

TARTALOMJEGYZÉK

A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételei

1) Általános rendelkezések.....	2
2) Biztosítási esemény.....	2
3) Fogalmak.....	2
4) A biztosító szolgáltatása.....	3
5) A biztosítási díj felülvizsgálata és módosítása.....	3
6) A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok.....	3
7) A biztosító mentesülése.....	4
8) Kockázatkizárások.....	4
9) A biztosítási szerződés megszűnése.....	4
10) Egyéb rendelkezések.....	5
1. számú melléklet: A baleseti eredetű maradandó funkció károsodás fokának megállapítása.....	6
2. számú melléklet: A műtétek és beavatkozások besorolása (kivonat).....	7

A Likviditás Plusz Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei

1) Általános rendelkezések.....	8
2) Biztosítási esemény.....	8
3) Fogalmak.....	9
4) Szerződés létrejötte.....	10
5) A biztosítás tartama.....	10
6) A biztosító szolgáltatása.....	10
7) Várakozási idő.....	10
8) Díjfizetés.....	11
9) A biztosítási díj átváltása befektetési egységre (allokáció) és a fenntartási díj érvényesítése.....	11
10) Felhalmozási befektetési egységek visszavásárlása.....	11
11) Az eszközalapok létrehozása, korlátozása, megszüntetése, valamint a befektetési politika módosítása.....	11
12) Befektetési egységek felosztása és összevonása.....	11
13) Eszközalap-váltás.....	12
14) Szabad felhasználású eseti biztosítási díjak átirányítása.....	12
15) A biztosítás megszűnése.....	12
16) El nem számolt, szerződést terhelő költségek érvényesítése.....	12
17) Kockázatkizárások.....	13
18) A biztosító teljesítése.....	13
19) Egyéb rendelkezések.....	13
1. számú melléklet: Kondíciós lista.....	15
2. számú melléklet: A Különös feltételek 2) a) pontjában felsorolt rettegett betegségek definíciói.....	17
3. számú melléklet: A kárbejelentéshez szükséges adatok, dokumentumok.....	20

A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételei

1) Általános rendelkezések

- a) Jelen feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket – ellenkező kikötés hiányában – a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1., továbbiakban: biztosító) baleset- és egészségbiztosítási szerződéseire és biztosítási szerződéseinek baleset- és egészségbiztosítási kockázatot tartalmazó részeire (továbbiakban biztosítás) alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.
- b) A jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei az irányadók.
- c) A szerződés nyelve magyar.

2) Biztosítási esemény

A biztosított:

- balesetből, illetve betegségből eredő halála,
- balesetből eredő, az I. számú mellékletben részletezett módon megállapított maradandó funkció károsodása,
- balesetből vagy betegségből eredő folyamatos, megszakítás nélküli kórházi fekvőbeteg-ellátása, amennyiben az orvos által szükségesnek tartott,
- balesetből vagy betegségből eredően végrehajtott műtete, amennyiben az orvos által szükségesnek tartott.

3) Fogalmak

- a) **adminisztrációs és kötvényesítési költség:** a szerződés 10) b) pont szerinti 30 napos felmondása esetén az Általános Életbiztosítási Feltételek 22) j) pontja alapján a biztosító által a felmondási összegből felszámolt költség.
- b) **biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére, illetve egészségi állapotával kapcsolatban a biztosítás létrejön, és akit az ajánlatban biztosítottként neveztek meg. A szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, ha a szerződést nem ő köti meg. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben a kedvezményezettnek a biztosítottat vagy örökösét kell tekinteni, aki – a csoportos biztosítás esetét kivéve – a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket. A biztosított a szerződő beleegyezésével a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor a szerződő helyébe léphet, ehhez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződőt megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át. A biztosított szerződésbe (szerződői pozícióba) lépése esetén a folyó biztosítási időszakban az esedékessé vált biztosítási díjak megfizetéséért a szerződő és a biztosított egyetemlegesen felel. A szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződőnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülő köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása is szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozati tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe lép.
- c) **kórház:** az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott, fekvőbeteg-ellátást nyújtó kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és felügyelet alatt állnak. Jelen feltételek alapján nem minősülnek kórháznak – még akkor sem, ha azok kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézmények, az idült és gyógyíthatatlan betegségben szenvedők számára fenntartott gyógy- és gondozóintézetek, szociális otthonok, geriátriai krónikus intézetek, ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.
- d) **műtét:** minden olyan, orvos által a mindenkori orvosszakmai szabályoknak megfelelően végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás céljából hajtottak végre, és amelynél a beavatkozást végző orvos és intézménye a szükséges hatályos, érvényes engedélyekkel rendelkezik. A biztosító a műtéteket, beavatkozásokat a biztosítási szolgáltatás szempontjából öt – kis, közepes, nagy, kiemelt, kizárt műtétek – kategóriába sorolja be. Jelen feltételek 2. számú melléklete tartalmaz egy tájékoztató listát az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról. **A biztosító részletes műtéti listája alapján a biztosító orvosa állapítja meg az adott műtét besorolási kategóriáját.** Amennyiben az adott műtét nem szerepel a biztosító részletes műtéti listájában, és ugyanott kizárásra sem kerül, úgy az adott műtét műtéti besorolása – a műtét jellege és súlyossága alapján – a biztosító orvosának joga. A műtétek WHO kódok szerinti besorolásának részletes listája a biztosítónál tekinthető meg. A biztosító a műtétek kategóriákba sorolását naptári évenként egy alkalommal, legkésőbb május 31-ig felülvizsgálja és a listát a vizsgálatot követően módosítja vagy változatlan tartalommal érvényben hagyja. A módosítások a hatályba lépés

dátumától kezdődően valamennyi, érvényben lévő szerződésre vonatkoznak. A mindenkor aktuális műtéti lista kivonatát (2. számú melléklet) a biztosító a webhelyén (www.cigpannonia.hu) teszi közzé.

4) A biztosító szolgáltatása

- a) A biztosító a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén haláleseti, baleseti eredetű maradandó funkció károsodási, baleseti vagy betegségi eredetű kórházi ápolási napi térítést, vagy műtéti térítést, vagy díjfizetés átvállalási szolgáltatást nyújt, illetve a különös feltételekben meghatározott betegségek esetén a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére. A biztosító szolgáltatását a kiegészítő biztosításra vonatkozó különös feltételek határozzák meg.
- b) A biztosító egyösszegű szolgáltatását az arra jogosult a kiegészítő biztosításra vonatkozó különös feltételek alapján egy összegben, járadék formájában, vagy a kettő kombinációjaként kérheti. A járadék fizetése a szolgáltatásra jogosult és a biztosító között ebből a célból létrejövő biztosítási szerződés alapján történik.
- c) A biztosító a szolgáltatását a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül teljesíti.
- d) A biztosító a jelen feltételekre hivatkozással megkötött biztosítási szerződésekben a szerződő által választható biztosítási összegekre korlátozásokat állapíthat meg. Ezeket az egyes biztosításokra vonatkozó különös feltételek tartalmazzák.
- e) Az esedékessé vált, de be nem fizetett biztosítási díjak, valamint a kötvénykölcsön után fennálló tartozások összegét a biztosító a kifizetéséből levonja.
- f) A biztosító szolgáltatásának teljesítése az arra jogosult által megjelölt módon bankszámlára, vagy postai címre történő utalással történik a szerződés devizanemében.
- g) **Forint alapú biztosítás esetén a biztosító csak a legalább 1000 forintot elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Euró alapú biztosítás esetén a biztosító csak a legalább 5 eurót elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Amennyiben a kifizetés összege ez alatt marad, úgy a biztosító a kifizetéstől eltekint, kifizetést nem teljesít, illetve amennyiben a kifizetés alapját képező esemény miatt a szerződés megszűnik, úgy ebben az esetben a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg.**

5) A biztosítási díj felülvizsgálata és módosítása

- a) A biztosítási események bekövetkezése valószínűségének változása miatt a biztosító jogosult a szerződés felülvizsgálatára és az évforduló után esedékessé váló fizetendő biztosítási díj módosítására.
- b) A biztosító a díj módosítási szándékáról legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 45 nappal értesíti a szerződőt. Ha a szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig nem nyilatkozik írásban a díj módosításával kapcsolatban, úgy a szerződés díja a módosítási javaslatnak megfelelően változik. Ha a szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig a módosító javaslatot írásban elutasítja, kérheti a biztosítási összeg módosítását a díj változatlanul hagyása mellett, illetve a biztosítási évforduló előtti 30. napig a szerződést írásban felmondhatja.

6) A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- a) A biztosított életben léte esetén a biztosító teljesítésének feltétele, hogy a biztosított a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges körülményekre vonatkozóan felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyknél kezelték és felhatalmazza a biztosított, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszerezze, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.
- b) Kárbiztosítás esetén a szerződő és a biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.
- c) A szerződő és a biztosított a biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. Ennek megfelelően a betegség első orvosi diagnózisát követően, illetve balesetet követően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás végéig folytatni kell. Továbbá gondoskodnia kell a megfelelő ápolásról és törekednie kell a további biztosítási esemény lehetőség szerinti elhárítására, illetve a bekövetkezett károk enyhítésére. A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a biztosított terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre. **Ha a biztosított a kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget és emiatt a biztosított állapota súlyosbodott, a biztosító mentesül az ilyen jellegű állapot súlyosbodásából eredő szolgáltatási kötelezettség alól.** Ha az egészségbiztosítást kárbiztosításként kötötték, akkor a kárenyhítési kötelezettség szabályainak alkalmazása során nem tekinthető a biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az öt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.
- d) A biztosított hozzájárul, hogy vitás esetekben a szolgáltatási igény elbírálása érdekében a biztosító az általa megbízott orvosokkal vizsgálatot végeztessen.
- e) A biztosító a szolgáltatásának teljesítéséhez az Általános Életbiztosítási Feltételek A biztosító teljesítéséhez

szükséges iratok elnevezésű pontjában felsorolt iratokat kérheti. Azon iratok beszerzési költségei, amelyek a bekérhető iratok listájában szerepelnek, s a biztosító a káresemény tisztázásához bekéri őket, a kedvezményezettet terhelik. Egyes különös szerződési feltételek a biztosító teljesítéséhez egyéb iratok benyújtását is előírhatja, melyek beszerzési költségei szintén a kedvezményezettet terhelik.

