



Biztosító

GB1034 JELŰ RETTEGETT BETEGSÉGEK ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

1.§ Általános rendelkezések

(1) A GB1034 jelű Rettegett betegségek esetére szóló kiegészítő egészség-biztosítás (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 szerint 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 (összeg-biztosítás).

2.§ A szerződés létrejötte és tartama

(1) A kiegészítő biztosítás a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2.§-ában 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 65. 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. életévét.

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

(1) A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt szabályozáson túl jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele lehet a biztosított írásban tett egészségi nyilatkozata.

(2) Ajánlattételkor a már meglévő betegség, rokkantság, egészségkárosodás megfelelő dokumentálásának kötelezettsége az ajánlattevőt terheli.

(3) Ajánlattételkor a már meglévő betegség vonatkozásában a biztosító további orvosi vizsgálatot, véleményt kérhet, ez lehet: kezelőorvosi dokumentáció, vizsgálati eredmények, orvosszakértői véleményezések.

(4) Az egészségügyi kockázatfelmérés során a biztosító kötelező orvosi vizsgálatot is előírhat, melynek költsége a biztosítót terheli.

6.§ A biztosítási szerződés alanyai

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

(2) **Biztosított:** Az az ajánlattételkor 16–60 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 biztosítottként 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;
- létfenntartású 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 (lymfomák) 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. A rák rosszindulatú elváltozásait in situ mutató daganatokra (beleértve a CIN-1, CIN-2, CIN-3 típusú cervicális dysplasiát is), vagy amelyeket szövettanilag rosszindulatúvá válása előtti állapotúnak írtak le.
- b. Melanomákra, amelyek a szövettani vizsgálat szerint kevesebb mint 1,5 mm vastagságúak, vagy amelyek ráterjedése a „Clark Level 3” mélységet nem éri el.
- c. A bőr valamennyi fokozott elszarusodásával járó állapotára, illetve basalis sejtes rákjára.
- d. 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. Prosztata 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 történekek, amelyek 24 óránál hosszabb ideig 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 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. **Évés, 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 transzfúciónak 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) **Gyermekekbiztosítás:** 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 vérátömlesztés miatt;
- e. rák;
- f. by-pass műtét;
- g. szívroham;
- h. stroke (maradandó agykárosodások);
- i. veseelégtelenség;
- j. súlyos égési sérülés.

9.5 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 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 gyermekként egy alkalommal, az aktuális biztosítási összeg egyharmada vagy 1 millió Ft közül az alacsonyabb összeg kerül kifizetésre a kedvezményezettnek. Gyermekekbiztosításból 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 lejáratakor 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 kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztató a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatóval 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.§ (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 szívműködés 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 műtét 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 transplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.

(7) Vakságot, amely betegség vagy baleset miatt következett be, szemész szakorvosnak 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 diagnosztizálásnak elfogadása a biztosító által megbízott orvosszakértő vizsgálata alapján történik.

(10) Szklerosis 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.

(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) Amennyiben a rettegett betegség kialakulásában baleset játszott közre, akkor a baleset körülményeivel kapcsolatos valamennyi vizsgálati eredmény, beleértve a hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálati eredményeit.

13.§ Kizárt kockázatok

(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 létrejötté 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 a díjmentessé válás napján;
- a biztosított halála esetén a biztosított halála napján;
- a biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító szolgáltatásának teljesítésével, kivéve a 8.§ (12) pont esetét;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelynek során a biztosított a 65. 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.