

AZ ING BIZTOSÍTÓ ZRT. 333 JELŰ FŐNIX II. BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

1. A biztosítás szolgáltatása

- a) Az ING Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) ezen biztosítás szabályzata alapján a szerződő díjfizetése ellenében a kedvezményezett részére a biztosítási összeget fizeti ki:
- a biztosítottnak a biztosítás tartamán belüli halála esetén, vagy
 - a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül, a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelte után rosszindulatú daganatban való megbetegedése esetén, vagy
 - a biztosítottnál a biztosítás tartamán belül, a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelte után
 - szívinfarktus diagnosztizálása,
 - agyi érkatasztrófa diagnosztizálása,
 - koszorúérműtét végrehajtása,
 - szervátültetés végrehajtása, illetve
 - veseelégtelenség fellépése esetén.

Ha a biztosított(ak) él(nek) a biztosítási tartam lejáratakor, továbbá a biztosítási tartam alatt biztosítási esemény nem következett be, akkor a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

- b) A biztosító lehetőséget ad arra, hogy a főbiztosítottal együtt biztosítottá váljon az a személy is, aki fölött a főbiztosított törvényes képviselőt gyakorol.
- c) Egyazon szerződés alapján a biztosító a biztosítási összeget biztosítottanként csak egyszer fizeti ki. Ha a biztosítási esemény a főbiztosítottnál következik be, akkor a biztosítási összeg kifizetésével a szerződés az összes kiegészítő biztosítással együtt megszűnik, egyéb esetben a szerződés hatályban marad.
- d) A főbiztosítottnak a biztosítás tartamán belül, a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelte előtt rosszindulatú daganatban való megbetegedése, illetve szívinfarktus, agyi érkatasztrófa diagnosztizálása, koszorúérműtét, szervátültetés, vagy veseelégtelenség fellépése esetén a befizetett díjnak a jelen alaptartalomra jutó részét a biztosító visszautalja a szerződőnek. A fenti események bekövetkezésével egyidejűleg a szerződés az összes kiegészítő biztosítással együtt megszűnik. Ha a fenti események valamelyike az egyéb biztosítottnál következik be a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelte előtt, akkor a befizetett díjnak arra az egyéb biztosítottra jutó részét a biztosító visszautalja a szerződőnek. Az esemény bekövetkezésével egyidejűleg a biztosítottnak arra az egyéb biztosítottra vonatkozó kockázatviselése megszűnik, de a szerződés hatályban marad.

2. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

Biztosított(ak): azon személy(ek), aki(k)nek életére, egészségére, valamint testi épségére a biztosító kockázatviselése vonatkozik. Ezen belül:

- *Főbiztosított:* a szerződés biztosítottja, több biztosított esetén az egyéb biztosított(ak) fölött törvényes képviselőt gyakorló személy.

- *Egyéb biztosított(ak):* a szerződés biztosítottja(i), aki(k) fölött a főbiztosított törvényes képviselőt gyakorol.

3. A biztosítási esemény bekövetkezése

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az egyes betegségek esetén a következő:

- rosszindulatú daganatban való megbetegedés esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja;
- szívinfarktus, agyi érkatasztrófa esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja;
- koszorúérműtét, szervátültetés esetén a műtét időpontja;
- veseelégtelenség fellépése esetén a dialíziskezelés megkezdése utáni 60 nap letelte.

4. Betegségdefiníciók

- a) *Rosszindulatú daganat* a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése és szövetek közötti terjedése. A rosszindulatú daganat meghatározás magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett
- a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin- és Non-Hodgkin-lymphoma)
 - a vérrákot (leukémia) a krónikus lymphoid leukémia kivételével
 - a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatát (melanoma malignum).

A biztosítás nem terjed ki:

- a helyi, a környezetét nem elárasztó, úgynevezett lokális daganatokra (carcinoma in situ);
 - a melanoma malignumon kívüli bármilyen bőrrákra;
 - a körülírt, nem a környezetébe törő olyan daganatokra, melyek a korai rosszindulatúvá válás jeleit mutatják;
 - HIV fertőzés mellett fellépő bármely daganatra.
- b) A *szívinfarktus* a szívizomzat egy részének minden réteget érintő – transmuralis – elhalása, amelyet a megfelelő terület hirtelen kialakuló vérellátási elégtelensége okoz.
- c) *Agyi érkatasztrófa* az olyan hirtelen fellépő idegrendszeri történet, agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embóliaforrásból eredő agyi embólia, amelynek akut tünete 24 óránál hosszabb ideig fennállnak. A biztosítás nem terjed ki a balesetből eredő koponyaűri vérzésekre, illetve az átmeneti (24 óránál rövidebb ideig tartó), maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarokra.
- d) *Koszorúérműtét* az a nyitott mellkasban végzett operáció, melynek célja a koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetése lábszárvénából, illetve mellkasból vett érpozlással. A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, melyek közül ma ismert a ballonkatéterrel végzett tágitás, illetve a koszorúér részleges vagy teljes elzáródásának lézeres kezelése. A műtét sürgősségét, illetve orvosilag indokolt voltát igazolni kell.
- e) *Szervátültetés* az a szív-, szív-tüdő-, máj-, illetve vese-

átültetés, ahol a biztosított mint szervet kapó (recipiens) szerepel. A biztosítás a szervet adóra (donor) nem terjed ki. A biztosítás csontvelő-, illetve hasnyálmirigy-átültetésre nem terjed ki.