7) A biztosító mentesülése

A biztosító mentesül a feltételszerű biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény:

- a) a szerződő, a biztosított, a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk vagy a kedvezményezett szándékos, súlyosan gondatlan vagy jogellenes magatartásával összefüggésben következett be;
- b) a szerződéskötést követő 2 éven belüli öngyilkossággal, öncsonkítással vagy annak kísérletével függ össze, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be.

8) Kockázatkizárások

A biztosító kockázatviselése – amennyiben a Különös Feltételek vagy a biztosítási szerződés másként nem rendelkezik – nem terjed ki az Általános Életbiztosítási Feltételek Kockázatkizárások elnevezésű pontjában felsorolt esetekre, valamint az alábbi esetekre:

- a) az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve a balesetből eredő biztosítási eseményre szóló szolgáltatásokat akkor, ha az indítóok biztosítási esemény;
- b) a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre, ha indítóokuk nem biztosítási esemény;
- c) mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- d) kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal és kórházi ápolással, valamint az orvosilag nem indokolt műtétekkel, kórházi ápolásokkal és gyógyító eljárásokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- e) ha a biztosítási esemény nem orvosi szakvégzettségű egyén általi kezeléssel összefüggésben következett be;
- f) ha a biztosított későn fordult orvoshoz, és ezért az elváltozást már gyógyszeres kezeléssel nem, csak műtéttel lehetett befolyásolni, vagy kórházi ápolásra szorult;
- g) a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, ideértve a teszttúrákat és a rally és motorcsónak-versenyeket is, amennyiben a biztosított a rendezés szabályait nem betartva figyelte az eseményt;
- h) az országos és nemzetközi síugró, bob, síbob versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre, amennyiben a biztosított a rendezés szabályait nem betartva figyelte az eseményt;
- i) a betegség, mint elsődleges ok miatt bekövetkező halálos balesetekre;
- j) a biztosított bármely hivatásosként végzett sporttevékenységével és a következő akár szabadidős sporttevékenységével összefüggő eseményekre: búvárkodás, félkezes, illetve nyílt tengeren vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászás, barlang expedíció, bungee jumping, bázisugrás, műugrás;
- k) bányászati tevékenységgel, robbanószerkekkel, robbantószerkezetekkel folytatott tevékenységgel összefüggésben, illetve a következő foglalkozások körében bekövetkezett biztosítási események: robbantómester, cirkuszművész, ipari alpinista, épületek homlokzatának tisztító, tűzszerész, állatkerti gondozó, ragadozó állatokat tartó, bármely védelmi alakulat különleges egységei (kommandósok is), ács, magasfeszültségű dolgozó villanyszerelő;
- l) a biztosított azon baleseti műtéte, amely ficam műtéti megoldása vagy az ízületek csőtükrözéssel végzett diagnosztikus és terápiás beavatkozása, vagy a funkció szempontjából meghatározó anatómiai képleteket nem érintő lágyrész sérülések műtéti megoldása, illetve olyan ortopéd jellegű műtéti beavatkozás, melynek elvégzésére az adott baleset hívta fel a figyelmet;
- m) a biztosítási eseményt előidéző betegség diagnosztizálása előtt, illetve az adott baleset előtt bármely okból már sérült, csonka vagy funkciójában korlátozott testrészek a biztosításból ki vannak zárva;
- n) a bordatöréssel, kéz- és láb-ujjpercek törésével járó balesetekre.

9) A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) a biztosított halála esetén a biztosító szolgáltatásának kifizetésével a különös feltételekben meghatározott esetekben,
- b) a biztosított 100%-os baleseti eredetű maradandó funkció károsodása esetén, illetve ha a biztosított részleges, maradandó funkció károsodásainak összértéke eléri a 100%-ot, a biztosító szolgáltatásának kifizetésével,
- c) a biztosított különös feltételekben meghatározott betegségének diagnosztizálása esetén, a különös feltételekben meghatározott esetekben,

- d) határozott tartamú biztosítás esetén a tartam lejártával, amennyiben nem került sor a tartam meghosszabbítására,
- e) a díjesedékességet követő 90 nap elteltével, ha a szerződő felszólítás ellenére sem fizette meg az esedékes biztosítási díjat,
- f) a közlési, illetve a változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén, amennyiben a szerződést a biztosító felmondja,
- g) a szerződés 10) b) pontja szerinti felmondása esetén.
- h) amennyiben a szerződő a biztosítónak – a szerződést érintő lényeges körülményekről való utólagos tudomás-szerzésére, illetve a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változásáról történő tájékoztatásra figyelemmel – a szerződés módosítására tett javaslatát nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol.

A határozatlan időre kötött kárbiztosítási szerződést a felek írásban, a biztosítási időszak végére, 30 napos felmondási határidővel felmondhatják. A szerződő fél felmondása esetén a biztosító követelheti annak a díjengedménynek a megfizetését, amelyet a szerződés hosszabb tartamára tekintettel nyújtott.

Az egészségbiztosítást a biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg.

10) Egyéb rendelkezések

- a) A jelen feltételekre hivatkozással megkötött baleset- és egészségbiztosítási szerződés maradékjoggal, többlethozammal és többlethozam visszatérítéssel nem rendelkezik, visszavásárolni nem lehet, díjmentes leszállításra nincs lehetőség, a biztosító kötvénykölcsonnt nem nyújt, nyereségrészesedésre nem jogosít.
- b) Az önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül a biztosítási szerződést megkötő természetes személy szerződő az Általános Életbiztosítási Feltételek A szerződés létrejötté elnevezésű pontjában meghatározott tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a hat hónapot meghaladó tartamú életbiztosítási szerződéshez kötött kiegészítő biztosítást, amelyet jelen feltételekre hivatkozással kötött, írásbeli nyilatkozással – indoklás nélkül – felmondhatja abban az esetben, ha a kiegészítő biztosítás megkötésére a főbiztosítással egyidejűleg került sor. E felmondási jog a szerződőt nem illeti meg hitelfedezeti életbiztosítás esetén. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.
- c) A jelen feltételekre hivatkozással megkötött baleset- és egészségbiztosítási szerződés vonatkozásában a szerződőnek eseti díj fizetésére nincs lehetősége.
- d) Amennyiben a jelen Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekre való hivatkozással kötött kiegészítő biztosítást egy már érvényben lévő főbiztosítás biztosítási évfordulójára kötik meg, úgy a kiegészítő biztosítás díja – mind az első, mind a további rendszeres díj – a főbiztosítás esedékes díjával együtt fizetendő.

I. számú melléklet: A baleseti eredetű maradandó funkció károsodás fokának megállapítása

- 1) A baleseti eredetű maradandó funkció károsodás fokát a biztosító orvosa állapítja meg az alábbi táblázat figyelembe vételével. A biztosító orvosának döntése független az illetékes társadalombiztosítási szerv maradandó funkció károsodás mértékére vonatkozó megállapításától, amely tehát nem az össz-szervezeti egészségkárosodás, hanem a lényeges funkciókárosodás mértékét tekinti irányadónak.
- 2) Ha a maradandó funkció károsodás foka a táblázat alapján nem állapítható meg, azt a biztosító orvosa határozza meg.
- 3) Az egy balesetből fakadó különböző sérülések esetén az azok alapján megállapított maradandó funkció károsodási fokok összeadódnak. **Egy biztosított vonatkozásában a biztosító legfeljebb a baleseti eredetű, legfeljebb 100%-os maradandó funkció károsodásnak megfelelő szolgáltatást teljesíti.**
- 4) Amennyiben a maradandó funkció károsodás foka véglegesen nem állapítható meg, úgy a biztosító az adott időpontban rendelkezésre álló információk alapján állapítja meg a maradandó funkció károsodás fokát és az alapján teljesíti a szolgáltatást. A maradandó funkció károsodás fokának végleges mértékét legkésőbb a maradandó funkció károsodást előidéző baleset bekövetkezését követő második év végéig, az akkor rendelkezésre álló információk alapján határozza meg a biztosító orvosa és a biztosító ez alapján teljesít szolgáltatást. Amennyiben a maradandó funkció károsodás végleges mértéke ezt az értéket meghaladja, a biztosító az ebből fakadó szolgáltatás különbözetet teljesíti.

Testrészek károsodása	Maradandó funkció károsodás foka
Egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik felső végtag könyökízület feletti teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik felső végtag könyökízület alatti teljes elvesztése vagy működésképtelensége, vagy egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
A domináns felső végtagot ért csonkolás további	5%
Egyik alsó végtag combközép feletti teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
Egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik alsó végtag lábszárközépig való teljes elvesztése	50%
Egyik lábfej boka szintjében való teljes elvesztése	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése	2%
Mindkét szem teljes látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem teljes látóképességének teljes elvesztése, ha a másik szem ép	40%
Ha a másik szem látóképességét a biztosítás életbelépése előtt már elvesztette	60%
Mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének elvesztése	15%
Amennyiben a másik fül hallóképességét a biztosítás előtt már elvesztette	45%
Beszélőképesség teljes elvesztése	60%
Beszédértési készség teljes elvesztése	60%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Ízlelőképesség teljes elvesztése	5%

2. számú melléklet: A műtétek és beavatkozások besorolása (kivonat)

Ez a melléklet a teljes körű műtéti lista kivonata. A biztosító részletes műtéti listája alapján a biztosító orvosa állapítja meg az adott műtét besorolási kategóriáját. A műtétek részletes listája a biztosítónál tekinthető meg.

