

ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

A jelen kiegészítő ügyféltájékoztató az AHICO Biztosító Zrt. 403-es jelű és EU403-as jelű alap életbiztosításainak és az azokhoz köthető kiegészítő biztosításoknak a 2003. évi LX. törvényben (Bt) meghatározott jellemzőit, a Bt-ben meghatározott adat- és titokvédelmi ill. adatkezelési tájékoztatót, valamint a biztosító főbb adatait tartalmazza. A biztosítási szerződés további jellemzőiről és a biztosítás részletes feltételeiről az életbiztosítási feltételek nyújtának tájékoztatót és az életbiztosítási feltételek kizárólag együtt érvényesek és együttes ismeretük minősül ügyféltájékoztatásnak.

	160-as és EU160-as jelű baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás	161-es és EU161-es jelű baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás	167-es és EU167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozásra esetére szóló kiegészítő biztosítás	169-es és EU169-es jelű balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás	177-es és EU177-es kórházi szolgáltatások esetére szóló kiegészítő biztosítás	190-es és EU190-es orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosítás	110-es és EU110-es Kritikus betegségekre szóló "Critical Care" elnevezésű kiegészítő biztosítás
Kockázatviselés kezdete	A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájaktól kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.						
Biztosítási kötvény	A biztosító részére benyújtott ajánlat elfogadása esetén, a biztosító a létrejött biztosítási szerződésről vízigeltes biztonsági papírra nyomtatott biztosítási kötvényt állít ki és küld el a szerződő részére.						
Várakozási idő	A biztosító 3 hónapos várakozási időt köt ki, mely időszak alatt csak a baleset vagy heveny fertőző betegség miatt bekövetkező haláleset esetében kerül kifizetésre a biztosítási összeg.	Nincs várakozási idő			Betegségből eredő kórházi kezelés esetén 60 nap várakozási idő után szolgáltat a biztosító.	Nincs várakozási idő	A biztosítás kezdetétől számított három (3) hónap. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási esemény esetén a biztosító biztosítási szolgáltatást nem teljesít. Ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be a biztosító a befizetett díjakat visszafizeti.
Biztosítási tartam	A szerződésben megjelölt tartam végéig, vagy lejáratát kor eléréséig tartó időszak.	A biztosítás egy éves időtartama szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha az a biztosítási év letele előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel, illetve a biztosítási évfordulón esedékes díj megfizetésére kerül.					
Biztosítási esemény	A biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála.	A biztosított baleset következtében bekövetkező halála.	A biztosított baleset következtében bekövetkező: a.) maradandó teljes rokkantsága, b.) maradandó részleges rokkantsága.	A biztosított baleset következtében bekövetkező csonttörése, vagy baleset következtében bekövetkező égési sérülése.	Baleset, vagy betegség következtében a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátása, valamint a szerződésben megnevezett olyan súlyos betegsége, melynek kapcsán orvosi konzultáció kérhető.	Orvosi konzultáció a biztosított a szerződésben meghatározott betegsége kapcsán.	A biztosítottnak a kockázatviselés hatálya alá tartozó, a biztosítási szerződés 5. pontjában, 1) vagy 1-7) vagy 1-32) sorszám alatt meghatározott és leírt betegségek, állapotok, egyikének első alkalommal történő elszívása, vagy a kockázatviselés hatálya alá tartozó, a biztosítási szerződés 5. pontjában, 1) vagy 1-7) vagy 1-32) sorszám alatt meghatározott és leírt műtéti beavatkozások egyikének első alkalommal történő végrehajtása, feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisának megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van.
Biztosító szolgáltatása	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatási összeget fizeti ki. A biztosítás megszűnésakor esedékesse váló szolgáltatás egyösszegeben vagy külön megállapodás alapján a járandék opciók egyike szerint kerül kifizetésre.	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.	a.) Balesetből származó maradandó teljes (100%) rokkantság esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki. b.) Balesetből származó maradandó részleges rokkantság esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.	A biztosított baleseti eredetű csonttörése vagy baleseti eredetű égési sérülése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget az adott törés, vagy égési sérülés mértékének megfelelő összeget fizeti ki.	a.) A biztosító a kórházi ellátás 1. napjától az ellátás tartama alatt (max. 90 napig) a szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti ki, intenzív ellátás esetén 50 %-al emelt térítést fizet, minden napi térítés után 50 % rehabilitációs támogatást fizet. b.) Ha a biztosítottat műtéti eljárás alá utalják, a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegből a műtét bonyolultságának megfelelő műtétit térítést fizet. c.) A biztosított által kért orvosi konzultáció költségét a biztosító téríti meg a szolgáltatott részére.	A biztosított által kért orvosi konzultáció költségét a biztosító téríti meg a szolgáltatott részére.	A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
Díjfizetés	A biztosítás lehet egyszeri vagy rendszeres (éves, féléves, negyedéves) díjfizetésű. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótlékokat számít fel.	A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeséig időpontjáig.					

