

AZ ING BIZTOSÍTÓ ZRT. 934 JELŰ KRITIKUS BETEGSÉGEKRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

1. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

- a) *Biztosító*: ING Biztosító Zrt., székhely: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/b.
- b) *Alapbiztosítás*: az a főbiztosítás, amelyhez a szerződő kiegészítő biztosításokat köthet.
- c) *Kiegészítő biztosítás*: a biztosítási szerződés alapbiztosításának szolgáltatásai a kiegészítő biztosítás(ok) szolgáltatásaival egészíthetők ki. Jelen biztosítás kiegészítő biztosításnak minősül és csak meghatározott alapbiztosítás mellé köthető.
- d) *Biztosított(ak)*: az(ok) a természetes személy(ek), aki(k)-nek életére, egészségére és testi épségére a biztosító kockázatviselése vonatkozik. Ezen belül:
- *Főbiztosított*: az a biztosított személy, akit az alapbiztosítás főbiztosítottként nevez meg vagy – ennek hiányában – az alapbiztosítás biztosítottja.
- A biztosító lehetőséget ad arra, hogy a főbiztosítottal együtt több egyéb biztosított is biztosítottá váljon az alábbiak szerint:
- *Egyéb biztosított(ak)*: a jelen kiegészítő biztosításban megnevezett egyéb biztosított(ak), aki(k) fölött a főbiztosított törvényes képviselője gyakorol.
- A továbbiakban főbiztosított és az egyéb biztosított együttesen biztosítottként kerül a jelen szerződési feltételekben megnevezésre. Amennyiben a jelen szerződési feltételek valamely rendelkezése csak a főbiztosítottra, vagy csak az egyéb biztosítottra vonatkozik, úgy a főbiztosított, vagy az egyéb biztosított megnevezés kerül használatra.
- e) *Kedvezményezett*: a biztosító teljesítésére jogosult személy, aki
- a főbiztosított esetében a 934 jelű kiegészítő biztosításnál kedvezményezettként megjelölt személy, ennek hiányában a főbiztosított, illetve a főbiztosított halála esetén a főbiztosított örököse,
 - az egyéb biztosított esetében a főbiztosítottnál a 934 jelű kiegészítő biztosítás kedvezményezettjeként megjelölt személy, illetve ennek hiányában a főbiztosított, feltéve, hogy a kedvezményezett ilyen módon történő kijelöléséhez az egyéb biztosított törvényes képviselője írásban hozzájárult.
- f) *Várakozási idő*: jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a biztosító várakozási időt köt ki, amelynek időtartama, a szerződés hatálybalépésétől számított 180 nap. A biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan biztosítási eseményekre, amelyek a várakozási idő alatt következnek be, és nem állnak balesettel okozati összefüggésben. Ez esetben a biztosítót szolgáltatási kötelezettség

nem terheli. Amennyiben a biztosítási tartam alatt egyéb biztosítottat vonnak be a szerződésbe, úgy az egyéb biztosított vonatkozásában a várakozási idő attól a naptól számított 180 nap, amelytől a biztosító az adott egyéb biztosított vonatkozásában kockázatban áll.

2. A biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap elteltét követően a biztosítás területi hatályán belül bekövetkező kritikus betegségben történő megbetegedése, illetve a biztosított kritikus betegségből bekövetkező halála, amennyiben az a biztosító orvosának véleménye alapján a jelen feltételek 2/b) pontjában felsorolt kritikus betegségekkel ok-okozati összefüggésben következett be.
- b) Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában kritikus betegség
- ba) a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül, **a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelte után** rosszindulatú daganatban való megbetegedése,
 - bb) a biztosítottnál a biztosítás tartamán belül, **a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelte után**
 - a szívinfarktus diagnosztizálása,
 - az agyi érkatasztrófa diagnosztizálása,
 - a koszorúérműtét végrehajtása,
 - a szervátültetés végrehajtása, illetve
 - a veseelégtelenség fellépése.
- c) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az egyes biztosítási események esetén a következő:
- rosszindulatú daganatban való megbetegedés esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja,
 - szívinfarktus és agyi érkatasztrófa esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja,
 - koszorúérműtét és szervátültetés esetén a műtét időpontja,
 - veseelégtelenség fellépése esetén a dialízis kezelés megkezdése utáni 60 nap letelte,
 - halál esetén a haláleset bekövetkezésének időpontja.