A biztosításból kizárt műtétek:

- A nemzőképességet megszüntető (sterilizációs) műtétek
- Kozmetikai és plasztikai műtétek
- Magzaton végzett műtéti beavatkozások
- Mesterséges megtermékenyítés, illetve művi terhességmegszakítás különböző formáival kapcsolatos beavatkozások
- A biztosított veleszületett rendellenességével, illetve a születés körüli időszakban szerzett betegségekkel, állapotokkal, károsodásokkal összefüggő műtétek
- Halasztott műtétek, melyek szükségessége a kockázatviselés kezdete előtt már megállapítható volt, s a műtét szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett
- Elektromos ingerületkeltő készülékek testbe történő beépítése (implantációja) – például pacemaker
- Artroszkópos (ízületi csőtükrözéses) porc eltávolítás, szalagplasztika, szalagpótlás, ízületi tok bemetszés
- Bőrhegek, bőr idegentestek, ganglionok eltávolítása
- Nyaki borda eltávolítása
- Végtagi visszérműtétek
- Habitualis és inveterált ízületi ficamok helyreállítása
- Bűtyök, kalapácsujj műtéte
- Veleszületett csípőficam fedett repozíciója
- Korábbi műtét során behelyezett, vagy baleset során szerzett fémanyag eltávolítása

Kis műtétek (4):

- Járomcsont törés nyílt repozíciója
- Combfej megtartó nyomás csökkentő műtét
- Tűződrótos rögzítés
- Petefészek eltávolítása laparoscoppal
- Végbél sipoly műtéti kiirtása
- Endoscopos arcüregműtét
- Arthrodesis, csavarozás
- Achilles tenotomia
- M abductor pollicis in incisioja (De Quervain kontraktura)
- Aranyér műtét
- Flexor ín varrat kézen
- Repositio, csípő műtéti

Közepes műtétek (3):

- Csipőlapát törés rögzítése (lemez, csavar)
- Combfej resectio
- KFI lemezelés
- DHS synthesis
- Ender szegezés
- Achilles ín szakadás utáni teljes rekonstrukció
- Teljes térdkalács eltávolítás
- Coronaria angioplastica
- Hiatus hernia rekonstrukció
- Hysterectomia uteri
- Üvegtest csere

Nagy műtétek (2):

- Duraplastica (cranialis) autolog
- Intracerebralis haematoma eltávolítása
- Osteomyelitises koponyacsont resectio
- Laryngectomia totális
- Bypass a coronarian és/vagy ágain
- Intracranialis percutan transluminális angioplastica
- Könyökprotézis beültetés
- Colectomia
- Gyomor műtéti eltávolítása

Kiemelt műtétek (1):

- Veseátültetés élőből
- Fixateur interne alkalmazása
- Spondylodesis-PLIF
- Térdprotézis beültetés, total
- Rupturált aneurysma korrekciója
- Resectio apicis pulmonis
- Belső hallójárat feltárása a középső scalán át
- Transcranialis orbita feltárás
- Janetta műtét (agyideg decompressio)
- Gerinctörés csontfragm.kiem., decompr.laminectomia
- Frontobasalis sérülés ellátása
- Impressiók koponyatörés ellátása
- Szív-, tüdő- és májátültetés

A Likviditás Plusz Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei

1) Általános rendelkezések

A Likviditás Plusz Kiegészítő Biztosítás (továbbiakban: biztosítás) jelen Különös Feltételek, a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei, a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételei szerint jön létre a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1., továbbiakban: biztosító) valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.

Amennyiben a Különös Feltételek bármely rendelkezése eltér az Általános Életbiztosítási Feltételekben, illetve az Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekben foglaltaktól, úgy a jelen Különös Feltételek rendelkezései az irányadók.

2) Biztosítási esemény

- a) A biztosítottnál (biztosítotton) a biztosítási tartamon belül:
- rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása,
 - szívinfarktus diagnosztizálása,
 - szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét végrehajtása,
 - stroke (maradandó agykárosodások) diagnosztizálása,
 - krónikus veseelégtelenség diagnosztizálása,
 - létfontosságú szerv átültetése,
 - látóképesség teljes elvesztésének (vakág) diagnosztizálása,
 - súlyos égési sérülés diagnosztizálása,
 - az ún. négy „alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálása,
 - sclerosis multiplex diagnosztizálása,
 - vértranszfúzióból származó AIDS- (HIV-) betegség diagnosztizálása,
 - végtag amputálása,
 - Alzheimer-kór diagnosztizálása,
 - angioplasztika végrehajtása,
 - aortaműtét végrehajtása,
 - vérszegénység (aplasztikus anémia) diagnosztizálása,
 - jóindulatú agydaganat diagnosztizálása,
 - súlyos koponyasérülés diagnosztizálása,
 - kóma diagnosztizálása,
 - hallóképesség teljes elvesztésének diagnosztizálása,
 - szívbillentyű cseréje,
 - beszédképesség teljes elvesztésének diagnosztizálása,
 - mozgató neuron betegség diagnosztizálása,
 - Parkinson-kór diagnosztizálása,
 - bénulás diagnosztizálása.

A fent felsorolt események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha a fent felsorolt esemény, valamint a fent felsorolt eseményhez vezető baleset vagy betegség a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be. Előzménynek az tekintendő, ha az ajánlattétel előtt olyan betegséget diagnosztizáltak, amelyre a fent felsorolt esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésben áll. Előzménynek tekintendő továbbá, ha a kockázatviselés kezdete előtt 3 hónapon belül olyan tünetet észleltek, illetve laboratóriumi vagy képalkotó vizsgálat olyan eredménnyel zárult, melynek alapján betegség kialakulását és/vagy fennállását feltételezve részletes kivizsgálást javasoltak, illetve kezdeményeztek, s e betegségre a fent felsorolt esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésben áll.

Műtéti beavatkozás végrehajtásával definiált, jelen pontban felsorolt események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha a kockázatviselés kezdetekor nem állt fenn az adott típusú beavatkozásra vonatkozó műtéti indikáció és/vagy műtéti előjegyzés.

A jelen pontban felsorolt rettegett betegségek definícióit a 2. számú melléklet tartalmazza.

A rettegett betegségekhez kapcsolódó biztosítási események bekövetkezésének időpontja a következő:

- szívinfarktus esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja,
- stroke (maradandó agykárosodások) esetén a betegség bekövetkezésének időpontját követő 90 nap letelte, feltéve, hogy a maradandó idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellépését követő 90 nap után is egyértelműen kimutathatók,
- krónikus veseelégtelenség fellépése esetén a dialíziskezelés megkezdése utáni 60 nap letelte, feltéve, hogy a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul,
- súlyos koponyasérülés esetén a sérülés bekövetkezésének időpontját követő 6 hét letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet súlyos koponyasérülésre vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a sérülés bekövetkezésének időpontját követő 6 hét elteltével is fennállnak,

- Alzheimer-kór esetén a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 6 hónap letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet Alzheimer-kórra vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 6 hónap elteltével is fennállnak,
- jóindulatú agydaganat esetén a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 6 hónap letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet jóindulatú agydaganatra vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 6 hónap elteltével is fennállnak,
- kóma esetén a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 30 nap letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet kómára vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 30 nap elteltével is fennállnak,
- mozgó neuron betegség esetén a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 3 hónap letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet mozgó neuron betegségekre vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 3 hónap elteltével is fennállnak,
- Parkinson-kór esetén a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 6 hónap letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet Parkinson-kórra vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 6 hónap elteltével is fennállnak,
- bénulás esetén a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 3 hónap letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet bénulásra vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 3 hónap elteltével is fennállnak,
- minden más esetben a rettegett betegséghez kapcsolódó műtét, illetve diagnosztizálás időpontja.

3) Fogalmak

Az alábbi fogalmak meghatározása a főbiztosítás Különös Feltételeiben található: **befektetési egység árfolyama, díj beazonosítása, díjjóváírás, értékelési nap, eszközalapokat terhelő levonások.**

- átalányköltség:** mindazon szolgáltatásokért, melyeket jelen Különös Feltételekben és mellékleteiben nem részletezett a biztosító, de a szerződő kérésére végrehajtja, a biztosító jogosult egyszeri átalányköltséget felszámítani, melynek szerződéskötéskori mértékét az I. számú melléklet II. pontja tartalmazza. Az átalányköltséget a biztosító a felhalmozási befektetési egységek számának csökkentésével fedezi. Amennyiben a felhalmozási befektetési egységek aktuális értéke nem éri el az átalányköltség mértékét, a biztosító azt a 16) pont szerint el nem számolt, szerződést terhelő költségként kezeli.
- biztosítási összeg:** a biztosító rettegett betegség szolgáltatásának értéke. Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összegei az I. számú melléklet 3. pontjában találhatók.
- biztosított:** az a természetes személy, akinek az egészségi állapotára a szerződés létrejön. Jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja megegyezik a főbiztosítás mindenkorai biztosítottjával. Jelen kiegészítő biztosításnak egy biztosítottja lehet.
- biztosított belépési kora:** az adott biztosítottra vonatkozóan a főbiztosítás kockázatviselés kezdetének éve és a biztosított születési évének különbsége.
- biztosított aktuális kora:** a biztosított belépési kora a biztosított főbiztosításba történő belépését követően a főbiztosítás minden biztosítási évfordulóján eggyel nő.
- díjfizetési időszak:** az az időszak, amely során a szerződő a fenntartási díj fizetését vállalja. A díjfizetési időszak a kockázatviselés kezdetétől a kiegészítő biztosítás megszűnéséig tart.
- díjtartalék:** a befizetett szabad felhasználású eseti díjakból és elért befektetési hozamokból a biztosításban vállalt kötelezettségek teljesítésére a biztosító által szerződésenként a hatályos jogszabályoknak megfelelően tartalékolt összeg. A biztosító a díjtartalékot szerződésenként nyilvántartja és a szerződő által meghatározott arányban, a szerződő által választott befektetési eszközalapokba fekteti. A díjtartalék, valamint az annak befektetéséből származó befektetési hozam képezi a fedezetét a mindenkorai visszavásárlási összegnek és részleges visszavásárlási összegnek.
- egyéni számla:** a biztosító valamennyi szerződő számára szerződésenként egyéni számlát hoz létre, amelyen a biztosítási díj ellenében képzett befektetési egységeket nyilvántartja. A biztosító az egyéni számlán nyilvántartott befektetési egységek számát 5 tizedesjegyre kerekítve határozza meg.
- eszközalap:** a biztosító a díjtartalék befektetésére eszközalapokat hoz létre. Az eszközalap befektetési egységekből áll, amelyek ára az eszközalapokban található befektetési eszközök árának alakulásától függ. **A szabad felhasználású eseti biztosítási díj befektetéséhez választható eszközalapok listáját, s az eszközalapok befektetési politikáját a főbiztosítás Különös Feltételeinek 2. számú melléklete tartalmazza.**
- felhalmozási befektetési egység:** egy adott eszközalap által megtestesített befektetési eszközökben történő egységnyi, arányos részesedést kifejező, szabad felhasználású eseti biztosítási díjból képzett elszámolási egység.
- fenntartási díj:** a díjfizetési időszak során a kockázatviselés kezdetekor, ezt követően a főbiztosítás minden biztosítási évfordulóján fizetendő biztosítási díj. A fenntartási díj a biztosítási szerződés fenntartási költségein túl tartalmazza a rettegett betegségekhez kapcsolódó biztosítási szolgáltatás kockázati díját is. A fenntartási díj nem kerül befektetésre. A fenntartási díj mértékét az I. számú melléklet 4. pontja tartalmazza.