	403 és EU403 alap életbiztosítás	160-es és EU160-as jelű baleseti halál kiegészítő biztosítás	161-es és EU161-es jelű baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás	167-es és EU167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és égési mutéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítás	169-es és EU169-es jelű balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás	177-es és EU177-es Kórházi szolgáltatások esetére szóló kiegészítő biztosítás	190-es és EU190-es Orvosi konzultáció esetére szóló kiegészítő biztosítás	110-es és EU110-es Kritikus betegségekre szóló "Critical Care" elnevezésű kiegészítő biztosítás
Díjfités szabályai	A biztosítás díját a kötvényen feltüntetett pénznemben kell megfizetni a biztosító által megadott, erre a célra fenntartott bankszámlaszámra. A díjfités felmerülő költségei a szerződött költségek, a megadott pénznemben történő jóváírást foglalja el. A díjfités időpontja az esedékes díj, megadott számlaszámra történő jóváírásának időpontja. A megadott számlaszámtól eltérő számlaszámra történő utalás nem minősül díjfitésnek, és az ilyen téves utalásból adódóan a biztosítót a biztosítási szerződésre vonatkozó kötelezettség nem terheli, illetve a téves utaláshoz kapcsolódó esetleges átváltással összefüggésben felmerült árfolyam-különbözet a szerződött terhelést/illetti. Euro alapú biztosítási szerződés esetén, ha a biztosítási díj, illetve díjfelleg bármely jogcímen a szerződő részére visszatérítésre kerül, a visszatérítendő összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.							
Konverziós szabály	Amennyiben a kötvényoldalon meghatározott pénznem a Magyar Köztársaság területén a szerződés hatályba lépését követően nem minősül jogzerű fizetőszámlának, úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség pénznemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes pénznemre (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénznemben kifejezni. Az átváltás időpontjától kezdve a Biztosító és a Szerződő a kötelezettségeiket az új pénznemben kötelesek teljesíteni, a szerződés bármely, megelőzően érvényes pénznemre történő hivatkozása érvénytelenül válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el. Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénznemben történő felülértékelésével.							
Szerződés megszűnése	a.) a biztosított halálakor, b.) a biztosítás lejáratakor, c.) a díjfités elmaradásakor.	a) 160, EU160, 161, EU161, 169, EU169, 190, EU190 esetében, a biztosított 65. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókor, a 167, EU167, 177, EU177 esetében, a biztosított a 60. betöltött életévét követő biztosítási évfordulókor; b) díjmentítés esetén; c) alapbiztosítás megszűnésekor d) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmabetegségére való tekintettel cselekvőképzetlennek nyilvánítják; e) katonai szolgálat, háború idején. A fentiekben túl az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik a kiegészítő biztosítás érvényességének érmése nélkül az alábbi esetekben: a.) a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltatás részére történő átadásával; b.) ha a biztosított megváltoztatta a tartózkodási országát; c.) ha a Szolgáltató felfüggeszti, illetve megszünteti tevékenységét.						a) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti; b) a biztosítottak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával; c) a biztosítási összeg kifizetésével; d) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti túrelmi időn belül nem fizetik meg; e) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen lezárallítják vagy bármely okból megszűnik; f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor; g) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszatérítésével; h) a szerződő írásbeli felmondásával.
Szerződés felmondása	a.) a biztosító a biztosítási szerződést a Ptk. 537. és 541. §-ában meghatározott esetekben mondhatja fel, b.) a szerződő a biztosítási szerződés kézhezvételét követő 30 napon belül felmondhatja a szerződést.	A kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékesség időpontjára 30 nappal az esedékesség előtt írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.						
A szerződő felmondásakor a biztosított által visszatartott költségek	a.) orvosi vizsgálat költsége (amennyiben a biztosított részt vett a biztosító által előírt orvosi vizsgálaton), b.) kötvényesítés adminisztrációs költsége c.) kockázatviselés költsége A kötvényesítés adminisztrációs költsége és a kockázatviselés költsége az esetleges orvosi vizsgálatnak a felmondás időpontjában érvényes árfolyam alapján Euró-ban számított költségét vonja le. Euró alapú biztosítás esetén a visszatérítendő díjból a biztosító az esetleges orvosi vizsgálatnak a felmondás időpontjában érvényes árfolyam alapján Euró-ban számított költségét vonja le.							
Biztosító mentesítése, kizárások	a.) ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét, b.) ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg, c.) ha a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosságot következtében halt meg d.) ha a biztosított halálát opportunista fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés okozta, felteve, hogy a halál bekövetkezésekor a biztosított kimeríthatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szindrómában kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS)	a) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés, b) bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogénikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések, (ez a kizárás a 177-es és az EU 177-es jelű kiegészítő biztosításokra nem vonatkozik!), c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazták, d) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megexyzik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknel, e) a biztosított öngyilkossága, önszontkítása illetve ezek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetésének elme- és tudatlálapotára), f) bármely ideg vagy elméleti rendellenesség, elnevezésűktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar), g) bármely sérvet, lumbagot vagy scoliat (az ülő-ídeg zsába egyedi formáját) okozó sérülés, h) bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-vel kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bárm mutans származékát vagy változatát.						a) a biztosított által szándékosan okozott sérülés vagy megbetegedés (tekintet nélkül a biztosított elkövetésének tudatlápotára); b) a biztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése; c) a biztosított mértéketlen alkohol fogyasztása, illetve alkoholbetegsége; d) a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavarásban történő jogellenes részvétele; e) a biztosított AIDS betegsége vagy HIV-vírussal való fertőzöttsége; f) maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák; g) mérgező vagy máro anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése; amennyiben a beleegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja; h) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség. (Amennyiben a biztosított a szerződés-kötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegségre, illetve azok kezelésére nem terjed ki.)

