérő konzultációt tart a biztosítottal, melynek kereté-ben belgyógyászati és/vagy onkológiai vizsgálatot végez.

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
4. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a 3. pontban meghatározott orvos általi további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálat előírásának időpontja.	II. Komplex és vezetett daganat diagnosztika A biztosító a szolgáltató útján vállalja a) az adott daganat típusban szakmailag indokolt legkorszerűbb diagnosztikus vizsgálatok teljes körű megszervezését és elvégzését (ide értve az endoszkópos vizsgálatokat; patológiát; képalkotó diagnosztikát, úgymint pl. a PET-CT, MRI, CT stb.; valamint a személyre szabott genetikai és/vagy molekuláris diagnosztikai vizsgálatokat is), továbbá b) a jelen 5. pontban meghatározott vizsgálatok eredménye alapján a szolgáltató által meghatározott szakértői csoport véleményének és kezelési javaslatának elkészítését a következő tartalommal: – a biztosított állapotához, klinikai profiljához optimálisnak tekintendő, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában már törzskönyvezett terápiás lehetőségek, – a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában még csak klinikai kutatási programok keretei között elérhető kezelési lehetőségek felkutatása és szakmai véleményezése, – a közép- és hosszú távú kezelési és rehabilitációs stratégia kialakítása. III. Orvosi betegvezetés Az orvosi betegvezetés keretében a biztosító a szolgáltató útján az alábbi szolgáltatásokat nyújtja. a) Szakszerű, folyamatos orvosi betegvezetés, melynek során a biztosított a teljes diagnosztizálási folyamat alatt rendszeres és részletes írásos és szóbeli tájékoztatást kap a szükséges vizsgálatokról, továbbá választ a felmerülő kérdéseire, valamint részletes tájékoztatást és életvezetési, gyakorlati tanácsokat. b) Koordinálja a biztosított állapota miatt szükséges magas szakmai színvonalú szakorvosi egyeztetéseket, megszervezi a szakmailag indokolt konzultációkat és/vagy vizsgálatokat, nyomon követi a biztosított állapotát, továbbá lehetővé teszi a betegvezetést végző orvos telefonos elérhetőségét munkanapokon 12 órában (8.00-20.00 óra között). c) Az orvos szakmailag indokolt diagnosztikus vizsgálatok megszervezését követően megszervezi a terápiás stratégia, illetve kezelési javaslat kialakításához szükséges szakterületi egyeztetéseket, továbbá lehetőséget ad a biztosítottnak az adott terület sebész, sugárterapeuta és klinikai onkológus szakértőivel szakértőnként egy-egy átlagosan 45 perces konzultációra. A konzultáción a biztosított részletes tájékoztatást kaphat, felteheti kérdéseit a betegséggel, valamint az állapotával és a rendelkezésre álló kezelési lehetőségekkel kapcsolatosan. A biztosító – a szolgáltató útján – a jelen pontban meghatározott biztosítási szolgáltatás keretében a fentiekben túl összeállítja a szolgáltató szakértői véleményét és kezelési javaslatát. IV. Klinikai kutatási programban való részvétel elősegítése A biztosító a szolgáltatón keresztül az alábbi szolgáltatásokat nyújtja: a) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában még csak klinikai kutatási fázisban elérhető kezelési lehetőségeket feltérképezi, ezekről orvosi szakmai véleményt nyújt és egy átlagosan 45 perces személyes szakértői konzultációs lehetőséget biztosít.