- l) **főbiztosítás:** az az önállóan is megköthető biztosítás, amelynek megkötése és hatályban tartása a jelen kiegészítő biztosítás elengedhetetlen feltétele.
- m) **kedvezményezett:** a rettegett betegség szolgáltatásra a biztosított jogosult.
- n) **kezelési díj:** a biztosító vagyongazdálkodással kapcsolatos folyamatos költségeinek fedezésére szolgáló költség, mely a biztosítás teljes tartama alatt eszközalaponként kerül elvonásra a szabad felhasználású eseti biztosítási díjakból képzett felhalmozási befektetési egységekből. A biztosító a kockázatviselés kezdetét követően minden hónapfordulón, a befektetési egységek számának csökkentésén keresztül vonja el előre a következő hónapra jutó kezelési díjat. Az esedékes kezelési díj elvonása során levont egységek darabszámát a matematikai szabályok szerint öt tizedesjegyre kerekítve határozza meg a biztosító. A kezelési díj mértéke eszközalaponként eltérő lehet. Mértéke a biztosítás tartama során évente egy alkalommal változhat, de nem lehet több, mint havi 0,25%. A kezelési díjat a biztosító abban az esetben növelheti, ha a szerződéssel kapcsolatos vagyongazdálkodási költségei emelkednek. A biztosító 15 nappal a megváltozott kezelési díj életbe lépése előtt levélben vagy webhelyén (www.cigpannonia.hu) közleményként tájékoztatja az ügyfeleit. A kezelési díj szerződéskötés időpontjában érvényes értékét az 1. számú melléklet 8. pontja tartalmazza.
- o) **kockázatviselés kezdete:** a biztosítás kockázatviselésének kezdete a jelen kiegészítő biztosításra fizetett első szabad felhasználású eseti biztosítási díj beazonosítását követő nap 0. órája. Az elsőként teljesített szabad felhasználású eseti biztosítási díj megfizetésének időpontjára nincs megkötés. Az első szabad felhasználású eseti biztosítási díj megfizetését követően a szerződésbe belépő új biztosított esetében a kockázatviselés kezdete megegyezik a főbiztosítás adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetével.
- p) **kockázatviselés vége:** az alábbiak közül a legkorábban bekövetkező esemény napja:
 - a biztosított halálának napja;
 - a jelen biztosítás vonatkozásában bejelentett harmadik olyan biztosítási esemény bekövetkezésének napja, melyre a biztosító a biztosítási összeg kifizetését teljesíti;
 - a biztosított életben léte esetén a főbiztosítás azon biztosítási évfordulója, amelyen a biztosított életkora eléri a 66 évet,
 - jelen kiegészítő biztosítás megszűnésének napja.
- q) **szabad felhasználású eseti biztosítási díj:** az a biztosítási díj, amelyet a szerződő a fenntartási díjon felül a biztosítás tartama alatt bármikor a szerződésre fizethet, és amely a szerződő által meghatározott arányban kerül befektetésre a szerződő által választott eszközalapokba. Az elsőként teljesített szabad felhasználású eseti biztosítási díj minimális értékét az 1. számú melléklet 2. pontja tartalmazza.
- r) **szerződő:** jelen kiegészítő biztosítás szerződője megegyezik a főbiztosítás mindenkor szerződőjével. Amennyiben a főbiztosítás vonatkozásában szerződőváltás történik, úgy az jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában is érvényes.

4) Szerződés létrejötte

Jelen kiegészítő biztosítási szerződés a főbiztosítás létrejöttével egy időben, automatikusan létrejön.

5) A biztosítás tartama

A biztosítási szerződés határozatlan tartamra jön létre, a főbiztosítás megszűnéséig tart.

6) A biztosító szolgáltatása

- a) A biztosító a 2) a) pontban rögzített biztosítási események bekövetkezésekor rettegett betegség szolgáltatást nyújt a kedvezményezett részére.
- b) A rettegett betegség szolgáltatás értéke a biztosított 2) a) pont szerint meghatározott napon aktuális korának megfelelő biztosítási összeg.
- c) **A biztosító az első három, egymástól függetlenül bekövetkező biztosítási esemény vonatkozásában teljesíti a rettegett betegség szolgáltatást. Két biztosítási esemény egymástól függetlennek tekinthető, ha a két biztosítási eseményhez vezető baleset vagy betegség különböző, továbbá a később bekövetkező baleset vagy betegség a korábbira nem visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésben nem áll.**
- d) A biztosító a biztosított 65 éves koráig teljesít rettegett betegség szolgáltatást.
- e) A biztosító a szolgáltatását egy összegben teljesíti.
- f) A biztosító a szolgáltatását a kifizetéshez szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 8 napon belül fizeti ki a kedvezményezett részére.

7) Várakozási idő

- a) A biztosító a rettegett betegségek szolgáltatás vonatkozásában a kockázatviselésének kezdetétől számított hat hónap várakozási időt köt ki.
- b) **Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időszak alatt következik be, a biztosító nem teljesít rettegett betegség szolgáltatást.**
- c) A biztosító eltekint a várakozási időtől, amennyiben a biztosítási esemény baleset miatt következik be.

8) Díjfizetés

- A szerződés díjfizetési gyakorisága rendszeres. A fenntartási díj először az elsőként teljesített szabad felhasználású eseti biztosítási díj megfizetésének időpontjában esedékes. Minden további fenntartási díj a főbiztosításnak az elsőként teljesített szabad felhasználású eseti biztosítási díj megfizetésének időpontját követő biztosítási évfordulóin esedékes.
- A fenntartási díj a díjfizetési időszak alatt, a kiegészítő biztosítás megszűnéséig fizetendő.
- A biztosító a fenntartási díjat a 9) b) pontban foglaltaknak megfelelően érvényesíti.**
- A szerződésre szabad felhasználású eseti biztosítási díj bármikor fizethető.

9) A biztosítási díj átváltása befektetési egységre (allokáció) és a fenntartási díj érvényesítése

A befizetett biztosítási díj az alábbiak szerint kerül allokálásra a szerződő által választott eszközalapba, illetve az eszközalapokból álló portfólióba

- A megfizetett, beazonosított biztosítási díjakat a biztosító a díjjóváírást megelőző értékelési napra vonatkozó árfolyamon befektetési egységre váltja a szabad felhasználású eseti befizetésekre vonatkozó eszközalapok közötti felosztási aránynak megfelelően. Amennyiben a szerződő ajánlattételkor nem ad meg a szabad felhasználású eseti díjakra vonatkozó eszközalapok közötti felosztási arányt, úgy a díj teljes egésze a Likviditási Pro Eszközalapba kerül befektetésre.
- A biztosító az így megképzett eseti befektetési egységekből fedezi az esedékessé vált fenntartási díjat – legkorábban a fenntartási díj esedékességének napján (ha ez nem értékelési napra esik, akkor a következő értékelési napon), illetve ha az előírt fenntartási díj összegére az eseti befektetési egységek értéke az esedékesség napján (ha ez nem értékelési napra esik, akkor a következő értékelési napon) nem nyújt elegendő fedezetet, akkor azon az értékelési napon, amikor a fedezet legkorábban rendelkezésre áll. Ennek során a biztosító annyival csökkenti a megvásárolt eseti befektetési egységek számát, hogy az ilyen módon levont eseti befektetési egységek értéke az esedékessé vált fenntartási díjjal legyen egyenlő. A fenntartási díj ilyen kiegyenlítése után az eseti díjak egyéni számláján fennmaradó összeget a biztosító a szabad felhasználású eseti befizetésekre vonatkozó rendelkezéseknek megfelelően kezeli.

Az esedékes fenntartási díj fentiek szerint történő rendezése után az eseti díjakból képzett felhalmozási befektetési egységek értékének eszközalapok közötti aránya nem változik az esedékes rendszeres díj rendezését megelőző állapothoz képest.

- A szerződés létrejötte előtt befizetett biztosítási díjak befektetési egységre váltása a szerződés létrejöttének napján, a szerződés létrejöttének napját megelőző értékelési napra vonatkozó árfolyamon történik.
- A befizetett biztosítási díj egy eszközalapba kerülő minimális aránya 5%.

10) Felhalmozási befektetési egységek visszavásárlása

- A szerződő egyéni számláján nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek a tartam alatt bármikor, részben vagy egészben visszavásárolhatók.
- A felhalmozási befektetési egységek (részleges) visszavásárlására a biztosítottnak a biztosítóhoz intézett írásbeli hozzájárulása mellett a szerződő jogosult.
- A (részleges) visszavásárlási összeg a visszavásárolt felhalmozási befektetési egységek aktuális értéke. A biztosító a (részleges) visszavásárlási összeget a (részleges) visszavásárlási kérelem biztosítóhoz történő beérkezésének időpontja alapján, a 19) i) pontban leírt módon határozza meg.
- A (részleges) visszavásárlási szolgáltatást a biztosító a kifizetéshez szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 8 napon belül teljesíti a szerződő részére.
- A felhalmozási befektetési egységek egészének vagy egy részének visszavásárlásával a biztosítás nem szűnik meg.**
- A (részleges) visszavásárlás költségét és a minimálisan részlegesen visszavásárolható összeget a mindenkor hatályos I. számú melléklet 7. pontja tartalmazza. A részleges visszavásárlás költségét a kifizetésre kerülő összegből vonja el a biztosító. Ha a részleges visszavásárlás költségét nem fedezi a visszavásárolni kívánt összeg, akkor a biztosító a kérelemben foglaltakat nem hajtja végre.
- Részleges visszavásárláskor a befektetési egységek értékének eszközalapok közötti aránya nem változik a részleges visszavásárlás után az azt megelőző állapothoz képest, ha a szerződő nem jelöli meg, mely eszközalapban lévő felhalmozási befektetési egységek terhére kéri a részleges visszavásárlást.

11) Az eszközalapok létrehozása, korlátozása, megszüntetése, valamint a befektetési politika módosítása

Jelen pont vonatkozásában a főbiztosítás rendelkezései az irányadók.

12) Befektetési egységek felosztása és összevonása

Jelen pont vonatkozásában a főbiztosítás rendelkezései az irányadók.