Adatkezelés, adattovábbítás, titokvédelem

A biztosítási titok minden olyan - államtitoknak nem minősülő -, a biztosító rendelkezésére álló adat, amely a biztosító egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a 2003. évi LX. Törvényben (Bit.) meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. A biztosító ügyfeleinek azon üzleti titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet, az eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a) a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel, b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyvésséggel, c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, e) az adóhatósággal, feltéve, hogy adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosított törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőivel, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási,

biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyl felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal, h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal, i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal, j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szervvel, k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal, l) a Bit-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető Hivattal, m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval, n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízáttal, o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, p) fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval szemben, ha az a)-p) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosító a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a) kábítószer-kereskedelemmel, b) terrorizmussal, c) illegális fegyverkereskedelemmel, vagy d) a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben. A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügyvel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata

nem állapítható meg, b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak, c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

A biztosító a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A biztosító és az ügyfél viszonyában a Magyar Posta, a Drescher Magyarország Kft. (1097 Budapest, Gyáli út 31.) és az Alico Services Central Europe, s.r.o. (Hviezdoslavovo nám 20, 811 02 Bratislava, Szlovákia) adatfeldolgozóinak minősül.

A szolgáltató WorldCare magyarországi képviselője a

Kerkovits Kardiológia Bt.

Rendelő: Budapest, Városmajor utca 23. H-1122

Telefon: +36 20 9419572

Fax: +36 23 310893

E-mail: kerkovits@mail.datanet.hu

Konzultáció: dr. Kerkovits Gábor MSc.

BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

A 403-as jelű és EU403-as jelű halálesetre szóló (kockázati) alap életbiztosítás feltételei

A halálesetre szóló (kockázati) alap életbiztosítási szerződés az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A feltételekben és a szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

I. Fejezet

Általános rendelkezések

1. A biztosítási szerződés létrejötte

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító kölcsönös megállapodása alapján jön létre.
- (2) A biztosítóval szerződő fél az ajánlatát írásban, a biztosító ajánlati nyomtatványán terjeszti elő. A szerződés létrejötte esetén az ajánlat a szerződés részét képezi.
- (3) A biztosítás meghatározott tartamra vagy a biztosított meghatározott életkoráig, mint lejáratú korrigálható.
- (4) A szerződés létrejöttéhez a biztosított és/vagy szerződő egészségi nyilatkozata, illetve a biztosító előírásaitól vagy igényétől függően orvosi vizsgálata, valamint a biztosítási szükségletet alátámasztó nyilatkozata is szükséges lehet.
- (5) Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről kötvényt állít ki. Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni. Az eredeti biztosítási ajánlat és a vele kapcsolatos valamennyi irat a biztosító tulajdonában marad.
- (6) A biztosító ajánlati nyomtatványa, az ajánlathoz csatolt nyilatkozatok, a biztosítási szerződés létrejöttének céljából végzett orvosi vizsgálatok eredményei, a szerződésről kiállított biztosítási kötvény, a jelen alap biztosítás szerződéses feltételei, az alapbiztosításhoz kapcsolódó kiegészítő biztosítás(ok) és azok szerződéses feltételei, valamint a biztosító által a szerződés tartama alatt, a szerződést érintő változásokról kiállított záradékok a biztosítási szerződés részét képezik.
- (7) A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és biztosítási titokként kezelni.

