

ALLIANZ.HU

ALLIANZ GONDOSKODÁS PROGRAMOKHOZ KÖTHETŐ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK

ÉLET- ÉS
SZEMÉLYBIZTOSÍTÁS

Különös Szerződési Feltételek

A KIEGÉSZÍTŐ ÉLETBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (711113)

Különös Szerződési Feltételei

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

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

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

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

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESÉGÉNEK IDŐPONTJA

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

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

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

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

4. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2014. október 1.

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

A BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET (741112)

Különös Szerződési Feltételei

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

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

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

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

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

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

4. A 3. pontban foglalt biztosítási összeg felül a biztosító a kedvezményezettnek a biztosítási összeg

a) további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított halála közlekedési baleset következménye,

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

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

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

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a halál bekövetkezésének napja.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

6. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2014. október 1.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság, Cg. 01-10-041356

A BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁSRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET (742112)

Különös Szerződési Feltételei

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

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

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. Biztosítási esemény 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.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

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

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

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

- további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset következménye,

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

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

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

A BALESETI EREDETŰ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS MÉRTÉKE

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

A testrészek egészségkárosodása (térítési százalékkal):

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

Fok	Kiterjedés	Az egészségkárosodás mértéke
I. fokú: (bőrt, nyálkahártyát épen hagyó égés)	1-20%	0%
	21-30%	15%
	31-50%	30%
	51%-tól	50%

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

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

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

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

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

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

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

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGSZŰNÉSE

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

ELÉVÜLÉS

11. A jelen kiegészítő biztosítási fedezetből eredő igények az igény esedékességétől számított 5 év elteltével elévülnek.

A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE, A TELJESÍTÉS IDEJE

12. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 75. pontjától eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást az egészségkárosodás mértékének 7. pont szerinti megállapításától számított 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

13. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2021. július 1.

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

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

Különös Szerződési Feltételei

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

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

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. Biztosítási esemény 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.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

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

A biztosító a biztosított

- kiemelt műtete esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 200%-át,
- nagy műtete esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 100%-át,
- közepes műtete esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 50%-át,

d) kis műtete 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.

4. 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.

5. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosítotton

- nem baleset miatt végzett plasztikai műtét,
- a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása esetén.

6. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a műtét elvégzésének napja.

A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY BEJELENTÉSE

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

- a műtétről szóló orvosi dokumentáció,
- 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.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

8. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2016. április 1.

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

A BALESETI EREDETŰ CSONTTÖRÉSRE, CSONTREPEDÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET (743111)

Különös Szerződési Feltételei

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

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

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. Biztosítási esemény a biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkező olyan balesete, melynek következtében a biztosított csonttörést, csontrepedést szenved. A jelen feltételek szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

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

4. A szerződő által választható biztosítási összeget a biztosító korlátozhatja. A választható legmagasabb biztosítási összeget az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 2. számú melléklete tartalmazza.

A biztosító a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet kapcsán egy biztosított vonatkozásában biztosítási évente legfeljebb egyszer nyújt szolgáltatást.

A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosító egy balesettel összefüggésben csak egyszer nyújt térítést.

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

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET LÉTREJÖTTE

6. Abban az esetben, ha a biztosítottra a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő biztosítási fedezet már létrejött és hatályba lépett vagy a biztosító az adott biztosítottra a jelen szerződési feltételek alapján már biztosítási szolgáltatást teljesített és a kiegészítő biztosítási fedezet a jelen szerződési feltételek szerint megszűnt, akkor az adott biztosítottra további, a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő biztosítási fedezet már nem jöhet létre.

Ha a szerződő ennek ellenére kezdeményezte a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét, akkor a kiegészítő biztosítási fedezetnek az egységszámláról esetlegesen már levont költségét a biztosító a szerződő részére visszatéríti oly módon, hogy az egységszámlán jóváírást teljesít, azaz a költséget a levonás napjára érvényes árfolyamon egység-darabszámmá számítja át, majd az egységszámlán a rendszeres díjak befektetésére szolgáló eszközalapban nyilvántartott egységek aktuális darabszámát az így kapott darabszámmal növeli.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGSZŰNÉSE

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

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

8. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2014. október 1.

