

TB I., II. ROKKANTSÁGI CSOPORTRA – (79-100%-OS EGÉSZSÉGHÁROSODÁSRA) – VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI 2010/TB1

I. Általános rendelkezések

1. A jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a K&H élet-társ kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános feltételeit (a továbbiakban általános feltételek) is alkalmazni kell. Jelen feltételeket és az általános feltételeket a biztosítási szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni. Jelen kiegészítő biztosítás csak főbiztosítás mellé köthető.
2. A jelen feltételekben meghatározott TB I.-II. rokkantság, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződés (fő- és kiegészítő biztosítás) adott biztosított vonatkozásában megszűnik. Amennyiben a biztosítási szerződés több biztosítottra is vonatkozik és a fenti biztosítási esemény a főbiztosított esetében következik be, úgy a teljes biztosítási szerződés az összes biztosított (fő-, és társbiztosított) vonatkozásában megszűnik.
3. A kezelési, ápolási költségeket a biztosító nem téríti.

II. A biztosított

1. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésekor nem áll kórházi kezelés, táppénz illetve rokkant nyugdíjazás alatt.
2. Nem lehet biztosított az a személy, aki a kockázatviselés kezdetét megelőzően az Országos Orvosszakértői intézet vagy egyéb orvosszakértői intézet, illetve az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: orvosszakértői intézet) már benyújtott a munkaképesség csökkenésének, 2008 január 1-e után egészségkárosodásának megállapítására irányuló kérelmet, akit ezen intézetek véleményeztek illetve új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván, továbbá az akinek rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjra jogosultsága megszűnt.
3. Továbbá nem lehet biztosított az a személy, aki a kockázatviselés kezdetét megelőzően a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez jelentett már be igényt nyugdíjra, járadékra, segélyre vagy ilyen ellátásban részesül (pl. rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíj; baleseti, rehabilitációs, egészségkárosodási vagy átmeneti járadék; rendszeres szociális segély).

III. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség, baleset, egészségi állapotromlás, testi vagy szellemi fogyatkozás, melynek következtében a biztosítottat az 1997. évi LXXXI. tv. 36/A § (1)a) aa) pontja szerint véglegesen I.-II. rokkantsági csoportba sorolják, azaz az orvosszakértői intézet szakvélemény formájában 79-100%-os egészségkárosodást állapít meg, feltéve hogy a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezi a biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését.
2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja fő szabályként a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez történő igénybejelentés napja. (A biztosító egyedi esetekben dönthet úgy is, hogy azt a biztosítási védelemben töltött időpontot veszi alapul, amelyet az orvosszakértői intézetnél állapítanak meg mint az egészségkárosodás fennállásának kezdeti dátuma.)

IV. Biztosítási összeg

A kezdeti biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza.

V. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az orvosszakértői intézet végleges szakvéleménye keltének időpontjában aktuális biztosítási összeget téríti és ezzel a biztosítási szerződés a jelen feltételek általános rendelkezéseinek 2. pontjában rögzítettek szerint megszűnik. Amennyiben a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezett rokkantsággal összefüggő ellátási igényre vonatkozó eljárásban az egészségkárosodás mértékét megállapító orvosszakértői intézet szakvéleménye keletkezik a tartamon túl, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó aktuális biztosítási összeget kell figyelembe venni.
2. Kivételesen – a biztosító orvosszakértőjének állásfoglalása alapján – sor kerülhet a biztosító szolgáltatásának teljesítésére az orvosszakértői intézet szakvéleményének meghozatalát megelőzően is.
3. Biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnél a végéig illeti meg a biztosítót, amelyben a biztosítási szolgáltatás esedékessé vált. Amennyiben a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezett rokkantsági eljárásban az egészségkárosodás mértékét megállapító orvosszakértői intézet szakvéleménye keletkezik a tartamon túl, akkor a biztosítót a szerződés tartamának végéig járó biztosítási díj illeti meg.
4. A biztosító visszautalja a szerződőnek a biztosítási szerződésre addig befizetett biztosítási díjakat, amennyiben a várakozási idő letelte előtt következett be az olyan balesettel okozati összefüggésben nem álló betegség, egészségi állapotromlás, testi vagy szellemi fogyatkozás, amely az itt szabályozott egészségkárosodás alapjául szolgál. A biztosító akkor is így jár el, amennyiben a várakozási idő letelte előtt rokkantsággal összefüggő igényt jelent be a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez, kivéve ha annak alapja igazolhatóan a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkezett baleset. A díj visszafizetésével a biztosítási szerződés a jelen feltételek általános rendelkezéseinek 2. pontjában rögzítettek szerint megszűnik.

VI. Kizárt kockázatok

A kockázatviselés köréből kizártak:

- a biztosítás illetve a kockázatviselés kezdete előtt megkezdődött gyógykezelések,
- a kockázatviselés nem terjed ki továbbá az olyan munkaképesség-csökkenésre, amelynél az alapul szolgáló betegség, baleset, egészségi állapotromlás, testi vagy szellemi fogyatkozás a kockázatviselés időbeli hatályán kívül alakult ki (például a betegségek a kockázatviselés kezdete előtt keletkeztek vagy a kockázatviselés befejezését követően rosszabbodott a biztosított egészségi állapota),
- olyan betegségek és balesetek, valamint azok következményei, amelyek alkohol vagy kábítószer élvezete miatt alakulnak ki illetve következnek be, továbbá ha ezek miatt rosszabbodnak,
- olyan betegségek és balesetek, valamint azok következményei, amelyek zavargások és verekedések során keletkeztek,
- olyan betegségek és balesetek, valamint azok következményei, amelyek a biztosított által elkövetett bűncselekmények miatt keletkeztek,
- az öngyilkosság és kísérletének következményei,
- az általános feltételekben kizárt kockázatok.

VII. Kárigény

1. Az egészségkárosodás/rokkantság megállapításának kezdeményezését 15 napon belül írásban a biztosító tudomására kell hozni. Az orvosszakértői szakvélemény kézhezvételét 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.

2. A kárigény teljesítéséhez a következő dokumentumokat kell benyújtani:

- hiánytalanul kitöltött kárigény bejelentő nyomtatványt,
- a munkaképesség-csökkenés megállapítására irányuló kérelem másolatát,
- a szolgáltatási igény előterjesztésekor – az orvosszakértői szakvélemény kézhezvétele után – be kell nyújtani az egészségkárosodás, rokkantság illetve ezzel kapcsolatos ellátásra való jogosultság megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, határozatok, orvosi indoklások másolatát, valamint az orvosszakértői intézet szakvéleményének másolatát,
- ha a munkaképesség-csökkenés okozati összefüggésbe áll balesettel, akkor a baleset körülményeit tartalmazó dokumentumok másolatát (rendőrségi határozat, jegyzőkönyv),
- amennyiben szükséges, a biztosító az általános feltételek 2. számú mellékletében meghatározott dokumentumokat is bekérheti.