2. A biztosítási szerződés alanyai és a biztosítási szerződést érintő alapfogalmak

- (1) A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.
- (2) A szerződő az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- (3) A biztosított az a természetes személy, akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.
- (4) A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló személy köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

- (5) A kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult.

- (6) A biztosítás kezdete a szerződés létrejöttének időpontja.

- (7) A biztosítási évforduló a biztosítás kezdetét követő, a biztosítás kezdetének napjával és hónapjával megegyező évforduló.

- (8) A biztosítás lejáratú a kötvényben a biztosítás lejáratként megjelölt időpont.

3. A kedvezményezett jelölése és megváltoztatása

- (1) A kedvezményezett a szerződésben megjelölt személy. Kedvezményezett állítás hiányában a kedvezményezett a biztosított törvényes örököse.
- (2) Több kedvezményezett jelölése esetén minden egyes kedvezményezett vonatkozásában meg kell jelölni a kedvezményezés mértékét. Ennek hiányában a kedvezményezés arányát egyenlőnek kell tekinteni.
- (3) A szerződő fél az eredetileg jelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Az új kedvezményezett állítás, a kérelemnek a biztosító kötvénykiállításra jogosult szervezeti egységéhez történő beérkezésének időpontjától hatályos.
- (4) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

II. Fejezet

A biztosítási esemény és szolgáltatás

4. A biztosítási esemény

A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála.

5. A biztosítási szolgáltatás

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeget egyösszegben kifizeti, vagy a jelen feltételek 14. pontja szerinti opciók egyike szerint teljesít. Ha a biztosított él a biztosítás lejáratakor, a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

III. Fejezet

A biztosító kockázatviselése

6. A kockázatviselés kezdete

- (1) A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájaktól kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.
- (2) A biztosítás létrejötte előtt befizetett biztosítási díjat a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.

7. Várakozási idő

Amennyiben a biztosítás orvosi vizsgálat nélkül jön létre, a biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosított a várakozási időn belül meghal, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik, kivéve, ha a biztosított halála a várakozási időn belül bekövetkezett baleset vagy a várakozási időn belül szerzett heveny fertőző betegség következménye, amely esetben a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeget fizeti ki.

8. Háborús kockázat

- (1) A biztosító a háború fogalmát – jelen rendelkezés (2) bekezdésében leírt definíció szerint alkalmazza:
- (2) A háború szervezett fegyveres vagy más fegyverként ható eszközzel vívott kisebb-nagyobb küzdelem népcsoportok, népek, nemzetek, államok és szövetségi rendszerek, alkalmi csoportosulások között, legitim vagy illegitim jelleggel csoport-, nemzeti vagy közös érdekeik, politikai, gazdasági céljaik, területi igényeik érvényesítéséért. Háborúnak minősül különösen, de nem kizárólag minden háború vagy polgárháború, függetlenül a hadüzenet tényétől, forradalom, lázadás, zendülés, összeesküvés, polgári felkelés, idegen erő beavatkozása, invázió, statárium, ostromállapot, katonai vagy bitorolt hatalom gyakorlása, egyéb háborús cselekmények vagy bármely esemény vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének az eredménye.
- (3) A biztosító - a jelen rendelkezés (4) bekezdésében foglalt kivételtől eltekintve - viseli a biztosított háború idején felmerülő kockázatait.
- (4) Amikor a biztosított háború idején szolgálatot teljesít bármely szemben álló fél bármely fegyveres erejénél, a szerződés szerinti alapbiztosítás és a hozzá tartozó összes kiegészítő biztosítás hatálya felfüggesztésre kerül, és a biztosító kockázatviselése szünetel.
- (5) Amennyiben a biztosított a kockázatviselés szünetelése alatt meghal, a biztosítási összeg helyett az aktuális díjtartalék és a biztosításra befizetett díjak összege közül a nagyobb kerül kifizetésre.
- (6) A biztosítás a felfüggesztési időszak végén újra érvénybe helyezhető vagy - ha a feltételek lehetővé teszik - visszavásárolható. Az újra érvénybe helyezésre a jelen feltételek 12. pontját kell alkalmazni, de a felfüggesztési időszak első hat hónapjára a biztosító nem számít fel kamatot az elmaradt díjak után.