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

A KRITIKUS BETEGSÉGEKRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (721112)

Különös Szerződési Feltételei

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

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

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. A biztosítási esemény akkor következik be, amikor

- a biztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak – a diagnosztizálás időpontjában,
- a biztosítottnál szívinfarktust diagnosztizálnak – a szívinfarktus bekövetkeztének a kezelőorvos által megállapított időpontjában,
- a biztosítottnál agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak – a diagnosztizálás időpontjában,
- a biztosítottot szervátültetést hajtanak végre – a műtét időpontjában,
- a biztosítottnál krónikus veseelégtelenség áll fenn, és a beteg a diagnózis megállapításától számított legalább két hónapig tartós dialíziskezeltésre szorul – az első dialíziskezeltés időpontjában,
- a biztosítottot szívkoszorúér-műtétet (bypass) hajtanak végre – a műtét időpontjában,
- a biztosított AIDS- (HIV-)betegségben megbetegszik – a HIV-betegség megállapításának időpontjában,
- a biztosított mindkét szemén visszafordíthatatlan, baleset, vagy betegség következtében kialakult teljes látásvesztés alakult ki, amelyet szakorvos állapított meg és amely sem segédeszközzel, sem műtéttel nem korrigálható. – a szakorvos által kiállított lelet kiadásának időpontjában,
- 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 folytan – az amputációs műtét időpontjában,
- a korábban már diagnosztizált, a központi idegrendszer fehérállományának göccs pusztulásával járó, szakaszosan lezajló sclerosis multiplex
 - betegséget ideggyógyász szakorvos megállapítja,
 - a betegség következtében kialakultak a

különböző idegrendszeri központokat érintő (mozgáskordináció-, látásszervi-, érzékelési-, mentális-, vizelettartási és szexuális-) zavarok, amelyek legalább 6 hónapja fennállnak, valamint

III. a II. pontban foglalt zavarokat alátámasztó objektív neurológiai vizsgálati eredmények (pl. gerincvelő folyadék vizsgálata, MRI vizsgálat, vizuális kiváltott válasz, hallási agytörzsi válasz) rendelkezésre állnak.

a III. pont szerinti vizsgálati eredmények kiadásának időpontjában,

- a) a biztosított 26%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű II. fokú, illetve 16%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű III. fokú, illetve 6%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű, illetve végtag vagy szerv funkcióját maradandóan és 51%-os vagy ennél nagyobb százalékban károsító IV. fokú égési sérülést szenved – a sérültet ellátó kórházi osztályon történő kezelés befejezése után, a sérülés fokát és százalékos kiterjedését is feltüntető zárójelentés kiadásának időpontjában, illetve végtagi funkciót is károsító sérülésnél a biztosító baleseti orvosszakértője által megállapított 51 százalékos vagy ennél nagyobb mértékű maradandó kár megállapításakor, feltéve, hogy a biztosítási esemény – és a biztosítási eseményhez vezető baleset, vagy betegség is – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be, és bekövetkezésének időpontját követően a biztosított legalább egy hónapig – a c) pontban szereplő biztosítási esemény esetén legalább két hónapig – életben van.

Előzménynek tekintendő az ajánlattétel előtt már meglévő olyan betegség, vagy elváltozás, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésbe hozható.

A BETEGSÉGEK DEFINÍCIÓI

- a) Rosszindulatú daganat: A rosszindulatú sejtek befolyásolhatatlan növekedése és behatolása más szövetekbe. A közismert, ún. „rákos” megbetegedéseken kívül biztosítási eseményként ilyenek minősülnek a leukémiák (kivéve a krónikus limphoid leukémiát) és a limfómák is. Nem minősülnek biztosítási eseménynek a nem invazív, helyi rákos megbetegedések (carcinoma in situ), valamint a bőrrák, kivéve a malignus melanoma.
- b) Szívinfarktus: A vérkeringésnek a szívizom körülírt részén történt elakadása következtében kialakult helyi szívizomelhalás. A biztosítási eseménynek minősülő szív-

farktus diagnózisának a következő együttesen fennálló tényeken kell alapulnia:

