



## Biztosító

### GB100 JELŰ PÓTLÓLAGOS KIFIZETÉSŰ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS RETTEGETT BETEGSÉGEK ESETÉRE – KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

#### 1.§ Általános rendelkezések

- (1) A GB100 jelű Pótlólagos Kifizetésű Kiegészítő Biztosítás rettegett betegségek esetére (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen Különös Feltételek és a Groupama Garancia Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei (továbbiakban: Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek) alapján jön létre a Groupama Garancia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.
- (2) Amennyiben jelen Különös Feltételek valamely rendelkezése eltér a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, a Különös Feltételek rendelkezései az irányadók.
- (3) A jelen Különös Feltételek alapján létrejövő egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen Különös Feltételekben meghatározottak szerinti megbetegedése, súlyos égési sérülése, vaksága (biztosítási esemény bekövetkezése) esetén az itt meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget (összegbiztosítás).

#### 2.§ A szerződés létrejötte és tartama

- (1) A kiegészítő biztosítás a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2.§-ban foglaltak szerint jön létre. A szerződés megkötését a szerződő ajánlattal kezdeményezi.
- (2) A kiegészítő biztosítási szerződés csak akkor köthető meg, ha a szerződő a biztosító rendelkezései szerint szerződője a biztosító által meghatározott életbiztosítási szerződésnek (továbbiakban: főbiztosítás).
- (3) A kiegészítő biztosítás a főbiztosítással egyidejűleg vagy a főbiztosítás biztosítási díjfordulóján köthető meg.
- (4) A kiegészítő biztosítás tartama a főbiztosítás tartamának végéig tart, de legfeljebb addig az évig, amikor a biztosított 75. életévét betölti. A szerződés legalább 5 éves tartamra jöhet létre. A biztosítási szerződés lejáratának napja a tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

#### 3.§ Fogalmak

Jelen Különös Feltételek alkalmazása szempontjából:

- (1) **Kezdeti biztosítási összeg:** A szerződő által az ajánlattételkor választott, a biztosítási kötvényen feltüntetett összeg.
- (2) **Aktuális biztosítási összeg:** A biztosítási esemény bekövetkezésekor rendelkezésre álló, az indexálás során megnövelt kezdeti biztosítási összeg.
- (3) **Kiskorú gyermek:** A biztosított gyermeke, akinek életkora a biztosítási esemény bekövetkezésekor nem haladja meg a 18. életévet.

#### 4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete

A kiegészítő biztosítás esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a főbiztosítással egyidejűleg történő kötés esetén az ajánlat biztosító vagy alkusz részére történt átadását követő nap, a főbiztosítás tartama alatt történő kötés esetén az ajánlat átadását követő díjfizetési időszak első napja.

#### 5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi kockázatfelmérés

A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt szabályozáson túl jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele a biztosított írásban tett és az ajánlathoz csatolt egészségügyi nyilatkozata, esetleg a biztosító által meghatározott orvosi vizsgálata.

#### 6.§ A biztosítási szerződés alanyai

- (1) **Szerződő:** A kiegészítő biztosítás szerződője azonos a főbiztosítás szerződőjével.

- (2) **Biztosított:** Az az ajánlattételkor 18–65 év közötti természetes személy, akit az ajánlatban a szerződő biztosítottként nevezett meg, és aki a szerződés megkötésekor biztosítható volt.

A 8.§ (12) pontjában meghatározott biztosítási események vonatkozásában a biztosított személy kiskorú gyermeke is biztosítottnak minősül. A biztosító gyermekbiztosítási szolgáltatásának feltétele, hogy a szolgáltatási kötelezettség alapjául szolgáló biztosítási esemény a gyermek kiskorúsága idején következzen be.

- (3) **Kedvezményezett:** Az a személy, aki a jelen Különös Feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás szerint a biztosító szolgáltatására jogosult.

#### 7.§ Biztosítási esemény

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnál a biztosítás tartamán belül:

- rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása;
- szívroham diagnosztizálása;
- szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét végrehajtása;
- stroke (maradandó agykárosodások) diagnosztizálása;
- veseelégtelenség diagnosztizálása;
- létfonosságú szerv átültetése;
- vakság diagnosztizálása;
- súlyos égési sérülés diagnosztizálása;
- az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálása;
- szklerosis multiplex diagnosztizálása;
- vértranszfúzióból származó HIV fertőzés vagy AIDS betegség diagnosztizálása;
- a 8.§ (12) pontja alatt felsorolt gyermekbetegségek diagnosztizálása, illetve események bekövetkezése,

amennyiben a szóban forgó diagnosztizálás, műtét a biztosítás tartamán belül ténylegesen megtörtént a biztosítottnál, és a diagnózist a biztosított 28 nappal túlélte.