A mennyiben a 2/b) pontban meghatározott események a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül valósulnak meg, úgy azok nem minősülnek jelen feltételek szempontjából kritikus betegségnek és a biztosító ez esetben a 3/e)-f) pontokban meghatározottak szerint szolgáltat. A fentiek vonatkozásában tehát a biztosító várakozási időt köt ki.

3. A biztosítás szolgáltatása

- a) A biztosító ezen kiegészítő biztosítás szabályzata alapján a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek

- és ezzel a kiegészítő biztosítás megszűnik.** A biztosítási összegre vonatkozó szabályokat a jelen feltételek 7. pontja tartalmazza.
- b) A biztosító jelen kiegészítő biztosítás alapján ugyanazon biztosított esetében a biztosítási összegnek megfelelő szolgáltatást legfeljebb egyszer nyújtja, azaz a szolgáltatások nem adódnak össze. Ennek megfelelően a biztosító adott biztosított vonatkozásában csak egyszer szolgáltat amennyiben
- a biztosított esetében egyszerre több, a jelen feltételek 2/b) pontjában felsorolt betegségek együttesen, vagy külön-külön lépnek fel,
 - a biztosított részére a biztosító már a jelen feltételek 2/b) pontjában meghatározott betegségek bekövetkezése miatt szolgáltatást nyújtott, úgy a biztosított ezen betegségből bekövetkező halála esetén a biztosító további kifizetést már nem teljesít.
- c) Ha a biztosított(ak) él(nek) a biztosítási tartam lejáratakor, továbbá ha a biztosítási tartam alatt biztosítási esemény nem következett be, akkor a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.
- d) Ha a biztosítási esemény a főbiztosítottnál következik be, akkor a biztosítási összeg kifizetésével jelen kiegészítő biztosítás megszűnik. Ha a biztosítási esemény valamely egyéb biztosítottnál következik be, a többi biztosított vonatkozásában jelen biztosítás érvényben marad.
- e) 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 díjaknak a jelen kiegészítő biztosításra jutó részét a biztosító visszautalja a szerződőnek. A fenti események bekövetkezésével egyidejűleg jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, de az alapt biztosítás a többi kiegészítő biztosítással együtt érvényben marad.
- f) Ha a 2/b) pontban felsorolt események valamelyike az egyéb biztosítottnál következik be a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap eltelte előtt, akkor a befizetett díjaknak arra az egyéb biztosítottra jutó részét a biztosító visszautalja a szerződőnek. Az esemény bekövetkezésével egyidejűleg a biztosítónak arra az egyéb biztosítottra vonatkozó kockázatviselése megszűnik, de a többi biztosított vonatkozásában jelen kiegészítő biztosítás érvényben marad.

4. A biztosítás területi hatálya

A kritikus betegségek vonatkozásában a biztosító kockázatviselése az Európai Unió területén belül diagnosztizált esetekre és az Európai Unió területén belül elvégzett műtétekre terjed ki. Szervátültetés esetén, ha a műtetre külföldön kerül sor a biztosító előzetes hozzájárulása szükséges.

5. Betegségdefiníciók

- a) *Roszzindulatú daganat* a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése és szövetek közötti terjedése. A rossz-

indulatú 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. Az akut idegrendszeri tünetek meghatározás magába foglalja a következőket: agyideg bénulása, beszédképesség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség. A biztosítás nem terjed ki az idegrendszeri történetet követően kialakuló hangulatváltozásra, koncentráció- és memória-zavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyságra, szédülésre, balesetből eredő koponyaűri vérzésekre, illetve az átmeneti (24 óránál rövidebb ideig tartó), maradó 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 ballon katéterrel végzett tágitás, illetve a koszorúér keringésének biztosítása céljából behelyezett bármely típusú stent (sztent) műtét.
- e) Szervátültetés az a szív-, szív-tüdő-, máj-, illetve veseátültetés, 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.

6. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- a) A biztosított (vagy a kedvezményezett) az igényt a biztosítási esemény bekövetkezését követő 90 napon belül köteles írásban bejelenteni a biztosítónak.
- b) A biztosító a biztosítási összeget az egyes megbetegedések bekövetkeztét, illetve a műtét elvégzését igazoló alábbi dokumentumok együttes megléte esetén fizeti ki.
- Rosszindulatú daganat esetén szükséges:

- eredeti kórházi zárójelentés,
- sebészeti műtéti leírás,
- onkológiai szakvélemény,
- szövettani lelet másolata.
- Szívinfarktus esetén szükséges:
 - eredeti kórházi zárójelentés,
 - EKG görbe,
 - a szívizom értékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumok.
- Agyi érkatasztrófa esetén szükséges:
 - eredeti kórházi zárójelentés,
 - ideggyógyászati szakvélemény 60 napon túl fennálló, maradandó neurológiai károsodásról.
- Koszorúérműtét esetén szükséges:
 - eredeti kórházi zárójelentés,
 - a műtétet megelőzően készített koszorúérfestés lelete (coronariographia).
- Szervátültetés esetén szükséges:
 - eredeti kórházi zárójelentés,
 - műtéti leírás,
 - transzplantációs gondozó jelentése,
 - amennyiben külföldön történt a műtét a biztosító előzetes hozzájárulásának másolata.
- Veseelégtelenség esetén szükséges:
 - eredeti kórházi zárójelentés,
 - nefrológiai gondozó jelentése,
 - dialízis osztály jelentése a legalább 60 napja tartó dialízis kezelésről.

A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvosszakértője bírálja el.

- c) A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges további dokumentumokat a biztosító Általános Életbiztosítási Szabályzatának (ÁÉSZ) 16. §-a tartalmazza.

7. A biztosítási összeg

- a) A kritikus betegségekre szóló biztosítási összeget a szerződő fél választja meg a szerződéskötéskor.
- b) A kritikus betegségekre szóló kezdeti biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza.
- c) A kritikus betegségekre szóló biztosítási összeg a főbiztosított és az egyéb biztosított(ak) vonatkozásában megegyezik.
- d) A kritikus betegségekre szóló biztosítási összeget növelheti a 14. pontban meghatározott díjnövelési lehetőség. A díjnöveléssel megnövekedett biztosítási összeg a következő növelésig érvényes.

8. A biztosító mentesülése

A teljesítési kötelezettség alóli mentesülés szabályait az ÁÉSZ 17. §-a tartalmazza.

9. Kizárások

- a) A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:

- ha igazolható, hogy a biztosított megbetegedése, műtétje, illetve halála öngyilkossággal összefüggésben vagy alkoholizmus¹ következtében, vagy alkoholos befolyásoltság, kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt alakult ki, kivéve ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
 - ha a kritikus betegséget az Európai Unió területén kívül diagnosztizálták, illetve, ha az ezzel kapcsolatos műtétet az Európai Unió területén kívül végezték el.
- b) A kockázatviselésből kizárt további kockázatokat az ÁÉSZ 18., 19. és 20. §-a tartalmazza.

10. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

A kiegészítő biztosítás a főbiztosított és az összes egyéb biztosított vonatkozásában megszűnik az alábbi esetekben:

- a) a szerződésben meghatározott lejáratú időpontban,
- b) a főbiztosított halála esetén, a halál időpontjában,
- c) a díjfizetés elmulasztása esetén (ÁÉSZ 9. §),
- d) az alapbiztosítás felmondása és visszavásárlása esetén (ÁÉSZ 12. §),
- e) az alapbiztosítás díjmentes leszállítása esetén (ÁÉSZ 13. §),
- f) jelen szabályzat 13. f) pontja szerint felmondással,
- g) a szerződő részéről évfordulón történő felmondással:

A 934 jelű Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás, a szerződő által megtett írásbeli nyilatkozattal az aktuális biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal – a következő biztosítási évtől kezdődően – az alapbiztosítástól függetlenül írásban felmondható azzal a feltétellel, hogy az alap és a hozzá tartozó kiegészítő biztosítás(ok) esedékes díjai az évfordulóig kiegyenlítésre kerüljenek.

11. A biztosítás tartama, korhatárok

- a) A biztosítás tartama egy év. A biztosítás tartama minden következő biztosítási évre meghosszabbodik, amennyiben a biztosító által meghatározott és felajánlott – a következő biztosítási évre érvényes – biztosítási díj esedékes részét a szerződő megfizeti. Az egyes biztosítási évekre vonatkozó biztosítási díj megállapítására, módosítására a 13. pont rendelkezései az irányadóak.
- b) A biztosítás 1 és 60 éves kor közötti főbiztosítottra köthető. A biztosítás tartamát az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a főbiztosított 65 éves koráig lehet meghosszabbítani.
- 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 lejáratáig, de legfeljebb addig a biztosítási évfordulóig tarthat, melyhez az egyéb biztosított(ak) 18. születésnapja közelebb esik.

² 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.