13) Eszközalap-váltás

- a) A szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor kérheti az egyéni számlán nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek értéke eszközalapok közötti arányának módosítását.
- b) A biztosító a kérelem biztosítóhoz történő beérkezésének időpontja alapján, a 19) i) pontban leírt módon hajtja végre az eszközalap-váltást. Az eszközalap-váltás díját az I. számú melléklet 5. pontja tartalmazza, amelyet a biztosító a felhalmozási befektetési egységek számának csökkentésével von el. Az eszközalap-váltás során az átváltott egységek aktuális értékének az eszközalap-váltási díjjal csökkentett értéke kerül átváltásra az új eszközalapokba.
- c) A szerződő a biztosítási ajánlat aláírásával egy időben, vagy később, a biztosítás tartama alatt bármikor kérheti a biztosító árfolyam-figyelési és automatikus eszközalap-váltási szolgáltatásának (Pannónia Navigátor) aktiválását. A biztosításhoz választható eszközalapok Pannónia Navigátor szolgáltatás szempontjából történő besorolását az I. számú melléklet 12. pontja tartalmazza. **Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a Pannónia Navigátor szolgáltatásnak a főbiztosítás Különös Feltételei 5. számú mellékletében található szerződési feltételei alkalmazandók az alábbi eltérésekkel:**
 - A Pannónia Navigátor szolgáltatás jelen kiegészítő biztosítás szabad felhasználású eseti biztosítási díjaiból képzett befektetési egységeire igényelhető.
 - A szolgáltatás igénylése és lemondása független a főbiztosításra vonatkozó igényléstől és lemondástól.
 - A Pannónia Navigátor szerződési feltételeiben a főbiztosításra, illetve a főbiztosítás Különös Feltételeinek egyes pontjaira utaló rendelkezések jelen kiegészítő biztosításra, illetve jelen Különös Feltételek megfelelő pontjaira értelemszerűen alkalmazandók.

14) Szabad felhasználású eseti biztosítási díjak átirányítása

- a) A szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor kérheti a jövőben fizetett szabad felhasználású eseti díjak eszközalapok közötti felosztási arányának módosítását.
- b) A biztosító a kérelem beérkezése után beazonosított biztosítási díjakat az új felosztási arány szerint fekteti be. Az átirányítás díját az I. számú melléklet 6. pontja tartalmazza. Az átirányítás költségét a biztosító a felhalmozási befektetési egységek számának csökkentésével fedezi úgy, hogy a szerződés aktuális értékének eszközalapok közötti megoszlása ne változzon. Ha a felhalmozási befektetési egységek aktuális értéke nem fedezi az átirányítás költségét, akkor a biztosító a kérelmet végrehajtja, és az átirányítás költségét a 16) pont szerint el nem számolt, szerződést terhelő költségként kezeli.

15) A biztosítás megszűnése

A biztosítás megszűnik az Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek 9) f) pontjában foglalt eseten kívül:

- a) a főbiztosítás bármely okú megszűnése esetén a felhalmozási befektetési egységek aktuális értékének kifizetésével;
- b) a főbiztosítás biztosítási évfordulójára történő, 19) k) pontban foglalt, szerződő általi felmondás esetén a felhalmozási befektetési egységek aktuális értékének kifizetésével.
- c) a nyugdíjbiztosítási célú módosításáról szóló záradékkal létrejött főbiztosítás olyan módosítása esetén, amikor a szerződésre a későbbiekben kizárólag a nyugdíjbiztosítási célú záradékkal nem módosított Különös Feltételek lesznek irányadóak. A Likviditás Plusz Kiegészítő Biztosítás a módosítás hatálybalépésének napján szűnik meg oly módon, hogy a szabad felhasználású eseti felhalmozási befektetési egységek aktuális értéke átváltásra kerül az átváltás időpontjában hatályos, a nyugdíjbiztosítási célú záradékkal nem módosított Különös Feltételek eseti díjra vonatkozó rendelkezései alapján.

16) El nem számolt, szerződést terhelő költségek érvényesítése

- a) A biztosító a fenntartási díjat, az eszközalap-váltás díját, a díjak átirányításának díját, az átalányköltséget, valamint a 19) a) és f) pontok szerinti költségeket a felhalmozási befektetési egységek számának csökkentésével fedezi. Ennek során a biztosító a felmerült költségek esedékességének napját megelőző értékelési napra vonatkozó árfolyam figyelembe vételével határozza meg az adott összegű költség érvényesítéséhez szükséges egységsszámot.
- b) Amennyiben a szerződő nem rendelkezik elegendő felhalmozási befektetési egységgel, úgy a biztosító a felmerült költségeket el nem számolt költségként elkülönítetten nyilvántartja, és érvényesíti az érvényesítés napját megelőző értékelési napra vonatkozó árfolyam figyelembe vételével, amint elegendő felhalmozási befektetési egység lesz az egyéni számlán.
- c) **Amennyiben a biztosító jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában retteggett betegség szolgáltatást, illetve a főbiztosítás vonatkozásában a főbiztosítás megszűnésével járó kifizetést teljesít, a biztosító a kifizetés összegét csökkenti az el nem számolt, szerződést terhelő költségekkel.**

17) Kockázatkizárások

A biztosító a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételek és a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek kockázatkizárásokról szóló pontjaiban foglaltakon túl nem nyújt rettegett betegség szolgáltatást az alábbi esetekben:

- a) ha a baleseti eredetű biztosítási esemény a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett szándékos, súlyosan gondatlan vagy jogellenes magatartásával összefüggésben következett be;
- b) ha a baleseti eredetű biztosítási esemény a szerződéskötést követő 2 éven belüli öngyilkossággal, öncsonkítással vagy annak kísérletével összefüggő eseményekre vezethető vissza, még akkor sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be;
- c) kábítószer vagy bódító hatású anyag, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási eseményekre;
- d) felkelésben, lázadásban, zavargásban, terrorcselekményben, háborúban, harci cselekményben, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kormány elleni puccsban, vagy puccskísérletben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határviellongásban való részvételből eredő biztosítási eseményekre;
- e) az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre;
- f) a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre;
- g) mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- h) kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal, az orvosilag nem indokolt kórházi ápolásokkal és gyógyító eljárásokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- i) ha a biztosítási eseményt öngyógyítás okozta;
- j) ha a biztosítási esemény nem orvosi szakvégtzettségű egyén általi kezeléssel összefüggésben következett be;
- k) a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő balesetekre, kivéve az olyan baleseteket, amelyeket a biztosított személy légi jármű utasaként, a polgári légiforgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légi járművön polgári utasként szenved el. Utasnak az minősül, aki a légi járműnek nem üzembentartója és nem tartozik a személyzethez;
- l) a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, ideértve a teszttúrákat és a rally és motorcsónak-versenyeket is;
- m) az országos és nemzetközi síugró, bob, síbob versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre;
- n) arra a balesetre, amely a biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli, vagy ittas állapotban történt vasúti, légi, vízi, közúti jármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is;
- o) a biztosított bármely hivatásosként végzett sporttevékenységével és a következő akár szabadidős sporttevékenységével összefüggő eseményekre: búvárkodás, félkezes, illetve nyílt tengeren vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, bungee jumping, bázisugrás, műugrás;
- p) bányászati tevékenységgel, robbanószerkekkel, robbantószerkezetekkel folytatott tevékenységgel összefüggésben, illetve a következő foglalkozások körében bekövetkezett biztosítási események: robbantómester, cirkuszművész, ipari alpinista, épületek homlokzatának tisztító, tűzszerész, állatkerti gondozó, ragadozó állatokat tartó, vadász, vadtenyésztő, bármely védelmi alakulat különleges egységei (kommandósok is), ács, magasfeszültségű dolgozó villanyszerelő.

18) A biztosító teljesítése

- a) A biztosító a 2) a) pontban felsorolt biztosítási események bekövetkezése esetén szolgáltatást csak a 3. számú mellékletben felsorolt dokumentumok benyújtása esetén teljesít.

19) Egyéb rendelkezések

- a) A szabad felhasználású eseti biztosítási díjából vásárolt felhalmozási befektetési egységek aktuális értékét a biztosító csökkenti az I. számú melléklet I. pontjában leírt rendszerességgel és mértékben a szabad felhasználású eseti díjából vásárolt felhalmozási befektetési egységek számának csökkentésén keresztül. Az egységek levonását a biztosító úgy hajtja végre, hogy a szabad felhasználású eseti biztosítási díjából képzett felhalmozási befektetési egységek aktuális értékének eszközalapok közötti megoszlása a levonás után ne változzon a levonás előtti állapothoz képest. Ha a befektetési egységek aktuális értéke nem fedezi ezt a költséget, akkor a biztosító azt a 16) pont szerint el nem számolt, szerződést terhelő költségként kezeli.
- b) A biztosító a biztosítás kalkulációja során technikai kamatot nem használ, így a szerződés technikai kamatra, illetve technikai kamat feletti többlethozamra, nyereségrészesedésre nem jogosít. A díjtartalékon képződött befektetési hozam ugyanakkor a befektetési egységek árfolyamváltozásaiban megjelenik, így a befektetési egységek

aktuális árfolyama határozza meg a biztosítás mindenkor aktuális értékét figyelembe véve a szerződést terhelő költségeket is.