#### 8.§ A betegségek meghatározása

Jelen Különös Feltételek alkalmazása szerint a betegségek meghatározása a biztosítási védelem szempontjából a következő:

- (1) **Rák:** Egy vagy több rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, beleértve a leukémiát (a krónikus lymphocitás leukémián kívül), a nyirokmirigyekből kiinduló rosszindulatú daganatokat (lymfómák) és a Hodgkin betegséget is, amelyeket a rosszindulatú sejtek ellenőrizhetetlen növekedése és áttételei, valamint az egészséges szövetekre történő ráterjedése és azok megsemmisítése jellemznek. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia.

Jelen kiegészítő biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:

- A rák rosszindulatú elváltozásait in situ mutató daganatokra (beleértve a CIN-1, CIN-2, CIN-3 típusú cervicalis dysplasiát is), vagy amelyeket szövettanilag rosszindulatúvá válása előtti állapotúnak írtak le.
- Melanomákra, amelyek a szövettani vizsgálat szerint kevesebb mint 1,5 mm vastagságúak, vagy amelyek ráterjedése a „Clark Level 3” mélységet nem éri el.
- A bőr valamennyi fokozott elszarusodásával járó állapotára, illetve basaljeles rákjára.
- A bőr valamennyi pikkelysejt karcinómájára, hacsak nem más szervekre is áttért.

e. Kaposi szarkómára és a HIV fertőzéshez, illetve az AIDS-hez kapcsolódó egyéb daganatokra.

f. Prostatára rákra, melyet szövettanilag TNM klasszifikáció T 1-ként írtak le (beleértve a T 1 (a) vagy T 1 (b), vagy ennek megfelelő, vagy más alacsonyabb klasszifikációt is).

(2) **Szívroham:** A szívizom egy részének elhalását jelenti, annak eredményeként, hogy nem megfelelő a kérdéses terület vérellátása, és mindezt tipikus mellkasi fájdalom, új EKG elváltozások és a megemelkedett szívenzim értékek szintje bizonyítja.

(3) **Szívkoszorúér megkerülő műtétei (by-pass):** A szívkoszorúér by-pass beültetés azt jelenti, hogy szívsebész szakorvos tanácsára aktuális by-pass műtétet hajtanak végre, hogy a koszorúerek elzáródását vagy szűkületét korrigálják. Nem minősülnek by-pass műtétnek az olyan nem műtéti technikák, mint például az érplasztika, a lézeres kezelés vagy nem sebészeti eljárások.

(4) **Stroke (maradandó agykárosodások):** Olyan agyi érrendszeri történések, amelyek 24 óránál hosszabb ideg tartó neurológiai következményekkel járnak, beleértve az agyszövetek infarktuszát, az agyvérzést és az agyembóliát koponyán kívüli forrásból. A tartós idegrendszeri károsodást egy neurológusnak kell megerősítenie legkorábban 6 héttel az esemény után, ennél korábbi kárigény nem fogadható el. Ki vannak zárva olyan agyi tünetek, mint például a migrén, traumából vagy a csökkent oxigéntartalomtól származó agyi sérülés, a szemet vagy a látóideget érintő érrendszeri betegségek, az egyensúlyi rendszer vérellátási rendellenességei.

(5) **Veseelégtelenség:** A vesék működésének krónikus visszafordíthatatlan leállítását jelentő betegség utolsó szakasza, amelynek eredményeként rendszeres dialízist végeznek vagy veseátültetést hajtanak végre.

(6) **Alapvető szerv átültetése:** A paciensenél tényleges szív (teljes szív), tüdő, máj, vese hasnyálmirigy (csak a Langerhans szigetsejtek transzplantációja nem) vagy csontvelő átültetést hajtanak végre.

(7) **Vakság:** Mindkét szem látásának teljes, klinikailag igazolt, visszavonhatatlan elvesztése akut betegség vagy baleset eredményeként. A vakságot szemészorvosnak kell diagnosztizálnia.

(8) **Súlyos égési sérülés:** Harmadfokú égési sérülés, amely a testfelszín legalább 20%-át érinti, ahogyan ezt az ún. „9-es szabály” vagy a „Lund and Browder Body Surface Chart” által mérik.