Biztosítási esemény	Biztosítási szolgáltatás
	b) Ezt követően – amennyiben a biztosított erre igényt tart, – megszervezi a biztosított klinikai kutatási programba történő bekerüléséhez szükséges első orvosi vizitet a következők szerint: – összeállítja a szükséges klinikai dokumentációt, – felveszi a kapcsolatot a vizsgálati centrummal, – megszervezi az első orvosi vizsgálati vizitet, továbbá – a biztosított erre vonatkozó igénye esetén megszervezi a vizsgálatba való beválasztáshoz szükséges tolmácsot és/vagy kísért és a biztosított utazását valamint szállását. A b) pontban meghatározott biztosítási szolgáltatások keretében a biztosító kizárólag a szolgáltatások megszervezéséért felel, a felmerült költségeket nem viseli. Az első orvosi vizsgálati vizit megszervezésére kizárólag akkor kerül sor, ha az adott klinikai vizsgálati centrum befogadó kapacitása és az általa megszabott követelmények ezt lehetővé teszik. Kizárások 6. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a műtetet, sebészeti beavatkozást igénylő mintavétel költségeire (különösen laparotomia, mediastinoscopia, VATS, agyi biopszia, vese eltávolítás, here eltávolítás, abrasio stb). 7. Az 5. IV. pontban a klinikai vizsgálatok szelektálása, monitorozása nem indokolt és a biztosító nem teljesít szolgáltatást a jóindulatú daganatok esetében, illetve azon rosszindulatú daganatok esetében, ahol nincs áttétképződés és a daganat „in toto” (teljes egészében történő) sebészeti eltávolítása definitív gyógyulást eredményez. Közös szabályok, a teljesítés módja, ideje 8. Az 5. pontban szereplő biztosítási szolgáltatásokat a biztosító összehatár nélkül teljesíti. 9. Az 5. pont szerinti szolgáltatások kizárólag a szolgáltató közreműködésével vehetők igénybe. A biztosító a szolgáltatásokat a szolgáltatóval egyeztetett időpontban nyújtja a biztosítottnak. 10. A kivizsgálási folyamat csak akkor kezdődik, amikor a biztosított állapota ezt lehetővé teszi, és a daganat gyanúját felvető vizsgálati eredmény(ek) birtokában az előre közösen egyeztetett időpontban a biztosított megjelenik az orvosi konzultáción. A szükséges vizsgálatok a biztosított teljes együttműködése, a vizsgálatokon való pontos megjelenése és a vizsgálatokhoz, kivizsgálási folyamathoz való hozzájárulása esetén végezhetőek csak el. Amennyiben a biztosított egészségi állapota fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást tesz indokolttá, akkor a beteg komplex kivizsgálására, a szükséges vizsgálatokra a fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást követő időszakban kerül sor. Amennyiben a biztosított állapota nem teszi lehetővé egy-egy adott vizsgálat elvégzését, vagy a vizsgálati eredményt kétségesé teszi, akkor a szükséges vizsgálatokra akkor kerül sor, amikor a biztosított alkalmassá válik az adott vizsgálat elvégzésére. 11. A biztosított a kiegészítő fedezet alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult. 12. A biztosítási szolgáltatás – kivéve az 5. IV. pontban meghatározott Klinikai kutatási programban való részvétel elősegítése szolgáltatást – kizárólag Magyarországon vehető igénybe.

A kiegészítő fedezet létrejötte

13. Az Általános Szerződési Feltételekben foglaltaktól eltérően egy biztosítottra egy biztosítási csomag és a kiegészítő fedezet egyidejűleg is vonatkozhat.

A biztosított belépési kora

14. A biztosított belépési kora a kiegészítő fedezet létrejöttekor 18-70 év lehet.

Esedékesség

15. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkeztének napja.

A szolgáltatás iránti igény bejelentése

16. A biztosított a biztosítási eseményt a szolgáltatónál telefonon, illetve a szolgáltató kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével írásban jelenti be.

Szerződő és biztosított tudomásul veszi, hogy a biztosított – kifejezett kérésére, az általa megadott e-mail címre – a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatással kapcsolatban a személyes és különleges adatait tartalmazó válaszlevelet kaphat.

17. A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát, valamint az Életprogram szerződés szerződőjét.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- az Életprogram szerződés szerződésszáma,
- a szerződő neve,
- a biztosított neve,
- a biztosított édesanyjának neve,
- a biztosított születési ideje.

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során a szolgáltató minden esetben azonosítja a biztosítottat.

A szolgáltató által megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele során a szolgáltató együttműködő partnere azonosítja a biztosítottat személyes adatai alapján. Ha a biztosított személye nem azonosítható, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybe vételére nem jogosult.

18. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához a biztosító és/vagy a szolgáltató az Általános Szerződési Feltételekben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatását kérheti:

- a) orvosi-, szakorvosi beutaló vagy javaslat az 5. pontban szereplő ellátásokra,
- b) az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
- c) a bejelentést megelőző 6 hónap teljes orvosi dokumentációja.

19. A biztosító és a szolgáltató jogosult a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát ellenőrizni, a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot felülvizsgálni. A felülvizsgálat eredményeképpen a szolgáltató megtagadhatja az 5. pont szerinti szolgáltatások nyújtását azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

A kiegészítő fedezet megváltoztatása

20. Az Általános Szerződési Feltételektől eltérően a szerződőnek a kiegészítő fedezet tartama alatt nincs lehetősége a fedezet szolgáltatásának megváltoztatására.