- c) A biztosítás vonatkozásában kötvénykölcson igénybevételére, a szerződés díjmentesítésére, illetve a biztosítás díjának és biztosítási összegének értékkevetésére nincs lehetőség.
- d) A szerződés rettegett betegség szolgáltatása, (részleges) visszavásárlása, illetve a főbiztosítás megszűnése miatti biztosítói teljesítés esetén a jelen feltételek alapján kifizethető összegből a biztosító levonja a mindenkor hatályos jogszabályok alapján a kifizetést terhelő közterheket, valamint a biztosítói kifizetés költségét, és a fennmaradó összeget fizeti ki az arra jogosult részére. A biztosítói kifizetés költségének mértékét az I. számú melléklet 10. pontja tartalmazza.
- e) A biztosító a biztosítási évfordulót követően 15 napon belül írásban tájékoztatja a szerződőt a biztosítási év pénzmozgásairól, az egyéni számlán jóváírt befektetési egységek számáról, típusáról, a szerződés aktuális értékéről, aktuális visszavásárlási értékéről és az eltelt biztosítási év során felmerült költségekről.
- f) Az I. számú melléklet 9. pontjában leírt egyéni számlakivonat költségét a biztosító a felhalmozási befektetési egységek számának csökkentésével fedezi úgy, hogy a befektetési egységek aktuális értékének eszközalapok közötti megoszlása ne változzon. Ha a felhalmozási befektetési egységek aktuális értéke nem fedezi a számlakivonat költségét, akkor a biztosító a számlakivonatot megküldi és a számlakivonat költségét a 16) pont szerint el nem számolt, szerződést terhelő költségként kezeli.
- g) A biztosító naptári évenként 1 alkalommal, legkésőbb május 31-ig a Központi Statisztikai Hivatal által publikált infláció mértékével emeli az I. számú melléklet 2., 5., 6., 7., 9., 10. és 11. pontjában található díjakat, költségeket, illetve összegeket. A módosítások a hatályba lépés dátumától kezdődően valamennyi érvényben lévő szerződésre vonatkoznak. A mindenkor aktuális I. számú mellékletet a biztosító webhelyén (www.cigpannonia.hu) teszi közzé. Amennyiben a biztosító költségei az infláció feletti mértékben növekednek, úgy a biztosító jogosult a Központi Statisztikai Hivatal által publikált inflációt meghaladó mértékben, de legfeljebb az infláció kétszeresének mértékével emelni az I. számú melléklet 2., 5., 6., 7., 9., 10. és 11. pontjában található díjakat, költségeket, illetve összegeket. Az inflációt meghaladó mértékű emelésről a biztosító – 30 nappal megelőzően – írásban tájékoztatja a szerződőt. A biztosító az I. számú melléklet 4. pontjában található díjat az Általános Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 5) pontjában foglaltak szerint emelheti.
- h) Minden olyan esetben, ahol a költségek érvényesítése a befektetési egységek elvonásával történik, és a Különös Feltételek másképp nem rendelkeznek, a biztosító úgy jár el, hogy a költségérvényesítést követően a befektetési egységek értékének eszközalapok közötti aránya nem változik a költségérvényesítést megelőző állapothoz képest.
- i) Amennyiben a szerződő faxon, elektronikus úton, futárszolgálat útján, Pannónia Ügyfélportálon, illetve személyesen kézbesített nyilatkozatában befektetési egységekkel kapcsolatos tranzakciót kezdeményez, úgy a tranzakció a kérelem beérkezésének napján aktuális egységszám és az ezt követő értékelési napra vonatkozó árfolyam figyelembe vételével kerül végrehajtásra, ha a nyilatkozat hétfő – csütörtök 15 óráig, illetve pénteken 12 óráig (Pannónia Ügyfélportálon keresztül kezdeményezett tranzakció esetén 15 óráig) beérkezik a biztosítóhoz. Az ezen időpontok után beérkező nyilatkozatok esetén nem a beérkezés napján, hanem a beérkezés napját követő munkanapon aktuális egységszám és az ezt követő értékelési napra vonatkozó árfolyam figyelembe vételével kerül a tranzakció végrehajtásra. A postai úton beérkező nyilatkozatok esetén az átvétel (beérkezés) napján aktuális egységszám és az ezt követő értékelési napra vonatkozó árfolyam figyelembe vételével kerül a tranzakció végrehajtásra.
- j) A kiegészítő biztosítás Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételeinek 10) b) pontja szerinti felmondására nincsen lehetőség.
- k) Jelen kiegészítő biztosítást a szerződő legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 15. napig a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal mondhatja fel. Szerződő által felmondott kiegészítő biztosítás esetén ugyanazon főbiztosításhoz a későbbiekben nem köthető Likviditás Plusz Kiegészítő Biztosítás.

I. számú melléklet: Kondíciós lista

Érvényes: 2015. július 1-től.

A tartam során állandó költségek, összegek és díjak:**1. Egyéni számlán nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek aktuális értékének csökkentése (Különös Feltételek 19) a) pontja):**

A biztosító minden naptári negyedév utolsó értékelési napján az egyéni számlán nyilvántartott felhalmozási befektetési egységek megelőző naptári negyedév utolsó értékelési napjától a számítás pillanatáig eltelt időszakra megállapított naptári negyedéves átlagos értékének 0,25%-ával csökkenti a szabad felhasználású eseti számlán nyilvántartott egységek aktuális értékét.

A tartam során az Általános és Különös Feltételekben meghatározott módon változtatható költségek, összegek és díjak:**2. Elsőként teljesített szabad felhasználású eseti biztosítási díj minimális értéke (Különös Feltételek 3) q) pontja):**

50 000 forint

A további szabad felhasználású eseti biztosítási díjak minimális értékére nincs korlátozás.

3. Biztosítási összeg rettegett betegség szolgáltatás esetén (Különös Feltételek 3) b) pontja):

A biztosítási összeg a biztosított aktuális életkora alapján az alábbiak szerint alakul:

Biztosított aktuális kora	Biztosítási összeg
2-29 év	3 300 000 Ft
30-34 év	1 850 000 Ft
35-39 év	870 000 Ft
40-44 év	330 000 Ft
45-49 év	175 000 Ft
50-54 év	120 000 Ft
55-59 év	90 000 Ft
60-65 év	75 000 Ft

4. Fenntartási díj (Különös Feltételek 3) k) pontja):

5 000 forint / év

A főbiztosítás kockázatviselés kezdetét követő első évfordulójáig terjedő időszakra a fenntartási díj megállapítása az első kockázatviselési időszak hosszával arányosan történik.

5. Eszközalap-váltás díja (Különös Feltételek 13) b) pontja):

Biztosítási évenként az első két átváltás ingyenes. Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában az ingyenes átváltások a szerződőt a főbiztosításon elérhető ingyenes átváltások számától függetlenül megilletik.

Minden további átváltás díja az alábbi:

Pannónia Ügyfélportálon keresztül kezdeményezett átváltás esetén: az átváltott összeg 2,5 ezreléke, de minimum 250 forint és maximum 2 500 forint.

Egyéb módon kezdeményezett, illetve Pannónia Navigátor szolgáltatás keretében végrehajtott átváltás esetén: az átváltott összeg 3,5 ezreléke, de minimum 350 forint és maximum 3 500 forint.

6. Szabad felhasználású eseti díj átirányításának díja (Különös Feltételek 14) b) pontja):

Ingyenes.

7. (Részleges) visszavásárlás költsége (Különös Feltételek 10) f) pontja):

A (részleges) visszavásárlás költsége a visszavásárolt összeg 2 ezreléke, minimum 200 forint, maximum 2 000 forint.

A részleges visszavásárlás minimális összegére nincs korlátozás.

8. Kezelési díj (Különös Feltételek 3) n) pontja):

Likviditási Pro Eszközalap és Tőkevédett Pro Eszközalap 2022 vonatkozásába: 0,125%/hó
Valamennyi egyéb eszközalap vonatkozásában: 0,15%/hó.

9. Egyéni számlakivonat költsége (Különös Feltételek 19) f) pontja):

A főbiztosítás biztosítási évfordulóján kiküldött számlakivonat ingyenes, minden további 200 forint.

10. Biztosítói kifizetés költsége (Különös Feltételek 19) d) pontja):

Pénzintézeti számlára utalás esetén: 0%

Postai úton történő kifizetés esetén: 1%

11. Átalányköltség (Különös Feltételek 3) a) pont):

10 000 forint / alkalom.

Egyéb paraméterek:**12. Pannónia Navigátor szolgáltatás:****A Likviditás Plusz Kiegészítő Biztosítás növekedési eszközalapjai:**

Eszközalap neve	Mozgóátlag	Tolerancia sáv
Hazai Pro Vegyes Eszközalap	120 nap	3%
Kolumbusz Nemzetközi Pro Vegyes Eszközalap	120 nap	3%
Globális Átváltoztatható Pro Kötvény Eszközalap	120 nap	3%
Urál Oroszországi Pro Részvény Eszközalap	120 nap	7%
Globális Fejlett Piaci Pro Részvény Eszközalap	120 nap	7%
Észak-amerikai Pro Részvény Eszközalap	120 nap	7%
Kelet-európai Pro Részvény Eszközalap	120 nap	7%
Hazai Pro Részvény Eszközalap	120 nap	7%
Mozaik Fejlődő Piacok Pro Részvény Eszközalap	120 nap	7%
Amazonas Latin-amerikai Pro Részvény Eszközalap	120 nap	7%
Jangce Kínai Pro Részvény Eszközalap	120 nap	7%
Gangesz Indiai Pro Részvény Eszközalap	120 nap	7%
Warren Buffett Pro Részvény Eszközalap	120 nap	7%
Metallicum Pro Árupiaci Eszközalap	120 nap	7%

A Likviditás Plusz Kiegészítő Biztosítás védett eszközalapja: Likviditási Pro Eszközalap.

Azon eszközalapok esetén, amelyek fentebb sem a növekedési, sem a védett eszközalapok között nem kerültek felsorolásra, a biztosító a Pannónia Navigátor szolgáltatást nem nyújtja.

13. Napi tájékoztatói lehetőség a befektetés elhelyezéséről és értékéről:

Ügyfélszolgálat: +36-1-5-100-200

Webhely: www.cigpannonia.hu

2. számú melléklet: A Különös feltételek 2) a) pontjában felsorolt rettegett betegségek definíciói

- a) **Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés:** rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, melyet a rosszindulatú sejtek ellenőrizetlen növekedése és terjedése (áttételei), valamint az egészséges szövetekre történő ráterjedése és azok megsemmisítése jellemez. A betegség magában foglalja a leukémiát, a nyirokmirigyekből kiinduló rosszindulatú daganatokat (lymfómák), sarcomákat, valamint a Hodgkin betegséget is. A diagnózist kórszövettani vizsgálatnak és onkológus szakorvosnak kell igazolnia

Jelen biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:

- Azon daganatokra, amelyeket szövettanilag jóindulatúnak, rosszindulatúvá válásuk előtti állapotúnak, borderline típusúnak, alacsony malignitásúnak, vagy nem invazívnak írtak le;
- Olyan sérülésekre, melyeket szövettanilag a TNM klasszifikáció (AJCC hetedik kiadás) in-situ (Tis) vagy Ta karcinómaként ír le;
- Nem melanoma jellegű bőrrákokra;
- Prosztatarákra, kivéve, ha azt szövettanilag 6-nál nagyobb Gleason értékűnek határozták meg, vagy a TNM klasszifikáció (AJCC hetedik kiadás) legalább a T2N0M0 osztályba sorolja;
- Melanomákra, amelyek a szövettani vizsgálat szerint legfeljebb 1 mm vastagságúak és amelyeket a TNM klasszifikáció (AJCC hetedik kiadás) a T1aN0M0 osztályba sorol;
- Korai pajzsmirigy daganatokra, melyek kevesebb, mint 2 cm átmérőjűek és amelyeket szövettanilag a TNM klasszifikáció (AJCC hetedik kiadás) a T1N0M0 osztályba sorol;
- A HIV fertőzéshez, illetve az AIDS-hez kapcsolódó daganatokra, beleértve, de nem kizárólag, a Kaposi szarkómát és a lymfómát.