IV. Fejezet

A biztosítási díj, díjfizetés

9. A biztosítási díj

A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, nemének, egészségi állapotának, tevékenységének (foglalkozás, szabadidős tevékenység stb.), valamint a biztosítás tartamának, a biztosítási összeg nagyságának és a díjfizetés gyakoriságának a figyelembevételével történik. A biztosító jogosult a biztosítási szerződés adminisztrációjával kapcsolatos rendszeres kötvényköltség felszámítására, mely a mindenkor esedékes biztosítási díjjal együtt kerül megfizetésre. A biztosítás díját és a kötvényköltség összegét a kötvény,

illetve a kötvényhez csatolt záradék tartalmazza.
A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

10. A díjfizetés esedékessége, fizetési késedelem

(1) A biztosítás lehet egyszeri vagy rendszeres díjfizetésű. Az egyszeri díjat a szerződés megkötésekor egy összegben, az egész futamidőre vonatkozóan kell megfizetni. Rendszeres díjfizetés esetén a biztosítás első díja a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Az évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító pótlékot számíthat fel. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja. Az erre irányuló kérést a biztosítási évforduló előtt 60 nappal írásban kell jelezni. A biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő díj(ak) esedékességéről nem köteles a szerződőt, az esedékességet megelőzően értesíteni. Az értesítés elmaradására az ügyfél, követelést nem alapíthat.

(2) A biztosítás díjait a kötvényen feltüntetett pénznemben kell megfizetni a biztosító által megadott, erre a célra fenntartott bankszámlaszámra. A díjfizetés felmerülő költségei a szerződőt terhelik. A biztosító díjfizetesként a megadott számlaszámra, a megadott pénznemben történő jóváírást fogadja el. A díjfizetés időpontja az esedékes díj, megadott számlaszámra történő jóváírásának időpontja. A megadott számlaszámtól eltérő számlaszámra történő utalás nem minősül díjfizetésnek, és az ilyen téves utalásból adódóan a biztosítót a biztosítási szerződésre vonatkozó kötelezettség nem terheli, illetve a téves utaláshoz kapcsolódó esetleges átváltással összefüggésben felmerült árfolyam-különbözet a szerződőt terheli/illeti.

(3) Euró alapú biztosítási szerződés esetén, ha a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a szerződő részére visszafizetésre kerül, a vissza-utalandó összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.

(4) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli (tűrelmi idő). Ezen tűrelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.

(5) Ha a szerződő az elmaradt díjat a tűrelmi időn belül nem fizeti meg és a biztosítás még nem rendelkezik maradványjoggal, a biztosítás a 30 napos határidő elteltével, a 31. napon kifizetés nélkül megszűnik.

(6) A rendszeres díjfizetésű biztosítás díja a biztosítás lejáratáig vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékesség időpontjáig fizetendő. Tartamon túli díjfizetéssel nem keletkezik jogosultság biztosítási szolgáltatásra. A tartozatlanul fizetett díjakat a biztosító kamatok nélkül fizeti vissza.

11. Konverziós szabályok

Euró alapú biztosítási szerződés esetén a szerződő és a biztosító megállapodnak abban, hogy a szerződésben vállalt kötelezettségeiket a biztosítási szerződés kötvényoldalán meghatározott **Euró pénznemben** teljesítik.

Megállapodnak továbbá abban, hogy amennyiben a kötvényoldalon meghatározott pénznem Magyar Köztársaság területén a szerződés hatályaba lépést követően nem minősül jogszerű fizetőszköznek, vagy ha:

(i) A Magyar Nemzeti Bank és/vagy a Magyar Köztársaság kormányának árfolyam-politikája, monetáris politikája vagy egyéb gazdaságpolitikai döntése, vagy

(ii) bármilyen jogszabályi rendelkezés, korlátozás ill. tilalom, vagy

(iii) a Biztosító befolyásán kívül eső bármely egyéb körülmény

következtében:

- a Biztosítónak vagy a Szerződőnek nincs jogszerű lehetősége az Euró pénznem a Magyar Köztársaság területén történő beszerzésére, vagy
- a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a tartalékoknak vagy a befektetéseknek Európában, a Magyar Köztársaság területén történő fenntartására, vagy
- a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a Magyar Köztársaság területén létrejött Euró alapú szerződéseinek tartalékait a Magyar Köztársaság területén kívül Euró eszközökbe fektetni és / vagy ezen befektetéseket fenntartani

úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség (biztosítási összeg, szolgáltatási összeg, visszavásárlási összeg, biztosítási díj stb.) pénznemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes nemzeti pénznemére átváltani (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénznemben kifejezni.