(9) **Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség (hosszútávú 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.

a. **Személyi higiénia:** A személyes tisztaság fenntartásához szükséges mértékű mosdás, fürdés.

b. **Öltözködés:** Az összes szükséges ruhadarab fel-, illetve levétele.

c. **Mozgás:** Egyik szobából a másikba való mozgás, leülés, felállás ágyról vagy székről.

d. **Evés, ivás:** Az elkészített étel, ital elfogyasztása.

e. **WC használat:** A WC-re való leülés, onnan való felállás és a személyes higiénia biztosítása.

f. **Kontinencia:** A vizelet és széklet ürítési funkciók önkontrollja.

(10) **Szklerosis multiplex:** Kórházban dolgozó neurológus szakorvos által diagnosztizált egyértelmű szklerosis multiplex a demielinizáció, a persistáló neurológiai rendellenességekre és a funkciók leromlásának tipikus tüneteivel. A diagnózis megerősítését neurológiai vizsgálatokra alapozzák (pl. lumbalpunkció, látási, hallási reakciók mérése, központi idegrendszeri MRI).

(11) **Vértranszfúzióból származó HIV fertőzés vagy AIDS betegség:** A biztosított személy HIV fertőzött vagy AIDS beteg, ha:

a. a fertőzés/betegség olyan transzfúzióknak tulajdonítható, melyet az illető jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötése után kapott;

b. a transzfúziót végző intézmény elismeri a felelősséget;

c. a fertőzött/megbetegedett biztosított személy nem hemofiliás;

d. életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

(12) **Gyermekbiztosítás:** A jelen biztosítás kiterjed arra az esetre, ha a biztosított kiskorú gyermekénél a biztosítás megkötése után, a biztosítás tartama alatt az alábbi betegségek valamelyikét diagnosztizálják, illetve alábbi események bekövetkeznek:

a. vakság;

b. alapvető szerv átültetése;

c. szklerosis multiplex;

d. HIV fertőzés vértömlesztés miatt;

e. rák;

f. by-pass műtét;

g. szívroham;

h. stroke (maradandó agykárosodások);

i. veseelégtelenség;

j. súlyos égési sérülés.

## 9.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen Különös Feltételek alapján a 7.§ a.-k. pontjaiban felsorolt biztosítási események esetén az aktuális biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettek részére.

(2) A biztosító egy szerződés esetén a 7.§ a.-k. pontjaiban meghatározott események bekövetkezésekor biztosítottanként csak egy esemény vonatkozásában nyújt szolgáltatást. Több biztosított esetén az egyik biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkezése után a biztosítás a másik biztosított vonatkozásában változatlan feltételekkel tovább él. Több betegség együttes diagnosztizálásakor vagy a biztosítási eseményt követő újabb betegség diagnosztizálásakor is csak egy esemény vonatkozásában nyújt a biztosító szolgáltatást.

(3) A 8.§ (12) pontjában meghatározott, a biztosított kiskorú gyermekével kapcsolatban történt biztosítási esemény bekövetkezése esetén kiskorú gyermekenként egy alkalommal, az aktuális biztosítási összeg egyharmada vagy 1 millió Ft, illetve euróban meghatározott díjú főbiztosítás esetén 4000 € közül az alacsonyabb összeg kerül kifizetésre a kedvezményezettnek. Gyermekbiztosításból eredő kárigény esetén jelen kiegészítő biztosítás változatlan feltételekkel hatályban marad.

(4) Ha a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási tartam lejártáig a jelen Különös Feltételekben meghatározott biztosítási esemény nem következik be, akkor jelen kiegészítő biztosítás a biztosítási tartam lejáratáig kifizetés nélkül megszűnik.

## 10.§ A biztosítási díj

(1) Jelen Különös Feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás folyamatos díjas lehet.

(2) A biztosítás díja a szerződő választása szerint havonta, negyedévente, félévente vagy évente esedékes. A díjfizetés gyakorisága és módja nem térhet el a főbiztosításnál választott díjfizetési gyakoriságtól és módtól.

(3) A szerződő az első vállalt biztosítási díjat az ajánlat átadásakor, a folytatólagos díjat minden ezt követő, díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszaknak az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

## 11.§ Értékkövetés

(1) Jelen biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással azonosan történik.

(2) Jelen feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítás csak akkor indexálható, ha a szerződő a főbiztosításnál is vállalta a magasabb díj fizetését.

## 12.§ A biztosító teljesítése

A biztosítási eseményt a biztosítóhoz a szolgáltatás iránti igénnyel együtt a bekövetkezéstől számított 30 napon belül be kell jelenteni.

A biztosító a jelen Különös Feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosításra benyújtott szolgáltatási igényeket a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeknek 17.§ (4) pontjában felsoroltakon kívül az alábbi dokumentumok benyújtása esetén fogadja el. A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvosszakértője bírálja el. A betegség bekövetkezése időpontjának megítélése szempontjából – amennyiben az a biztosított által a szolgáltatási igény elbírálásakor benyújtott dokumentumok alapján nem állapítható meg – a biztosító orvosának szakvéleménye az irányadó.