- b) **Szívinfarktus:** a szívizom egy részének elhalását jelenti, annak eredményeként, hogy nem megfelelő a kérdéses terület vérellátása a koszorúér rendellenes működése következtében. A diagnózis elfogadásához az akut miokardiális infarktus (AMI) megállapítása mellett az alábbi három feltétel mindegyikének teljesülése szükséges:
- olyan tünetek jelenléte, melyek klinikailag összhangba hozhatók az akut miokardiális infarktus diagnózisával; és
 - új, jellegzetes EKG elváltozások jelenléte; és
 - specifikus biokémiai szív-markerek (mint a CK-MB, vagy a szív troponin) értékének jellegzetes megemelkedése az elfogadott normál érték fölé.

Koszorúér beavatkozás közben kialakult szívinfarktus esetén a szív troponin szintnek legalább háromszor akkora kell lennie, mint a laboratóriumi felső normál érték. **Anginára és az akut koszorúér szindrómák egyéb formáira jelen biztosítás nem terjed ki.**

- c) **Szívkoszorúér megkerülő műtét (by-pass):** nyílt szívű műtét végrehajtása a betegen torakotómiával és sternotómiával egy vagy több szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának bypass graft segítségével történő korrigálása céljából, amennyiben a beavatkozást megelőző angiográfias vizsgálat legalább 50 százalékos szívkoszorúér-elzáródást mutatott ki, és a beavatkozást kardiológus szakorvos orvosiilag szükségesnek ítélte.

A biztosítási fedezet nem terjed ki a következőkre:

- ballon angioplasztika (PCTA);
- szívkatéterezés;
- lézeres beavatkozások;
- rotablade alkalmazása;
- stentelés;
- bármely egyéb artérián belüli katéteres technika alkalmazása;
- „kulcslyuk” szívkoszorúér bypass műtét.

- d) **Stroke (maradandó agykárosodások):** az agyszövet visszafordíthatatlan elhalásával járó agyi érrendszeri katasztrófa koponyán belüli vérzés, illetve a koponyán belül elhelyezkedő erek embóliája vagy trombózisa következtében. A biztosítási esemény bekövetkezésének feltétele, hogy a stroke permanens neurológiai funkcionális károsodásokat idézzen elő objektív abnormális neurológiai jelekkel, melyek fennállását neurológus szakorvos igazolja legalább három hónappal az esemény bekövetkezése után elvégzett fizikai vizsgálat eredménye alapján. A diagnózist agyi képalkotó eljárások eredményével is alá kell támasztani, melyeknek az újonnan kialakult stroke diagnózisával konzisztensnek kell lenniük.

A következő esetekre a biztosítási fedezet nem terjed ki:

- tranziens ischaemiás attack (TIA);
- baleset vagy sérülés következtében fellépő agykárosodás;
- a szem működését érintő érrendszeri zavar, beleértve a látóideg vagy retina ereinek elzáródását;
- a vesztibuláris rendszer ischaemiás betegsége;
- képalkotó eljárás segítségével diagnosztizált tünetmentes (csendes) stroke.

- e) **Krónikus veseelégtelenség:** mindkét vese működésének teljes és visszafordíthatatlan leállása, amelynek eredményeképpen folyamatosan vesedialízist végeznek a betegen, melynek szükségességét nefrológus szakorvos állapítja meg. **A fedezet nem vonatkozik az olyan akut visszafordítható veseelégtelenségre, amely csak átmenetileg teszi szükségessé a vesedialízis alkalmazását.**

- f) **Létfontosságú szerv átültetése:** szív, tüdő, máj, hasnyálmirigy, vese vagy csontvelő átültetése a betegbe, amennyiben az orvosos vélemény alapján szükséges volt az adott szerv vagy csontvelő működésének

visszafordíthatatlan, végső leállításának elkerülése céljából. **Őssejtek illetve Langerhans-szigetek sejtjeinek transzplantációjára a fedezet nem terjed ki.**

- g) **Vakság:** mindkét szem látásának teljes, végleges, visszavonhatatlan elvesztése betegség vagy baleset eredményeként. A vakságot szemészorvosnak kell klinikailag igazolnia. A látás nem korrigálható, illetve javítható segédeszközökkel és sebészeti eljárásokkal.
- h) **Súlyos égési sérülés:** a test felületének legalább 20 százalékát lefedő, hegesedéssel járó harmadfokú égési sérülés. A diagnózist szakorvosnak kell igazolnia, és az érintett terület nagyságát standardizált, klinikailag elfogadott táblázatokkal szükséges alátámasztania.
- i) **Az ún. négy „alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képtelenség (hosszú távú gondoskodás):** ez a feltétel azt jelenti, hogy a biztosított személy betegsége vagy baleset miatt teljesen és visszavonhatatlanul képtelenné vált arra, hogy más személy nélkül elvégezzen az alábbi 6 kategóriából legalább 4 tevékenységet:
- személyi higiénia: a személyes tisztaság fenntartásához szükséges mértékű mosdás, fürdés;
 - öltözködés: az összes szükséges ruhadarab fel-, illetve levétele;
 - mozgás: egyik szobából a másikba való mozgás, leülés, felállás ágyról vagy székről;
 - evés, ivás: az elkészített étel, ital elfogyasztása;
 - WC használat: a WC-re való leülés, onnan való felállás és a személyes higiénia biztosítása;
 - kontinencia: a vizelet és széklet ürítési funkciók önkontrollja.
- j) **Sclerosis multiplex:** neurológus szakorvos által igazolt sclerosis multiplex betegség, mely legalább hat hónapja folyamatosan fennálló, permanens neurológiai károsodást eredményez, objektíven bizonyítható motoros és szenzoros diszfunkcióval. A biztosítási esemény bekövetkezésének feltétele, hogy a diagnózist objektív neurológiai vizsgálatok eredményei támasszák alá (lumbálfunkció, vizuális kiváltott válaszok, auditoros kiváltott válaszok, MRI vizsgálat eredménye alapján igazolt központi idegrendszeri léziók).
- k) **Vértranszfúzióból származó AIDS- (HIV-) betegség:** HIV-fertőzés vagy AIDS diagnózisa, melyet HIV ELISA antitest vizsgálat pozitív eredménye és HIV megerősítő (Western Blot vagy PCR) vizsgálat pozitív eredménye is alátámaszt, amennyiben a HIV-fertőzés vérátömlesztésből származik, továbbá a következő feltételek mindegyike együttesen fennáll:
- a vérátömlesztés orvosilag indokolt vagy orvosi kezelés része volt;
 - a vérátömlesztésben a beteg Magyarország területén részesült a kockázatviselés kezdetét követően;
 - a fertőzés bizonyíthatóan a vérátömlesztést végző intézményből származik, és az intézmény képes a fertőzött vér eredetét megállapítani;
 - a biztosított nem szenved thalassaemia maior betegségben vagy hemofíliában.

A biztosítási fedezet érvényét veszti és a biztosítási összeget a biztosító nem fizeti ki, amennyiben a biztosítási esemény megállapításakor a betegségre megfelelő gyógymód áll rendelkezésre. Megfelelő gyógymódnak minősül bármely olyan kezelés, amely a vírust inaktívvá vagy fertőzőképtelenné teszi, vagy helyreállítja az immunrendszer működését. A biztosítási fedezet nem vonatkozik a bármely egyéb úton szerzett HIV-fertőzésre, így a szexuális tevékenység vagy intravénás droghasználat eredményeképpen bekövetkező fertőzésekre sem.

A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítási összeg kifizetésének feltételül szabja, hogy minden egyes érintett vérmintán független tesztek végezzen, és szükség esetén további mintákat kérjen a páciensről.

- l) **Végtag amputációja:** két végtag teljes és végleges elvesztése, amputációja csuklótól illetve bokától felfelé sérülés vagy betegség következtében.
- m) **Alzheimer-kór:** az emlékezet és a szellemi képességek fokozatos és tartós, maradandó romlásával járó betegség, amit szabványosított kérdőíves módszerek és agyi képpalkotó módszerek igazolnak. Az Alzheimer-kór diagnózisát szakorvosnak kell igazolnia és a biztosító orvosának is el kell fogadnia. A betegség következtében jelentősen csökkennek a szellemi és szociális funkciók, ami miatt a biztosított folyamatos felügyeletre szorul. Továbbá a biztosított legalább hat hónapja képtelen (akár segítséggel, akár anélkül) az alábbi öt „alapvető napi tevékenység” közül legalább hármat elvégezni:
- **tisztálkodás:** fürdőkádban, zuhanyzóban, vagy más, elfogadható módon történő tisztálkodás képessége (beleértve a kádhoz, zuhanyzóhoz történő eljutást és az onnan történő kijutást is);
 - **öltözködés:** bármely ruhadarab, illetve szükségességük esetén rögzítők, művégtagok és más orvosi segédeszközök felvételének és levételének képessége;
 - **mozgás:** az ágyból székre vagy tolésszékbe való eljutás és az onnan az ágyba visszajutás képessége;
 - **WC használat:** a mellékhelyiség használatára vagy a széklet- és vizeletürítés egyéb módon történő megoldására való képesség, amely elegendő a minimális szintű személyes higiénia fenntartásához;
 - **evés, ivás:** az elkészített és feltálatl étel, ital elfogyasztására való képesség.

Pszichiátriai betegségekre és alkohollal kapcsolatos agykárosodásokra jelen biztosítás nem nyújt fedezetet.

