



Biztosító

GB101 JELŰ DÍJFIZETÉS ÁTVÁLLÁSÁRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS RETTEGETT BETEGSÉGEK ESETÉRE – KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

1.§ Általános rendelkezések

(1) A GB101 jelű Díjfizetés átvállalására szóló 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 szerződésben 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.

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 történő 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 sze-

mély, akit az ajánlatban a szerződő biztosítottként nevezett meg, és aki a szerződés megkötésekor biztosítható volt.

(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 agykárosulások) 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,

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 lymfocitás 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 jellemeznek. 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 basalsejtes rákjára.
- A bőr valamennyi pikkelysejt karcinómájára, hacsak nem más szervekre is áttért.
- Kaposi szarkómára és a HIV fertőzéshez, illetve az AIDS-hez kapcsolódó egyéb daganatokra.
- Prostata rákra, melyet szövettanilag TNM klasszifikáció T1-ként írtak le (beleértve a T1 (a) vagy T1 (b), vagy ennek megfelelő, vagy más alacsonyabb klasszifikációt is).

(2) **Szívroham:** A szívroham egy részének elhalását jelenti, annak eredményeként, hogy nem megfelelő a kérdéses terület vérellátása, és mindezt ti-

pikus 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 leállását jelentő betegség utolsó szakasza, amelynek eredményeként rendszeres dialízist végeznek vagy veseátültetést hajtanak végre.

(6) **Alapvető szerv átültetése:** A paciensnél 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.

- 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.
- Évés, 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.

(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 fertőzés/betegség olyan transzfúciónak tulajdonítható, melyet az illető jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötése után kapott;
- a transzfúziót végző intézmény elismeri a felelősséget;
- a fertőzött/megbetegedett biztosított személy nem hemofiliás;
- életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

9.5 A biztosító szolgáltatása

(1) A 7.5-ban felsorolt biztosítási események bekövetkezése esetén a főbiztosítás változatlan feltételek mellett, további díjfizetési kötelezettség és indexálás nélkül fennmarad, a biztosító pedig átvállalja a főbiztosítás megtakarítási díjának fizetését.

(2) A biztosító egy szerződés esetén a 7.5-ban meghatározott események bekövetkezésekor csak egy esemény vonatkozásában nyújt szolgáltatást. Több betegség együttes diagnosztizálásakor vagy a biztosítási eseményt követő újabb betegség diagnosztizálásakor is csak egy esemény vonatkozásában nyújt a biztosító szolgáltatást.

(3) Amennyiben a jelen Különös Feltételek szerint létrejött szerződés

alapján a biztosító átvállalja a főbiztosítás megtakarítási díjának fizetését, úgy a főbiztosítás haláleseti szolgáltatásának vonatkozásában a biztosító nem teljesít haláleseti többletszolgáltatást.

(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.

10.5 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 időszakra az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

11.5 Értékkövetés

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

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

12.5 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 17.5 (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 kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
 - az infarctusra jellemző EKG eltérések megléte;
 - a szívizom elhalására jellemző enzimek 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 dialízis igazolásával kerül elfogadásra.

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

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

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

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

(10) Szklerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórlefoiyás, 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.

13.§ Kizárások

A biztosító mentesülésére és szolgáltatásának kizárására a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltak az irányadók.

14.§ A biztosítás megszűnése

A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg;
- ha a főbiztosítás díjmentessé válik, akkor a díjmentesítésé 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 felszólí-

tásban 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 kockázati életbiztosítási terméktől, valamint a korábban alkalmazott szerződési gyakorlattól a GB101 jelű Díjfizetés átvállalására szóló 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 GB101 jelű Díjfizetés átvállalására szóló 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 létrejötte 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.