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

- c) Agyi érkatasztrófa: A diagnózis felállításától számított 60 nap után is észlelhető, maradandó idegrendszeri tüneteket okozó agyi értörténés, amelyhez a következő körképek sorolhatók:
- az agyszövet elhalása érelzáródás következtében (trombózis),
 - koponyán belüli vérzés, a baleseti eredetű kivételével,
 - koponyán kívüli forrásból származó agyembólia, a baleseti eredetű kivételével.
- d) Szervátültetés: Szervátültetésnek minősül a biztosítottnak első alkalommal végzett szívátültetés, vagy egyidejű szívés tüdőátültetés, vagy májtranszplantáció, vagy veseátültetés, feltéve, hogy a szervet a biztosított kapja. Az itt felsoroltakon kívül más szerv vagy szövet átültetésére nem terjed ki a kockázatviselés.
- e) Krónikus veseelégtelenség: Krónikus vesebetegségek, illetve urológiai betegségek miatti veseperitüditis, illetve veseperitüditis 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 vesefunkciópótló kezelés (krónikus dialysis: peritoneális – hasüregi – dialysis, vagy haemodialysis, azaz művesekezelés) nélkül rövid időn belül meghalna.
- f) Szívkoszorúér-műtét: A szívizom súlyos vérellátási zavarát okozó szívkoszorúér- szűkület áthidalását (megkerülését: bypass) szolgáló műtét a beteg testéből kivett érdarabnak (graft), vagy más ér pótló anyagnak a szív érrendszerébe történő beültetésével, amivel a szív vérellátása tartósan kielégítővé válik.
- g) AIDS- (HIV-) betegség: Olyan betegség, amely a HIV-fertőzött (HIV-pozitív, BNO10:Z21) személynél a HIV-fertőzöttség talaján fellépő fertőző és parazitás betegséget és/vagy rosszindulatú daganatot és/vagy egyéb, a HIV-fertőzöttséggel összefüggő betegségi tüneteket eredményez (BNO10:B20-B23). Nem terjed ki a kockázatviselés az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező szerzett immunhiányos szindrómára (AIDS) és az ezzel összefüggő, az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező egészségi állapotváltozásokra (AIDS related complex, ARC) (BNO10:B24); (BNO – Betegségek Nemzetközi Osztályozása).
- h) Teljes vakság: Teljes vakságnak minősül, ha a biztosított mindkét szemén visszafordíthatatlan, baleset, vagy betegség következtében kialakult teljes látásvesztés alakult ki, amelyet szakorvos állapított meg és amely sem segédeszközzel, sem műtéttel nem korrigálható.
- i) Nagy végtag-amputáció: A végtag-amputáció a beteg vagy roncsolt végtag sebészeti eltávolítását jelenti. Az ezt követően bármilyen gyógyászati segédeszközzel – például művégtaggal – történő bármilyen rehabilitáció nem módosítja a végtag-amputáció biztosítási eseményként való minősítését.
- j) Sclerosis multiplex: Biztosítási eseményként történő

minősítésének feltétele, hogy a betegséget ideg-

- gyógyász szakorvos megállapítja, továbbá
 - a betegség következtében kialakultak a különböző idegrendszeri központokat érintő (mozgáskordináció-, látásszervi-, érzékelési-, mentális-, vizelettartási és szexuális-) zavarok, amelyek legalább 6 hónapja fennállnak, valamint
 - a fenti zavarokat alátámasztó objektív neurológiai vizsgálati eredmények (pl. gerincvelő folyadék vizsgálata, MRI vizsgálat, vizuális kiváltott válasz, hallási agytörzsi válasz) rendelkezésre állnak.
- k) Nagy égési sérülés: Égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület vagy gőz), illetve elektromos áram által kiváltott élő szöveti sérülés (a napsugárzás okozta vagy bármilyen más sugárzás – például röntgen, radioaktivitás, lézer, mikrohullám – által okozott sérülés és egyéb hőhatás okozta károsodás is – például a hõguta – kizárva).

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

4. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:

Kiegészítő biztosítási 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

A jelen egészségbiztosítási fedezet biztosítási összegének emelése esetén az emelés hatályától számított 2 hónapig a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást. Ezen túlmenően a biztosító az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottra addig az egység számláról levont biztosítási költséget visszatéríti a szerződőnek az egység számlán történő jóváírás formájában.

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

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

A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY BEJELENTÉSE

6. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az Allianz Gondoskodás Programokhoz

köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges:

- a) Rosszindulatú daganat esetén, a szövetszövetminta-vizsgálat alapján felállított orvosi diagnózis, a szövetszövetminta-vizsgálat leírásával.
- b) Szívinfarktus esetén:
 - a típusos mellkasi fájdalom leírása a vele járó kísérő tünetekkel,
 - friss és a szívinfarktust bizonyító EKG-eltérést mutató lelet,
 - a szívizomelhalást igazoló specifikus enzimeknek a vérben való felszaporodását bizonyító lelet.
- c) Agyi érkatasztrófa esetén szakorvosi vélemény, amely igazolja az idegrendszeri károsodás 60 napon túli fennállását.
- d) Szervátültetés esetén az azzal kapcsolatos összes orvosi dokumentáció az indikációt igazoló vizsgálati eredményekkel együtt.
- e) Krónikus veseelégtelenség esetén a betegség IV. stádiumát és a 60 napon túl is folyamatosan szükséges dialíziskezelést igazoló szakintézeti orvosi szakvélemény.
- f) Szívkoszorúér-műtét esetén a bypass műtét elvégzését igazoló orvosi dokumentáció.
- g) AIDS- (HIV-) betegség esetén az orvosi diagnózis, melynek felállítása a fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbetegosztályán történt.
- h) Teljes vakság esetén a szemész szakorvosi vélemény, lelet.
- i) Nagy végtag-amputáció esetén a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció.
- j) Sclerosis multiplex esetén a betegség következtében kialakult, a különböző idegrendszeri központokat érintő (mozgáskordináció-, látásszervi-, érzékelési-, mentális-, vizelettartási és szexuális-) zavarok legalább 6 hónapja történő fennállását alátámasztó objektív neurológiai vizsgálati eredményeket (pl. gerincvelő folyadék vizsgálata, MRI vizsgálat, vizuális kiváltott válasz, hallási agytörzsi válasz) tartalmazó orvosi iratok.
- k) Égési sérülésnél a biztosítottat ellátó fekvőbeteg-gyógyintézet által kiadott olyan zárójelentés, amely az égési sérülés százalékos kiterjedését, valamint a végtagnak vagy szervnek a véglegesen megállapított és százalékosan is kifejezett funkciókárosodását is leírja.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGSZŰNÉSE

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

A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE, A TELJESÍTÉS IDEJE

8. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 75. pontjától eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosított 2. pontban meghatározott napon való életben létének vagy a szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges utolsó irat kézhezvételének napja közül a későbbi időponttól számított 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

9. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

ELTÉRÉS A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ÉS A KORÁBBI SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL

10. A kritikus betegségekre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- A teljes vakság és a sclerosis multiplex biztosítási esemény fogalma változott, valamint
- a teljes vakság és a sclerosis multiplex biztosítási események bekövetkezése esetén a csatolandó dokumentumok köre változott.

Budapest, 2021. július 1.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság, Cg. 01-10-041356

A ROKKANTSÁGI ELLÁTÁS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (722111)

Különös Szerződési Feltételei

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

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

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

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

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:

Kiegészítő biztosítási 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

A jelen egészségbiztosítási fedezet biztosítási összegének emelése esetén az emelés hatályától számított 2 hónapig a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén 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 egészség számláról levont biztosítási költséget visszatéríti a szerződőnek az egészség számlán történő jóváírás formájában.

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

A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY BEJELENTÉSE

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

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGSZŰNÉSE

5. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben foglalt megszűnési okokon kívül, a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor a) a biztosítási esemény bekövetkezett, vagy b) a biztosított nyugdíjba vonult.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

6. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2014. október 1.

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

A MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (723111)

Különös Szerződési Feltételei

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

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

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

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

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

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

4. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:

A jelen egészségbiztosítási fedezet biztosítási összegének emelése esetén az emelés hatályától számított 2 hónapig a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást.

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

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

7. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-70. pontjaiban felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosítotton

- nem betegség, vagy nem baleset miatt végzett plasztikai műtét,
- betegség miatt végzett, bármilyen kis- és közepes műtétnek minősülő fogászati, szájsebészeti beavatkozás,
- diagnosztikus célból végzett bármilyen beavatkozás, beleértve a kimetszéseket, az endoscopos, vagy punkciós mintavételeket, a katheteres vizsgálatokat is,

Kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléká			
	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%

- d) nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítás,
- e) a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása esetén.

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

A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY BEJELENTÉSE

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

9. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások

Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt dokumentumokon túl szükséges a műtétről szóló orvosi dokumentáció, fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

10. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2015. december 15.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

A KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (728111)

Különös Szerződési Feltételei

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

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

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban – 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.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:

Kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg
1 hónap	5%-a

Kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg
2 hónap	10%-a
3 hónap	50%-a
4 hónap	75%-a
5 és ennél több hónap	100%-a

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.

4. A kiegészítő 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 Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 2. számú melléklete tartalmazza.

5. A kórházi napi térítést a 2. 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 maximálisan 14 napra nyújt szolgáltatást.

6. A biztosító a kórházi napi térítés összegét úgy számítja ki, hogy a biztosítási esemény 5. pont szerinti napjainak

számát megszorozza a biztosítási esemény bekövetkezésének napján érvényes biztosítási összeggel.

7. Ha a 2. 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.

8. 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).

9. A biztosító – az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjaiban felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a biztosított

- a) nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítása,

- b) krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegesen, 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, fizioterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése esetén.

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

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

11. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2017. július 1.

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

AZ ORVOSI ELLÁTÁSRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (725111)

Különös Szerződési Feltételei

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

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

Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet részét képezi és az Allianz Orvosi Call Center feltétel a jelen szerződési feltételekkel együtt alkalmazandó.

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

FOGALMAK

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

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

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 Köztelkek u. 6.
Tel: +36-1-461-1555

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 körmegeelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.

A BIZTOSÍTOTT

3. Biztosított az a természetes személy, akinek a személyére a biztosító kockázatviselése fennáll. A biztosított belépési kora a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttékor 2-61 év között lehet.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

4. 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.