- n) **Angioplastika végrehajtása:** az eldugult, vagy leszűkültek erek helyreállítására szolgáló eljárás, ahol egy ballonvégű katétert juttatnak el a károsodott érrészhez, a ballon felfújásával állítják helyre a keringést az eredeti érben. A beavatkozást röntgen képerősítő, vagy más in situ képpalkotó ellenőrzése mellett avatott szakember, érsebész hajtja végre.

o) **Aortaműtét végrehajtása:** laparotómia vagy torakotómia végrehajtása a betegen az aorta tágulatának, szűkületének, elzáródásának vagy repedésének korrigálása céljából, amennyiben a beavatkozás az aorta mellkasi vagy hasi részén történik. **A biztosítási fedezet nem terjed ki az aorta ágain illetve a csupán minimális sebészeti beavatkozással vagy artérián belüli eljárással végzett beavatkozásokra (pl. perkután endovaszkuláris aneurizma műtétre).**

p) **Vérszegénység (aplasztikus anémia):** a csontvelő krónikus, tartós, elégtelen működése. A súlyos, visszafordíthatatlan aplasztikus anémia diagnózisát hematológus szakorvos állítja fel. A csontvelő elégtelen működésének eredményeként a csontvelőt alkotó sejtek száma 25% alatt marad és legalább két feltétel teljesül az alábbiak közül:

- abszolút neutrofil szám kevesebb, mint 500/mm³;
- vérlemezkék száma kevesebb, mint 20 000/mm³;
- retikulocita szám kevesebb, mint 20 000/mm³.

A diagnózis elfogadásához a biztosítottnak egymást követő három hónapig rendszeres vértranszfúziót, csontvelő-stimuláló és immunszuppresszív szereket kell kapnia, vagy át kell esnie csontvelő átültetésen, illetve köldökzsinórvérből származó őssejt átültetésen.

Az ideiglenes vagy visszafordítható aplasztikus anémia nem képezi a kockázati fedezet részét.

q) **Jóindulatú agydaganat:** életet veszélyeztető tumor a koponyaüregben belül, ami motoros és szenzoros diszfunkcióban megjelenő tartós idegrendszeri zavart okoz, amely egymást követő hat hónapon keresztül folyamatosan fennáll. Jóindulatú agydaganat jelenlétét olyan képalkotó eljárásoknak kell igazolniuk, mint a CT és az MRI. **Cisztákra, granulómákra, az agyi artériák és vénák fejlődési rendellenességeire, hematómákra, tályogokra, acusticus neurinomára, valamint az agyalapi mirigy és a gerincvelő daganataira a biztosító kockázatviselése nem terjed ki.**

r) **Súlyos koponyasérülés:** az agyműködés zavarait eredményező, súlyos fejsérülés, melyet neurológus szakorvos igazol, és mágneses rezonancia vizsgálat, CT vagy más megbízható vizsgálati módszer eredménye is egyértelműen alátámaszt, amennyiben a fejsérülés kizárólag, közvetlenül és látható módon külső, baleseti behatásból származik, bármely egyéb tényező hatásától függetlenül.

A betegség elfogadásának feltétele, hogy a biztosított a sérülés bekövetkezésének időpontját követő 6 hét elteltével is képtelen legyen (akár segítséggel, akár anélkül) az alábbi öt „alapvető napi tevékenység” közül legalább hármat elvégezni:

- **tisztálkodás:** fürdőkádban, zuhanyzóban, vagy más, elfogadható módon történő tisztálkodás képessége (beleértve a kádhoz, zuhanyzóhoz történő eljutást és az onnan történő kijutást is);
- **öltözködés:** bármely ruhadarab, illetve szükségességük esetén rögzítők, művégtagok és más orvosi segédeszközök felvételének és levételének képessége;
- **mozgás:** az ágyból székre vagy tolészékbe való eljutás és az onnan az ágyba visszajutás képessége;
- **WC használat:** a mellékhelyiség használatára vagy a széklet- és vizeletürítés egyéb módon történő megoldására való képesség, amely elegendő a minimális szintű személyes higiénia fenntartásához;
- **evés, ivás:** az elkészített és feltálatl étel, ital elfogyasztására való képesség.

A fedezet nem vonatkozik a következőkre:

- gerincvelő sérülés; és
- az agyműködés bármely nem baleseti eredetű zavara.

s) **Kóma:** eszméletlen állapot, melyben a páciens külső ingerekre, belső szükségletekre nem reagál. A kómás állapotnak legalább 96 órán keresztül fenn kell állnia, miközben a páciens életben tartása érdekében intubációra és gépi lélegeztetésre van szükség. Továbbá a funkcionális idegrendszeri zavaroknak a kómás állapot kezdetétől számított harminc napig folyamatosan, tartósan, állandó jelleggel jelentkezniük kell. **Orvosilag előidézett kómára, illetve alkoholfogyasztás, vagy kábítószer-használat által közvetlenül előidézett kómára a biztosító nem nyújt fedezetet.**

A kóma súlyos központi idegrendszeri betegségek súlyos szövődménye. Görcsrohamok, hypothermia, metabolikus zavarok vagy organikus léziók okozta kétoldali agyi féltekei diszfunkció, illetve az agytörzsi aktiváló retikuláris rendszer zavara következtében alakulhat ki.

t) **Hallóképesség teljes elvesztése:** teljes, kétoldali, visszafordíthatatlan hallásvesztés mindenféle hangra vonatkozóan betegség vagy baleset következtében, melyet szakorvos igazol az audiometriás és hangküszöb vizsgálatok eredményeit is tartalmazó leletekkel. **A fedezet nem vonatkozik a segédeszközökkel vagy sebészeti beavatkozással korrigálható süketiségre.**

u) **Szívbillentyű cseréje:** nyílt szívbillentyűműtét végrehajtása a betegen a mellkas sebészeti felnyitásával egy vagy több szívbillentyű cseréje érdekében, melyet a szívbillentyű(k) defektusa, abnormalitása vagy betegsége tesz szükségessé, amennyiben a műtétet kardiológus szakorvos szükségesnek ítéli a megfelelő vizsgálatok eredményei alapján.

v) **Beszélőképesség teljes elvesztése:** az érthető beszéd produkálására való képesség teljes és permanens elvesztése a gége illetve azt az agy beszédközpontjával összekötő idegnyúlványok visszafordíthatatlan károsodása következtében, melyet sérülés, tumor vagy betegség idéz elő. Szakorvosnak kell igazolnia a gégediszfunkció fennállását és azt, hogy a beszédre való képtelenség legalább hat hónapja folyamatosan fennáll. **A biztosítási fedezet nem terjed ki a pszichiátriai okokkal magyarázható beszédképtelenségre.**

- w) **Mozgató neuron betegség:** neurológus szakorvos által diagnosztizált mozgató neuron betegség, mely spinális izomsorvadással, progresszív bulbáris bénulással, amiotrófiás vagy primer laterálszklerózissal jár. A biztosítási esemény bekövetkezésének feltétele a kortikospinális pályák és az elülső szarv sejtek vagy a bulbáris efferens neuronok progresszív degenerációja, továbbá permanens funkcionális neurológiai károsodás fennállása, amely objektíven igazolható módon, folyamatosan motoros diszfunkciót eredményezett legalább három hónapon keresztül.
- x) **Parkinson-kór:** neurológus szakorvos által egyértelműen diagnosztizált idiopátiás Parkinson-kór a következő három körülmény együttes fennállásával:
- a betegséget nem lehet gyógyszeres úton kontrollálni;
 - progresszív leépülés objektív jelei észlelhetők;
 - a biztosított legalább hat hónapon keresztül képtelen (akár segítséggel, akár anélkül) az alábbi öt „alapvető napi tevékenység” közül legalább hármát elvégezni:
 - o **tisztálkodás:** fürdőkádban, zuhanyzóban, vagy más, elfogadható módon történő tisztálkodás képessége (beleértve a kádhoz, zuhanyzóhoz történő eljutást és az onnan történő kijutást is);
 - o **öltözködés:** bármely ruhadarab, illetve szükségességük esetén rögzítők, művégtagok és más orvosi segédeszközök felvételének és levételének képessége;
 - o **mozgás:** az ágyból székre vagy tolszékbe való eljutás és az onnan az ágyba visszajutás képessége;
 - o **WC használat:** a mellékhelyiség használatára vagy a széklet- és vizeletürítés egyéb módon történő megoldására való képesség, amely elegendő a minimális szintű személyes higiénia fenntartásához;
 - o **evés, ivás:** az elkészített és feltálatl étel, ital elfogyasztására való képesség.

Gyógyszer által kiváltott vagy toxikus eredetű Parkinson-kórra a biztosítási fedezet nem terjed ki.

- y) **Bénulás:** legalább két végtag teljes és visszafordíthatatlan bénulása sérülés vagy betegség következtében. A paralízis fennállását neurológiailag igazolni kell. Szakorvosnak kell nyilatkoznia arról, hogy véleménye szerint a paralízis permanens a felépülés reménye nélkül. A bénulásnak, bénult állapotnak legalább 3 hónapja fenn kell állnia a biztosítási esemény bekövetkezéséhez. **A fedezet nem terjed ki az önkárosítás következtében fellépő paralízisre, részleges paralízisre, átmeneti posztvirális paralízisre és a paralízis pszichés okokból fellépő formáira.**

3. számú melléklet: A kárbejelentéshez szükséges adatok, dokumentumok

A biztosító a Különös Feltételek 2) a) pontjában felsorolt biztosítási események miatt felmerülő szolgáltatási igényeket az alábbi dokumentumok megléte esetén fogadja el. A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvos szakértője bírálja el. A biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését kezdeményezheti.

- a) Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján történik.
 - b) Szívinfarktus elfogadásának feltételei a következők:
 - a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
 - az infarktusra jellemző EKG eltérések megléte;
 - a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.
- A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarktus diagnosztizálásához.
- c) Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtét leírás vagy annak kivonata szükséges.
 - d) Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 90 nap múlva a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik az esemény elfogadása.
 - e) Krónikus veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésére vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialízis igazolásával kerül elfogadásra.
 - f) Létfonosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.
 - g) Vakságot szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.
 - h) Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.
 - i) Az ún. „4 alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásának elfogadása a biztosító által megbízott orvos szakértő vizsgálata alapján történik.
 - j) Sclerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórlefolyás, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.
 - k) AIDS- (HIV-) betegség elfogadása fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbeteg-osztályán felállított orvosi diagnózis alapján történik.
 - l) Végtag-amputáció a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció alapján kerül elfogadásra.
 - m) Bénulás diagnosztizálása neurológus szakorvos neurológiai osztályon, vagy intenzív osztályon kiállított kórházi zárójelentése alapján kerül elfogadásra. Ha végeztek elektrofiziológiai és szövettani vizsgálatot, azok eredményére is szükséges a betegség elfogadásához.

A biztosító a fenti dokumentumok szkennelt, olvasható formátumú változatát is elfogadja.