- f) A *veseelégtelenség* mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző funkcióját jelenti.

5. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

A biztosított (vagy a kedvezményezett) a szolgáltatás iránti igényét a biztosítási esemény bekövetkezését követő 3 hónapon belül köteles bejelenteni a biztosítónak.

A biztosító nem fogadja el az igényt, ha a biztosított megbetegedése, illetve halála öngyilkossági kísérellet összefüggésben, alkoholizmus*, illetve kábítószer vagy egyéb vegyi anyag kábító- vagy bódítószerként való alkalmazása következtében alakult ki.

A biztosító a biztosítási összeget a megbetegedés bekövetkeztét, illetve a műtét elvégzését igazoló alábbi dokumentumok együttes megléte esetén fizeti ki.

- a) *Rosszindulatú daganat* esetében a biztosítottnak bizonyítékot kell szolgáltatnia arra nézve, hogy a rákos daganat a környező szöveteket elárasztotta. A rosszindulatúság igazolására szövettani lelet szükséges.
- b) A *szívinfarktus* bizonyításához szükséges:
- típusos mellkasi fájdalom a kórtörténetben;
 - az infarktust igazoló jellegzetes EKG elváltozások, melyek egyértelműen összefüggésbe hozhatók a jelen káreseménnyel;
 - a szívenzimértékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumok.
- c) Az *agyi érkatasztrófa* elfogadásához 60 napon túl fennálló, maradandó idegrendszeri károsodás megléte szükséges, amelyet ideggyógyász szakvéleménye igazol.
- d) A *koszorúérműtét* előtt készített koszorúérfestés (coronariographia) leletét be kell mutatni. Amennyiben a műtétet nem Magyarországon végzik el, úgy a biztosító orvos-szakértőivel való műtét előtti konzultáció a káresemény elfogadásának feltétele. A kárigény elfogadásához szükséges a műtéttel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció (kórházi jelentés, műtéti leírás) bemutatása.
- e) Amennyiben a *szervátültetést* nem Magyarországon végzik, úgy a biztosító orvosszakértőivel való műtét előtti konzultáció a káresemény elfogadásának feltétele. A kárigény elfogadásához szükséges a szervátültetéssel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció (kórházi jelentés, műtéti leírás) bemutatása.
- f) A *veseelégtelenség* a biztosított számára rendszeres, legalább 60 napja tartó dialíziskezelést jelent, amelyet a biztosítottnak igazolnia kell.
- A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvosszakértője bírálja el.

6. A biztosítás tartama, korhatárok

- a) A biztosítás minimális tartama 5 év, maximális tartama 20 év.
- b) A biztosítás 16 és 55 éves kor közötti főbiztosítottra köthető. A főbiztosított életkora a biztosítás lejáratakor nem haladhatja meg a 62 évet.

- c) Az egyéb biztosított(ak) életkora a biztosításba való belépéskor 1-17 év között lehet. A biztosító egyéb biztosított(ak)ra vonatkozó kockázatviselése a biztosítási tartam lejárataig, de legfeljebb addig a biztosítási évfordulóig tarthat, melyhez az egyéb biztosított(ak) 18. születésnapja a legközelebb esik.

7. Az egyéb biztosítottal kapcsolatos rendelkezések

- a) Az egyéb biztosított(ak) után a szerződőnek kiegészítő díjat kell fizetnie.
- b) Az egyéb biztosítottal kapcsolatos szolgáltatások esetén a kedvezményezett a főbiztosított esetében megnevezett személy, halál esetére pedig a főbiztosított.
- c) Az egyéb biztosított(ak)nak és a főbiztosítottnak járó szolgáltatások összege megegyezik.
- d) Az egyéb biztosítottak száma nincs korlátozva.
- e) Az egyéb biztosított(ak)ra a szerződés megkötésekor vagy a biztosítási évfordulón terjeszthető ki a biztosítás hatálya.
- f) A biztosítás azokra a személyekre is kiterjeszthető – figyelembe véve a 6. pontban leírt korhatárokat –, akik a szerződés hatálybalépése után születnek.

8. A biztosítás díja

- a) A biztosítás díja lejáratiig vagy annak a biztosítási hónapnak a végéig fizetendő, amelyben a főbiztosított halála vagy a 4. pontban definiált bármely esemény az 5. pontban foglaltak szerint bekövetkezett.
- Az egyéb biztosított(ak) után felszámított kiegészítő díj a biztosítás lejáratiig vagy annak a biztosítási évnek a végéig fizetendő, amelyben az egyéb biztosított halála vagy a 4. pontban definiált bármely esemény az 5. pontban foglaltak szerint bekövetkezett, illetve addig a biztosítási évfordulóig, amelyhez az egyéb biztosított 18. születésnapja a legközelebb esik.