(1) Rosszindulatú daganatos (rák) megbetegedés diagnosztizálása mint biztosítási esemény bekövetkezését a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján állapítja meg a biztosító.

(2) Szívroham (infarctus) mint biztosítási esemény bekövetkezését a biztosító a következők szerint állapítja meg:

- a. a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
- b. az infarctusra jellemző EKG eltérések megléte;
- c. a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.

A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarctus biztosítási esemény alapján benyújtott szolgáltatási igény elbírálásához.

(3) Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtéti leírás vagy annak kivonata szükséges.

(4) Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 6 hét múlva a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik annak biztosítási eseményként történő elfogadása.

(5) Veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésre vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialysis igazolásával kerül elfogadásra.

(6) Létfonosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.

(7) Vakságot, amely betegség vagy baleset miatt következett be, szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető körkép dokumentációja mellett.

(8) Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.

(9) Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásnak elfogadása a biztosító által megbízott orvosszakértő vizsgálata alapján történik.

(10) Szklerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórlefolys, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.

(11) Vértranszfúzióból származó HIV fertőzés vagy AIDS betegség diagnosztizálásának elfogadása a HIV vírus fertőzés laboratóriumi diagnosztizálásán, illetve a szerzett immunhiányos szindróma (AIDS) klinikai laboratóriumi eltérések dokumentálásán alapul, feltéve, hogy a 8.§ (11) pontjában felsorolt feltételek fennállnak.

(12) A 8.§ (12) pontjában felsorolt gyermekbetegségek diagnosztizálása, illetve az események bekövetkezésének igazolása megegyezik a biztosítottnál alkalmazott eljárással.

### 13.§ Kizárt kockázatok

A biztosító a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben megfogalmazott kizárásokon túl nem nyújt szolgáltatást:

(1) A gyermekbiztosítás esetén nem lehet szolgáltatás iránti igénnyel élni – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt kizárási okokon túl – a gyermek javára olyan biztosítási esemény miatt, amely egy korábban már meglévő egészségkárosodásból, betegségből, sérülésből közvetve vagy közvetlenül származik.

(2) A korábban meglévő egészségkárosodás, betegség, sérülés az, amely a gyermeknél jelen biztosítási szerződés létrejötte előtt is fennállt (ennek akár vannak tünetei, akár nincsenek).

### 14.§ A szerződés megszűnésének esetei

A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg;
- ha a főbiztosítás díjmentessé válik, akkor a díjmentessé válás napján;
- a biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító szolgáltatásának teljesítésével;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelynek során a biztosított a 75. életévét betölti;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek a 2.§ (9)-(10) pontokban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek a 2.§ (11) pontban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 4.§ (2) pontban feltüntetett esetben;
- a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal.

### 15.§ A korábban alkalmazott feltételektől történő lényeges eltérés

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a Groupama Garancia Biztosító Zrt. által korábban kínált kiegészítő egészségbiztosítási terméktől, valamint a korábban alkalmazott szerződési gyakorlattól a GB100 jelű Pótlólagos kifizetésű kiegészítő biztosítás rettegett betegségek esetére kiegészítő biztosítás több ponton eltér, mert a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény 2014. 03. 15. napján történő hatályba lépésére tekintettel társaságunk több módosítást eszközölt (pl. szerződés létrejötte, stb.).

Ezeket az **eltéréseket**, valamint a biztosító **mentesülésének**, a biztosító **szolgáltatása korlátozásának feltételeit** és a biztosítási szerződésben alkalmazott **kizárásokat** az általános szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, **félkövér** betűtípussal tartalmazza.

Tájékoztatjuk továbbá, hogy a jelen különös szerződési feltétel a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény hatályba lépése miatt szükséges módosításokon túl a **GB100 jelű Pótlólagos kifizetésű kiegészítő biztosítás rettegett betegségek esetére termék előző különös feltételeitől az alábbiakban tér el lényegesen**. A biztosító

- megváltoztatta a feltételszöveg felépítését;
- bevezető rendelkezésekkel egészítette ki a feltételt;
- a biztosítási szerződés létrejöttére és tartamára vonatkozó szabályokat megváltoztatta;
- a kockázatviselés kezdete napját pontosította;
- a szerződés megszűnésére vonatkozó rendelkezéseket pontosította;
- változtatott a kezdeti biztosítási díj és a kezdeti biztosítási összeg megfogalmazásán.