Az átváltás időpontjától kezdve a Biztosító és a Szerződő a kötelezettségeiket az új pénznemben kötelesek teljesíteni, a szerződés bármely, Euró pénznemre történő hivatkozása érvénytelenné válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el.

Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénznemben történő feltüntetésével.

12. A biztosítás újra érvénybehelyezése

A biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás újra érvénybe helyezhető, ha azt a szerződő a biztosító által rendelkezésre bocsátott formanyomtatvány és egészségi nyilatkozat hiánytalan kitöltésével írásban kéri és az összes elmaradt díjat az időarányos késedelmi kamattal együtt befizeti. Újra érvénybehelyezés esetén a késedelmi kamat a meg nem fizetett díj esedékességének napjától számítódik. Az újra érvénybehelyezésre vonatkozó kérelem legfeljebb a biztosítás megszűnésének időpontjától számított 3 éven belül terjeszthető elő. Újra érvénybehelyezés esetén a biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak és a késedelmi kamat befizetését követő nap 0 órájától folytatódik, feltéve, hogy a biztosító a szerződő kérelmét annak a biztosító kockázatbírálására jogosult egységéhez történő beérkezését követő 15 napon belül nem utasítja vissza. Az újra érvénybehelyezési kérelem vonatkozásában a biztosító jogosult kockázatbírálásra, egészségi nyilatkozatot kérhet, szükség szerint a biztosított orvosi vizsgálatát is előírhatja.

V. Fejezet A biztosítás átalakítása

13. A biztosítás átalakítása

Amennyiben a biztosítás díjköteles formában érvényben van és a biztosított nem teljesen és tartósan rokkant, a biztosítás átalakítható egy másik típusú életbiztosítássá, amelyet a biztosító az átalakítás idején értékesít. A biztosítási kötvényt az átalakításra vonatkozó ajánlattal együtt vissza kell szolgáltatni a biztosítónak.

Az új biztosítás biztosítási összege nem lehet magasabb az átalakítandó biztosítás aktuális biztosítási összegénél, de nem lehet alacsonyabb a biztosító szabályai szerint a választott díjszabásra alkalmazható minimális biztosítási összegnél.

A biztosítás a tartamtól függően meghatározott biztosítási évfordulóig újabb kockázatbírálás (orvosi vizsgálat) nélkül, az átalakítandó biztosításra korábban megállapított kockázati osztálybasorolás alapulvételével átalakítható.

Ha a szerződő a következőkben meghatározott biztosítási évfordulón túl kéri a biztosítás átalakítását, a biztosító azt új biztosításra tett ajánlatként kezeli.

A biztosítás tartama (év)	A biztosítási évforduló, ameddig a biztosítás újabb kockázatbírálás nélkül átalakítható
5	az egész tartam alatt
6	5.
7	5.
8	6.
9	6.
10	7.
11	8.
12	8.
13	9.
14 vagy hosszabb	a lejáratot megelőző 5. évforduló

Az új biztosítás kezdete a szerződő választásától függően a következő lehetőségek egyike szerint kerül meghatározásra:

- a) A biztosítás kezdete az átalakításra tett ajánlat kelte lesz, és a biztosítási díj a biztosított akkori belépési életkora és az akkor érvényben lévő díjtáblázat szerint kerül kiszámításra.
- b) A biztosítás kezdete azonos lesz a korábbi biztosítás kezdetével és a díj a biztosítottnak a kötvényben feltüntetett belépési kora szerinti díjtétel alapján kerül kiszámításra. Ebben az esetben a szerződőnek meg kell fizetnie az új biztosítás szerint fizetendő díjak, valamint az átalakított biztosításra ténylegesen befizetett díjak közötti különbözetet és az utána felszámított kamatot, vagy a két biztosítás díjtartaléka közötti különbözetet, attól függően melyik a nagyobb.
Az új biztosításhoz a "Rokkantsági díjmentesítés" kiegészítő biztosítás csak abban az esetben köthető újabb kockázatbírálás nélkül, ha az átalakításkor a korábbi alapbiztosítás mellett ilyen kiegészítő biztosítás is érvényben volt a szerződésben.

VI. Fejezet Választható járadék opciók

14. Választható járadék opciók

A biztosító a biztosítás megszűnésekor esedékessé váló bármely szolgáltatás egyösszegben történő kifizetése helyett, a szolgáltatásra jogosult(ak) választásától függően, a biztosító és a kedvezményezett között létrejövő külön megállapodás alapján a következő járadék opciók egyike szerint is teljesíthet:

- a) élethossziglan tartó havi járadékot fizet,
- b) élethossziglan tartó, de egy meghatározott ideig (legfeljebb 15 évig) garantált havi járadékot fizet,
- c) élethossziglan tartó havi járadékot fizet, amelynek összege 60%-ban átruházható a járadékos halála esetén az őt túlélő házastárs javára.