12. Az egyéb biztosítottal kapcsolatos rendelkezések

- a) A biztosítás hatályát az egyéb biztosított(ak)ra a szerződés megkötésekor vagy a biztosítási évfordulón lehet kiterjeszteni. A biztosítás tartama alatt újonnan megjelölni kívánt egyéb biztosított(ak)at a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal kell írásban bejelenteni a biztosító felé. A biztosító a beérkezéstől számított 15 napon belül elbírálja az igényt és annak eredményéről írásban tájékoztatja a szerződőt. Amennyiben az elbírálás eredményéről a biztosító nem tájékoztatja a szerződőt az igény beérkezésétől számított 15 napon belül, úgy az új egyéb biztosított bejelentésére vonatkozó igényt elfogadottnak kell tekinteni és az egyéb biztosított vonatkozásában a biztosítási évfordulótól kezdődően megkezdődik a biztosító kockázatviselése.
- b) A biztosítást azokra a személyekre is ki lehet terjeszteni – figyelembe véve a 11. pontban leírt korhatárokat –, akik a szerződés hatálybalépése után születnek.
- c) A biztosításban szereplő egyéb biztosított(ak) megjelölésének visszavonása csak biztosítási évfordulóval lehetséges. A biztosítás tartama alatt egyéb biztosított(ak) megjelölésének visszavonását a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal kell írásban bejelenteni a biztosító felé. Ez esetben a visszavonással érintett egyéb biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a biztosítási évfordulóval megszűnik.
- d) Az egyéb biztosítottak száma nincs korlátozva.
- e) Az egyéb biztosított(ak) kritikus betegsége esetén, a többi biztosított vonatkozásában jelen kiegészítő biztosítás érvényben marad.

13. A biztosítás díja

- a) Jelen kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt legfeljebb az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a főbiztosított 65 éves koráig vagy annak a biztosítási hónapnak a végéig fizetendő, amelyben a főbiztosított halála vagy a 2/b)-ben felsorolt és az 5. pontban részletesen meghatározott bármely esemény a 2/c) pontban foglaltak szerint bekövetkezett.
- b) Az egyéb biztosított(ak) után a szerződőnek kiegészítő díjat kell fizetnie. Az egyéb biztosított(ak) után felszámított kiegészítő díj az alapbiztosítás díjával együtt legfeljebb az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végéig vagy annak a biztosítási évnek a végéig fizetendő, amelyben az egyéb biztosított halála vagy a 2/b)-ben felsorolt és az 5. pontban részletesen meghatározott bármely esemény a 2/c) pontban foglaltak szerint bekövetkezett, illetve addig a biztosítási évfordulóig, amelyhez az egyéb biztosított 18. születésnapja közelebb esik.
- c) Az egyéb biztosított(ak) után felszámított kiegészítő díj csak a biztosítási összegtől függ, az egyéb biztosított(ak)

- korától független. 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.
- d) A kiegészítő biztosítás díja változó. A szerződés megkötésekor megállapított díj a biztosítás első évére (biztosítási év) érvényes. A biztosító kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját a következő biztosítási évre vonatkozóan egyoldalúan módosítsa.
 - e) A kiegészítő biztosítás további egy-egy évre (biztosítási év) szóló díjainak meghatározásánál a biztosító figyelembe veszi a biztosított aktuális életkorát és/vagy a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változását különösen, de nem kizárólagosan, ha a vonatkozó törvényi szabályozás változásából vagy egyéb okból eredően a díjkalkulációnál használt statisztikában lényeges változás állna be.
 - f) Az új biztosítási díjról a biztosító legkésőbb 30 nappal a biztosítás évfordulója előtt levélben értesíti a szerződőt. Az új díj elfogadása az első részlet megfizetésével történik. Amennyiben a szerződő az új biztosítási díjat írásban elutasítja, akkor az egyúttal a jelen kiegészítő biztosítás szerződő általi felmondásának minősül, és ez esetben a kiegészítő biztosítás valamennyi biztosított vonatkozásában a biztosítási évfordulóval megszűnik.
 - g) A kiegészítő biztosítás díjában érvényesítésre kerül az alapbiztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díjnagyság után járó díjkedvezmény egyaránt.

14. Automatikus díjnövelés

Az alapbiztosítás feltételeiben meghatározott automatikus díjnövelésre vonatkozó szabályok jelen kiegészítő biztosításra maradéktalanul érvényesek.

15. Maradékjogok

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

16. Egyéb szabályok

A jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító Általános Életbiztosítási Szabályzata és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. Jelen feltételeket és az Általános Életbiztosítási Szabályzatot a biztosítási szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.

Budapest, 2012. december 3.