- b) A biztosítás díjtételeit a biztosító 5 éves tartamokra garantálja. Az 5 év elteltével a biztosító a díjtételeket felülvizsgálhatja, és a jelen feltételek 4. pontjában definiált betegségek bekövetkezési valószínűségeiben beállott változás esetén új díjtételeket állapíthat meg. Az új díjtételek – az 5 éves garantált periódus letelte után – minden szerződésre egységesen érvényesek. A megváltozott díjtételről a biztosító legkésőbb 30 nappal a biztosítás évfordulója előtt írásban értesíti a szerződőt.

Ekkor a szerződőnek jogában áll az új díjtételt elutasítani, és szerződését olyan kockázati életbiztosításra átdolgozni, amely megbetegedési kockázatra nem nyújt fedezetet. Az átdolgozott szerződés változatlan jogokkal, biztosítási összeggel, lejárati időponttal és csökkentett díjjal él tovább.

A biztosítás díja nem módosítható a halandósági viszonyokban bekövetkezett változás miatt.

*Alkoholizmus: a szesztartalmú italok rendszeres, tartós, mértéktelen fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus-pszichés, kóros elváltozások együttese; amikor a testi-lelki megbetegedés kóroki tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.

- c) A biztosítás díja éves, féléves, negyedéves vagy havi fizetésű lehet. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja.
- d) A havi díjfizetéstől eltérő díjfizetési módok esetén, valamint a díj nagyságától függően a biztosító díjengedményt adhat. A díjengedmény egy biztosítási évre érvényes.
- e) Az egyéb biztosított(ak) után fizetendő kiegészítő díj csak a biztosítási összegtől függ, így független az egyéb biztosított(ak) nemétől és korától. A kiegészítő díjat az összes egyéb biztosított után meg kell fizetni, de több egyéb biztosított esetén a biztosító díjengedményt adhat. A díjengedmény egy biztosítási évre érvényes.

9. A biztosítási összeg

- a) A biztosítási összeget a szerződő fél választja meg a szerződéskötéskor.
- b) A biztosítási összeget növelheti a 10. pontban meghatározott díjnövelési lehetőség. A díjnöveléssel megnövekedett biztosítási összeg a következő növelésig érvényes.

10. Automatikus díjnövelés

- a) A biztosító a biztosítási tartam alatt pótlólagos költség felszámítása és újabb kockázatbírálás (orvosi vizsgálat) nélkül lehetőséget ad a szerződőnek arra, hogy a biztosítás díját évente növelje, és így inflációs időszakban a biztosítási összeg reálértékének csökkenését mérsékelje.
- b) Az automatikus díjnövelési lehetőség csak akkor érvényesíthető, ha ezt a szerződő az alap- és a hozzá tartozó összes kiegészítő biztosítás esetében elfogadja.
- c) A díjnövelés mértékét a biztosító minden évben a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett inflációs ráta 100%-ában állapítja meg. A díjnövelésre a biztosítási évfordulón van lehetőség. Amennyiben a biztosítás évfordulója július 2. és december 31. napja közé esik, az értesítés a megelőző év inflációs rátájához, amennyiben a biztosítás évfordulója január 1. és július 1.

napja közé esik, az értesítés a megelőző év előtti év inflációs rátájához igazodó díjnövelési lehetőséget tartalmazza. Ha az infláció mértéke nem éri el az 5%-ot, a biztosító 5%-os díjnövelési lehetőséget kínál fel.

- d) A díjnövelés mértékéről és a megnövelt biztosítási összegekről a biztosító legkésőbb 30 nappal a biztosítás évfordulója előtt értesíti a szerződőt. A szerződőnek jogában áll a díjnövelési lehetőséget visszautasítani, ha azonban ezt 30 napon belül nem teszi meg, a biztosító a megnövelt díjat tekinti érvényesnek.
- e) Ha a szerződő egymás után két díjnövelést utasít vissza, a továbbiakban a biztosító nem ajánlja fel az automatikus díjnövelés lehetőségét.
- f) A biztosítás tartamától függően a díj nem növelhető tovább a szerződés utolsó éveiben a következők szerint:

A biztosítás tartama (év)	Az utolsó évek száma, amikor a díj nem növelhető tovább
5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10 és több	5

11. Maradékjogok

Jelen biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, ezért nem érvényesek rá az Általános Életbiztosítási Szabályzatnak a visszavásárlásra, díjmentesítésre, kölcsön felvételére és az automatikus díjkölcsönre vonatkozó rendelkezései.

12. Egyéb szabályok

A jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító Általános Életbiztosítási Szabályzata és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

Budapest, 2006. április 1.