A szolgáltatási összeg életjáradékra váltása esetén a biztosító a havi járadék összegét az átváltáskor érvényben lévő járadéktáblázat szerint számítja ki. A

biztosító jogosult meghatározni a fenti opciók alapján teljesített kifizetések minimális összegét, amely összeg alatt a szolgáltatás igénybevételére nincs lehetőség. A jogosult által választott szolgáltatás alapján teljesített első kifizetést követően a szolgáltatás típusának megváltoztatására nincs lehetőség.

VII. Fejezet

A biztosító teljesítése

15. A biztosító teljesítése

- (1) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jeleníteni és a szükséges felvilágosításokat meg kell adni. Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.
- (2) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:
 - a) a biztosítási kötvényt és az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
 - b) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
 - c) a biztosított halála esetén a hitelesített halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát, valamint a halált okozó betegség kezdetének időpontját és lefolyását igazoló részletes orvosi bizonyítványt,
 - d) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.
- (3) A biztosító szükség esetén egyéb okiratokat vagy igazolásokat is kérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- (4) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.
- (5) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A szolgáltatási összeg kifizetésével kapcsolatban felmerülő költségek az igényjogosultat terhelik. Euró alapú biztosítási szerződés esetén, a szolgáltatási összeget a biztosító kizárólag banki átutalással, bankszámlaszámra teljesíti.
- (6) A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.
- (7) Az életkor helytelen bevallása esetén a biztosító az esedékes szolgáltatás összegét megfelelően módosítja a díjtáblázat alapján, a befizetett díjak és a biztosított valóságos belépési kora szerint, feltéve, hogy a biztosítás a valóságos belépési életkorral létrejöhetett. Amennyiben a tényleges belépési kor szerint a biztosítás nem jöhetett volna létre, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

16. Hitelfedezet

- (1) A biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti összeg erejéig hitelfedezeti kezességet nyújthat a biztosított elhalálása esetére.
- (2) Amennyiben az életbiztosítás haláleseti összege valamely hitelfolyósító intézménynél hitelfedezeti szolgál, akkor a szerződést hitelfedezeti záradékkal látja el a biztosító. Ebben az esetben a

haláleseti biztosítási összeg kifizetését a biztosító kizárólag az aktuális hiteltartozás összegének a kedvezményezett pénzügyi helyzet által történő igazolását követően teljesíti.

- (3) A hitelfedezeti kezesség tartama alatt a pénzügyi helyzet kedvezményezettkénti jelölése csak a pénzügyi helyzet hozzájárulásával változtatható meg.
- (4) A biztosítási szerződésből származó, a szerződőt illető és terhelő jogok, valamint kötelezettségek a biztosító által e tárgyban történő záradék kibocsátásával ruházhatóak át. A biztosító a záradékot a hozzá benyújtott dokumentumok alapján állítja ki. A benyújtott dokumentumok érvényességéért a biztosító nem vállal felelősséget.

VIII. Fejezet

Közlési kötelezettség, mentesülés

17. Közlési kötelezettség és megsértésének következményei

- (1) A biztosított és a szerződő a szerződéskötéskor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.
- (2) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha:
 - a) bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, illetve az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
 - b) a biztosítás már legalább 2 éve megszűnt, és bizonyítják, hogy a közlési kötelezettség megsértése nem szándékosan történt,
 - c) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- (3) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítás tartama alatt - a szerződő ajánlata alapján - a biztosítási összeg emelésére kerül sor, de csak a megemelt és a régi biztosítási összeg különbözetére vonatkozóan, és csak azon tények és körülmények tekintetében, amelyekre a biztosító az összegemelés kapcsán írásban kérdéseket tett fel.

18. A biztosító mentesülése

A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben halt meg a biztosított.

19. Öngyilkosság

- (1) A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára).
- (2) Amennyiben a biztosított a szerződéskötéstől számított 2 éven túl elkövetett öngyilkosság következtében halt meg, a biztosító a szerződésben meghatározott haláleseti biztosítási összeget fizeti ki, kivéve, ha az öngyilkosságot megelőző 2 éven belül - a szerződő ajánlata alapján - a biztosítási összeg emelésére került sor. Ebben az esetben a biztosító kifizeti az emelés előtti biztosítási összeget és visszatéríti azokat a díjakat,

amelyeket a megemelt és a régi biztosítási összeg közötti különbözetre befizettek.