21. Az alapbiztosítási szerződés tartama alatt a fedezet biztosítottjára egyidejűleg több, a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő fedezet nem vonatkozhat.

A kiegészítő fedezet költségének visszatérítése

22. A szolgáltató nem teljesítése esetén a biztosító a szolgáltatásra más partnert keres. Abban az esetben, ha a szolgáltatás nyújtása akadályba ütközik, és emiatt arra nem kerülhet sor, a biztosító a fedezet addig levont költségét a szerződő egységszámláján, a Magyar Kötvény, vagy Allianz Életprogramok – Euró alapbiztosítás esetén a Biztonságos Kötvény Euró eszközalapban történő jóváírás formájában, a jóváírás napjára érvényes árfolyamon visszatéríti a szerződőnek. A költség eseti díjként kerül az egységszámlán jóváírásra.

A kiegészítő fedezet megszűnése

23. Az Általános Szerződési Feltételekben foglalt megszűnési okokon kívül a kiegészítő fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor a biztosítási esemény bekövetkezik.

Adatkezelés

24. A biztosítási szolgáltatás nyújtása során a szolgáltató a telefonbeszélgetéseket rögzíti, mely tényről a biztosítottat a szolgáltatás igénybevétele előtt minden esetben tájékoztatja. A rögzített telefonbeszélgetéseket a biztosító, valamint szolgáltató a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) alapján, a kiszervezett tevékenység keretei között, valamint az Információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Infotv.), illetve a további vonatkozó adatkezelési törvényi szabályoknak megfelelően és a Bit. által meghatározott időtartamban kezeli.

25. A szolgáltatásra vonatkozó igény bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított hozzájárulását adta a jelen kiegészítő fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatainak (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatoknak a biztosító által történő kezeléséhez és – meghatározott gyakorisággal – a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben történő továbbításához. Az adatok köre:

- szerződésszám,
- kiegészítő fedezet tartamának kezdete,
- szerződő és biztosított neve,
- biztosított neme,
- biztosított édesanyja neve,
- biztosított születési helye és ideje,
- biztosított címe,
- biztosított e-mail címe, mobiltelefonszáma.

A szerződő és a biztosított hozzájárul ahhoz, hogy a szolgáltató a vele szerződött együttműködő partnerek számára továbbítsa az alábbi adatokat:

- a biztosított neve,
- biztosított édesanyja neve,
- születési ideje, továbbá
- a biztosított személyes és különleges (azaz egészségi) adatai.

A szolgáltató együttműködő partnere a szolgáltatás nyújtásának megszűnéséig a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig jogosult az adatokat kezelni, az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvénynek megfelelően. A szerződő és a biztosított kérésére a szolgáltató tájékoztatást ad azon együttműködő partnereinek személyéről, akik az adatokhoz a fenti módon hozzáfértek.

26. A biztosított hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító és a szolgáltató az egészségi adatait nyilvántartsa, kezelje, a szolgáltatás és a kárrendezés során felhasználja, a biztosító szolgáltatásaként igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze, a hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően. Amennyiben a biztosított a szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentációnak a szolgáltató, vagy annak alvállalkozói részére történő továbbadását megtagadja, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybe vételére nem jogosult.

A biztosító az egészségi adatok kezelése során a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként bízta meg a szolgáltatót.

Egyéb szabályok

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

- a) nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,
- b) a szolgáltatást a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- c) a biztosítási szolgáltatás emelésére nem kerül sor, abban az esetben, ha az egy biztosítottra vonatkozó kiegészítő fedezetek költségeinek összege meghaladja a „B” jelű Kondíciós lista 6.3. pontjában foglalt költségszintet,
- d) a szerződőnek nincs módja a szolgáltatás mértékének a szerződés tartama alatt történő megváltoztatására,
- e) a kiegészítő fedezet költségének – a „B” jelű Kondíciós lista 6.1 pontjában foglalt minimális havi költség változása következtében történő – emelése esetén a szolgáltatás nem emelkedik,
- f) a kiegészítő fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás értékkelvetéssel történő emelésére.

28. A biztosító nem vállal felelősséget a szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a (kért) tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve azok helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkért.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

29. A kiegészítő fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
- b) a biztosító szolgáltatása a fedezet tartamából eltelt idő szerint lépcsőzetes,
- c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
- d) a biztosított belépési kora 18-70 év lehet.