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

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

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

6. A biztosító – az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 13. pontjától eltérően – arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte 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:

- a) Belgyógyászat
- b) Bőrgyógyászat
- c) Csecsemő- és gyermekgyógyászat
- d) Diabetológia
- e) Endokrinológia
- f) Érsebészet
- g) Fül-orr-gégészet
- h) Gastroenterológia (ezen belül rectoscopya, colonoscopya, gastroscopya is)
- i) Kardiológia (ezen belül nyugalmi EKG, terheléses EKG, holter EKG)
- j) Neurológia
- k) Nőgyógyászat
- l) Ortopédia
- m) Sebészet
- n) Szemészet
- o) Tüdőgyógyászat
- p) Urológia
- q) a felsorolt szakterületeken továbbá: A járóbeteg ellátás kiterjed egy fájdalomcsillapító injekció egyszeri alkalommal történő, nem kúraszerű, kezelésnek nem minősülő beadására, amennyiben az orvosszakmai szempontból indokolt.

II. Labor diagnosztika az alábbiak szerint:

- a) Teljes vérkép
- b) Vérsüllyedés
- c) Teljes vizelet
- d) Májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt))
- e) Vércsók (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, 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)

III. Képpalkotó diagnosztika:

- a) Röntgen
- b) Ultrahang

IV. Nagy értékű diagnosztika:

- a) CT
- b) MR
- c) Pet CT
- d) Cardio CT.

Az I. k) pontban szereplő nőgyógyászati ellátás magába foglalja

- a cytológiai vizsgálatot is, évente egy alkalommal, továbbá
- a biztosított várandóssága esetén elvégzendő orvosi vizsgálatokat is, az alábbi feltételekkel:
 - a tartam első 6 hónapjában legfeljebb egy vizsgálatot, 20 000 Ft értékben,
 - a továbbiakban legfeljebb négy vizsgálatot évente, alkalmanként legfeljebb 20 000 Ft értékben,

- a vizsgálatok a nőgyógyászati ellátás évente igénybe vehető vizsgálatába (évente legfeljebb négy vizsgálat) beleszámítanak,
- a vizsgálatok alkalmanként legfeljebb 20 000 Ft értékben téríthetők,
- a várandósság alatt végzett ultrahang vizsgálatok a jelen szerződési feltételek szerinti járóbeteg ellátásnak minősülnek, nem képalkotó diagnosztikai vizsgálatnak tekintendők.

A 6. pontban szereplő ellátások tekintetében a biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt első 2 hónapban bekövetkező biztosítási esemény esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást

- az I., II. és III. pontban szereplő ellátások közül legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 15 000 Ft értékben, vagy
- a IV. pontban szereplő ellátások közül legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 50 000 Ft értékben.

A fenti szolgáltatások abban az esetben vehetők igénybe, ha a kiegészítő biztosítási fedezet költségére az egységszámla értéke fedezetet nyújtott, így a költség levonásra került.

7. 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, vérsók (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid), májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt), vese funkció (KN, Creatinin) vagy
- d) hasi ultrahang.

A kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt első 2 hónapban szűrővizsgálat nem vehető igénybe.

Az a)-d) pontban szereplő szűrővizsgálatok közül – a biztosított választása szerint – a jelen szerződési feltételek alapján két évente legfeljebb egy vizsgálat vehető igénybe.

A szűrővizsgálatokat kizárólag a biztosított veheti igénybe.

8. A 6. és 7. pont szerinti szolgáltatások kizárólag az ellátásszervező által Magyarország területére 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.

9. 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.

10. A biztosított a jelen kiegészítő biztosítási fedezet alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.

Tekintettel arra, hogy a jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet a 6. és 7. pontban foglalt szolgáltatásokat foglalja magába, **az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítási fedezetek Általános Szerződési Feltételeinek biztosítási összegre vonatkozó rendelkezései a fedezetre nem érvényesek**, azaz az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek

- a) 13. és 14. pontjában foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet esetében nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,
- b) 15. pontjában foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet tekintetében a szolgáltatást, illetve az erre vonatkozó limiteket a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- c) 16. pontjában foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet esetében a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek emelésére nem kerül sor,
- d) 48. pontjában foglaltaktól eltérően a biztosítottra vonatkozó, a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet költségének – a „B” jelű Kondíciós listában foglalt minimális havi költség változása következtében történő – emelése esetén a fedezet szolgáltatása nem emelkedik,
- e) IV. fejezetében (Az értékkövetés) foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek értékkövetéssel történő emelésére.

11. A jelen szerződési feltételekben szereplő szolgáltatásokra vonatkozó limitek emelkedhetnek, ha a kiegészítő biztosítási fedezet költsége emelkedik.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET LÉTREJÖTTE

12. A kiegészítő biztosítási fedezet létrejöhet az alapbiztosítás létrejöttével egyidejűleg vagy annak tartama alatt, a szerződés valamely évfordulójával.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGVÁLTOZTATÁSA

13. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 30. pontjában foglaltaktól eltérően a szerződőnek a jelen

szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet

- a) biztosítottjának visszavonására a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével van lehetősége, mellyel az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezet a szerződő erre irányuló nyilatkozatának a biztosítóhoz történő beérkezése hónapjának utolsó napjával megszűnik,
- b) megszüntetésére a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével van lehetősége.

Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 30. pontjában foglaltaktól eltérően a szerződőnek a jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet tartama alatt **nincs lehetősége**

- a) új biztosítottra vagy a kiegészítő biztosítási szerződésben szereplő biztosítottra vonatkozóan új orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet **létrejöttének az évfordulótól eltérő hónapfordulóra eső kezdettel történő kezdeményezésére**,
- b) az orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet szolgáltatásának, illetve a szolgáltatásra vonatkozó limiteknek a megváltoztatására.

A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY BEJELENTÉSE, A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

14. A biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon, illetve az ellátásszervező kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével írásban jelenti be.

15. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon bejelenti.

16. A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat aláírásával tudomásul vette, hogy a jelen kiegészítő fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezeli és – meghatározott gyakorisággal – az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja. Az adatok köre:

- szerződésszám,
- kiegészítő biztosítási 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.

A szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat

alírásával tudomásul veszi, 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 továbbítja a biztosított alábbi adatait:

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

A szerződő és a biztosított kérésére az ellátásszervező tájékoztatást ad azon egészségügyi szolgáltatók személyéről, akik a szolgáltatásban közreműködtek.

A szolgáltatás teljesítése érdekében a biztosító a biztosított által feltett kérdéseket továbbítja az ellátásszervező részére, és a kérdésekre adott válaszokat az ellátásszervező a biztosított által megadott e-mail címre vagy postai címre küldi meg.

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

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- a Gondoskodás Program szerződés szerződésszáma,
- a biztosított neve,
- a 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.

18. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratokat bemutatását kérheti:

- orvosi beutaló a 6. pontban szereplő ellátásokra (kivéve nőgyógyászat, orr-fül-gégészet, sebészet, urológia, szemészet), a 6. IV pontban foglalt szolgáltatások esetén szakorvosi (sebész, belgyógyász, ideggyógyász, onkológus) beutaló,
- az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
- ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőtében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása,
- a biztosított nevére kiállított számla.

19. 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 felül-

vizsgálni. A felülvizsgálat eredményeképpen az ellátásszervező megtagadhatja a 6. pont szerinti szolgáltatások megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

20. Biztosított tudomásul veszi, hogy ha az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő átadását megtagadja, az igénybe vett szolgáltatás díját saját maga köteles kifizetni.

21. Ha az ellátásszervező a szolgáltatást – a 8. pont szerint – 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.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET KÖLTSÉGE

22. A kiegészítő biztosítási fedezet – a biztosított aktuális életkorától függő – egységnyi költségét az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei 2. számú mellékletének kiegészítése tartalmazza, amely a szerződés része. A biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet költségét a jövőre nézve egy biztosítási évre határozza meg, a biztosítottra vonatkozó – az Általános Szerződési Feltételek 2. számú mellékletének kiegészítése alapján számított – engedménnyel nem csökkentett egységnyi költség a biztosítási éven belül nem változik.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGSZŰNÉSE

23. A jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 56. g) pontjában foglaltakkal ellentétben a szerződésnek a biztosított 64. életéve betöltését követő évfordulóján.

24. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 56. pontjában foglaltaktól eltérően a szerződőnek nincs lehetősége a jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet

- felmondására a fedezet tartama 3. évének elteltét megelőzően,
- biztosítottjának visszavonására a fedezet tartama 3. évének elteltét megelőzően.

KIZÁRÁSOK

25. **Nem biztosítási esemény ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást** az alábbi esetekben

- meddősséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés,
- a 6. l. p) pontban szereplő urológiai ellátás keretein belül az andrológiai vizsgálat vagy ellátás,
- a 6. l. k) pontban szereplő nőgyógyászati ellátás – ide értve a biztosított várandóssága alatt elvégzendő

orvosi vizsgálatokat is – az évi négy vizsgálatot meghaladó további vizsgálatokra, – továbbá alkalmanként a 20 000 forintot meghaladó költségre. **Várandósság alatt, tehesgondozás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat nem vehető igénybe.**

- d) a 6. I. b) pont szerinti bőrgyógyászati ellátás esetén az évi négy ellátást meghaladó további vizsgálatokra vagy kezelésekre, továbbá alkalmanként a 20 000 forintot meghaladó költségre,
- e) a 6. I. h) pont szerinti gastroenterológiai ellátás keretein belül az endoszkópos vizsgálatok esetén az altatás költségeire, továbbá a virtuális endoscopia és capsula endoscopia költségeire,
- f) a 6. II. pontban felsorolt laboratóriumi vizsgálatokon kívüli bármilyen más laboratóriumi vizsgálat,
- g) sürgősségi ellátás vagy vizsgálat,
- h) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás,
- i) több alkalomra kiterjedő injekciós kezelés, infúziós kúra,
- j) szépségtudományi célú vizsgálat vagy beavatkozás,
- k) szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, láttelep céljából történő vizsgálat vagy ellátás,
- l) védőoltásokkal kapcsolatos ellátások,
- m) nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások,
- n) látásjavító szemészeti műtét.

26. Nem biztosítási esemény az évi négy igénybevételt meghaladó további ellátás az alábbi egészségügyi szakterületeken egyenként

- a) a 6. I. pont szerinti járóbeteg szakellátás,
- b) a 6. II. pont szerinti labor diagnosztika, valamint
- c) a 6. III. pont szerinti képalkotó diagnosztika.

27. Nem biztosítási esemény a 6. IV. pont szerinti nagy értékű diagnosztikai ellátás évi két igénybevételt meghaladó további igénybevétele.

28. Azt, hogy a biztosító mely további esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

ADATKEZELÉS

29. A biztosító a szolgáltatás teljesítése érdekében ellátásszervezőt vesz igénybe, aki jogosult további alvállalkozókat is bevonni. Az ellátásszervező és alvállalkozói az egészségi adatok kezelése során a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként járnak el.

30. A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat aláírásával tudomásul vette, hogy a jelen kiegészítő fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezeli és – meghatározott gya-

korissággal – az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja.

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.

31. A szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat aláírásával tudomásul veszi, 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 továbbítja a biztosított alábbi adatait:

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

32. A szerződő és a biztosított kérésére az ellátásszervező tájékoztatást ad azon egészségügyi szolgáltatók személyéről, akik a szolgáltatásban közreműködtek.

33. A szolgáltatás teljesítése érdekében a biztosító a biztosított által feltett kérdéseket továbbítja az ellátásszervező részére, és a kérdésekre adott válaszokat az ellátásszervező a biztosított által megadott e-mail címre vagy postai címre küldi meg.

Biztosított tudomásul veszi, hogy ha az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő átadását megtagadja, az igénybe vett szolgáltatás díját saját maga köteles kifizetni.

ELTÉRÉS A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ÉS A KORÁBBI SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL

34. 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 biztosítási fedezet megszűnik a szerződésnek a biztosított 64. életéve betöltését követő évfordulóján,
- f) a fedezet nem kizárólag az alapbiztosítással együtt jöhet létre,
- g) ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőjében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti,
- h) a fedezet a szerződés tartama alatt csak az évfordulóval jöhet létre,
- i) a biztosított várandóssága esetén elvégzendő orvosi vizsgálatok köre pontosításra került,
- j) várandósság alatt, tehesgondozás keretében végzett önálló laboratóriumi vizsgálat a jelen szerződési feltételek szerint nem vehető igénybe,
- k) a járóbeteg ellátás kiterjed egy fájdalomcsillapító injekció egyszeri alkalommal történő, nem kúraszerű, kezelésnek nem minősülő beadására, amennyiben az orvosszakmai szempontból indokolt,
- l) szolgáltatások abban az esetben vehetők igénybe, ha a kiegészítő fedezet költségére az egységszámla értéke fedezetet nyújtott, így a költség levonásra került.

Budapest, 2021. július 1.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság,

Cg. 01-10-041356

RÁKDIAGNOSZTIKÁRA ÉS ORVOSI BETEGVEZETÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (729111)

Különös Szerződési Feltételei

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

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

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

2. A **közlési és változásbejelentési kötelezettség** tekintetében az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben foglalt, a biztosítóra vonatkozó szabályok a szolgáltatóra is érvényesek. A közölt adatokat a szolgáltató is jogosult ellenőrizni.

FOGALMAK

3. **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 biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja.

A biztosítóval szerződött szolgáltató adatai:

ONKOMPLEX Rákdiagnosztika 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 tulaj-

doni formától és fenntartótól függetlenül, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, vagy jogi személy.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

4. 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 elrendelésére a kockázatviselési időszakban, a fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül fellépett bármilyen daganat 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 eredmények (képalkotó-, vagy szűrővizsgálat, endoszkópos vizsgálat, szövettani-, vagy cytológiai vizsgálat, emelkedett labor paraméterek/tumor marker szintek) alapján lehet következtetni.
 - b) bőrgyógyászati daganatok esetében a biztosítottnál a rosszindulatú daganatot bőrgyógyász szakorvos diagnosztizálta és a rosszindulatú betegség vonatkozásában további kivizsgálást javasol.

Előzménynek tekintendő az ajánlattétel előtt már meglévő olyan betegség, vagy elváltozás, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésbe hozható.

5. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a 4. pontban meghatározott orvos általi további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálat előírásának időpontja.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

6. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött szolgáltató által szervezett és lebonyolított – szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak.

A kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt első 4 hónapban:

Szöbeli tanácsadás

A biztosítási eseménynek a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét követő első 4 hónapban történő bekövetkezése

esetén a szolgáltató szóbeli tanácsadás szolgáltatást nyújt a biztosítottnak. 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 segítségével állapotfelmérő konzultációt tart a biztosítottal, melynek keretében belgyógyászati és/vagy onkológiai vizsgálatot végez.

II. Komplex és vezetett daganat diagnosztika

A biztosító a szolgáltató útján vállalja

- az adott daganat típusban szakmailag indokolt legkorábbi 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
- a jelen 6. 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.

- 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.
- 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).
- Az orvos szakmailag indokolt diagnosztikus vizsgálatok megszervezését követően megszervezi a terápiás stratégia, illetve kezelési javaslat kialakításához szükséges szakterületi egyeztetéseket, továbbá lehetőséget ad a biztosítottak 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 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.
- 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 kísérőt 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.

7. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt esetekben túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a műtétet, sebészeti beavatkozást igénylő mintavétel költségeire (különösen laparotomia, mediastinoscopia, VATS, agyi biopszia, vese eltávolítás, here eltávolítás, abrasio stb).

8. A 6. 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

9. A 6. pontban szereplő biztosítási szolgáltatásokat a biztosító összefutás nélkül teljesíti.

10. A 6. pont szerinti szolgáltatások kizárólag a szolgáltató közreműködésével vehetők igénybe.

A biztosító a szolgáltatásokat a szolgáltatóval egyeztetett időpontban nyújtja a biztosítottnak.

11. 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.

12. A biztosított a kiegészítő biztosítási fedezet alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.

13. A biztosítási szolgáltatás – kivéve a 6. IV. pontban meghatározott Klinikai kutatási programban való részvétel elősegítése szolgáltatást – kizárólag Magyarországon vehető igénybe.

14. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkeztenek napja.

A BIZTOSÍTOTT BELÉPÉSI KORA

15. A biztosított belépési kora a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttékor 18-70 év lehet.

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 a Gondoskodás Program szerződés szerződőjét.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- a Gondoskodás Program 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 Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatását kéri:

- a) orvosi-, szakorvosi beutaló vagy javaslat a 6. 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 a 6. pont szerinti szolgáltatások nyújtását azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGVÁLTOZTATÁSA

20. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeitől eltérően a szerződőnek a kiegészítő biztosítási fedezet tartama alatt nincs lehetősége a fedezet szolgáltatásának megváltoztatására.

21. Az alapbiztosítási szerződés tartama alatt a kiegészítő biztosítási 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, az Állampapír eszközalapban történő jóváírás formájában, a jóváírás napjára érvényes árfolyamon visszatéríti a szerződőnek. A költség eseti díjként kerül az egységszámlán jóváírásra.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGSZŰNÉSE

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

ADATKEZELÉS

24. A biztosító a szolgáltatás teljesítése érdekében külső szolgáltatót vesz igénybe, aki jogosult további alvállalkozókat is bevonni. A szolgáltatók az egészségi adatok kezelése során a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként járnak el.

25. A szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat aláírásával tudomásul vette, hogy a jelen kiegészítő biztosítási fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezeli és – meghatározott gyakorisággal – a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja.

Az adatok köre:

- szerződésszám,
- kiegészítő biztosítási 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 szolgáltatás teljesítése érdekében a szolgáltató a vele szerződött együttműködő partnerek számára továbbítja az alábbi adatokat:

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

26. Ha 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.

EGYÉB SZABÁLYOK

27. Tekintettel arra, hogy a kiegészítő biztosítási fedezet a fenti szolgáltatásokat foglalja magába, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások

Általános Szerződési Feltételeinek 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 biztosítási fedezetek költségeinek összege meghaladja a „B” jelű Kondíciós lista 5.3. pontjában foglalt költségszintet,
- d) a szerződőnek nincs módja a szolgáltatás mértékének a szerződés tartama alatt történő megváltoztatására,
- e) a kiegészítő biztosítási fedezet költségének – a „B” jelű Kondíciós lista 5.1 pontjában foglalt minimális havi költség változása következtében történő – emelése esetén a szolgáltatás nem emelkedik,
- f) a kiegészítő biztosítási fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás értékkeléssel 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 biztosítási 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 kiegészítő biztosítási fedezet tartamából eltelt idő szerint lépcsőzetes,
- c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
- d) a biztosított belépési kora 18-70 év lehet.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

30. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2020. április 10.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság, Cg. 01-10-041356