20. AIDS kizárás

- (1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halálát a jelen paragrafus (2) bekezdése szerinti opportunista fertőzés vagy rosszindulatú daganatképződés okozta, feltéve, hogy a halál bekövetkezésének a biztosított kimutathatóan fertőzött volt a humán immunhiányt okozó vírussal (HIV) és/vagy szervezetében kialakult a szerzett immunhiány szindróma (AIDS).
- (2) A biztosító a jelen feltételek szempontjából az AIDS meghatározására a WHO (World Health Organization) definícióját alkalmazza. A teljes definíció másolata a biztosító központjában hozzáférhető. Az opportunista fertőzések körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a *Pneumocystis carinii* okozta pneumónia (PCP), a mikro-organizmusok okozta krónikus gyomor- és bélgyulladás, a vírusos és/vagy szétterjedt gombás fertőzések. A rosszindulatú daganatok körébe tartoznak, de azt nem merítik ki a Kaposi-szarkóma, a központi idegrendszeri (agyi) limfóma és/vagy az olyan rosszindulatú daganatok, amelyek a szerzett immunhiány megléte esetén a halál közvetlen okaiként ismertek vagy válnak ismertté. A szerzett immunhiány szindróma körébe tartozik a HIV által okozott agykárosodás és a HIV által okozott Wasting-szindróma.
- (3) Amennyiben a biztosító ezen kizárás szerint mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, a biztosításra ténylegesen befizetett összes díjat kifizeti a kedvezményezett részére.

IX. Fejezet

A biztosítási szerződés megszűnése

21. A biztosítási szerződés megszűnése

- (1) A biztosítási szerződés automatikusan megszűnik a következő esetekben:
 - a) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála időpontjában,
 - b) a díjfizetés elmaradása miatt, a türelmi idő végével,
- (2) Megszűnik továbbá a szerződés a szerződő felmondása esetén. A szerződő a felmondási jogát legfeljebb a kötvénykibocsátásról szóló értesítés kézhezvételét követő 30 napon belül gyakorolhatja a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, indokolási kötelezettség nélkül. A felmondó nyilatkozattal egyidejűleg a szerződő köteles az eredeti biztosítási kötvényt a Biztosító részére visszaküldeni. A felmondó nyilatkozat és az eredeti biztosítási kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül a biztosító a biztosítási szerződést a felmondó nyilatkozat kézhezvételének időpontjával megszünteti és a befizetett díjnak a szerződés megkötésével és megszüntetésével összefüggésben felmerült költségekkel csökkentett összegét egy összegben visszafizeti a szerződő részére.

X. Fejezet

Egyéb rendelkezések

25. Bejelentési kötelezettség

- (1) A szerződő köteles lakcímének (értesítési címének) a megváltozása esetén az új címet a biztosítónak 15 napon belül írásban bejelenteni.
- (2) Amennyiben a biztosított tényleges foglalkozása, munkaköre, rendszeres szabadidős tevékenysége

(sport, hobbi, stb.) a szerződés tartama alatt a balesetveszély szempontjából jelentősen megváltozik, a biztosított (szerződő) köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni. Kockáztnövekedés esetén a biztosító díjemelést alkalmazhat a megnövekedett kockázat fennállásának időszakára. Amennyiben a biztosított (szerződő) a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.

- (3) Amennyiben a szerződő a mindenkor hatályos pénzmossás elleni jogszabályok értelmében azonosítási kötelezettség alá tartozik, és az azonosítási kötelezettség körébe tartozó adataiban változás következik be, úgy a szerződő köteles a változást a biztosítónak haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül írásban bejelenteni.

23. A biztosítási szerződés módosítása

A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosított írásbeli kérelme alapján a biztosítási évforduló időpontjában módosítható a hatályos jogszabályok és a biztosító mindenkor érvényes szabályai szerint, feltéve, hogy a módosításra vonatkozó kérelem, valamint a biztosító által előírt, a módosításhoz szükséges dokumentumok és befizetések az évfordulót megelőző 60 napon belül a biztosítóhoz érkeznek.

24. Jognyilatkozatok

- (1) A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a biztosítási szerződésben érdekelt személyeknek, az általuk megadott és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.
- (2) Amennyiben a szerződő egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, a biztosító számára magyarországi kézbesítési meghatalmazottat nevezhet meg. Ennek hiányában a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.
- (3) A biztosító a szerződéskötéskor vagy azt követően hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosító központjába bizonyítható módon megérkezett.

25. A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő kérésére az eredetivel egyező kötvénymásodlatot állít ki, miután az eredeti okiratot közjegyzői úton érvénytelennek nyilvánították, illetve az elvesztés vagy megsemmisülés tényét hitelt érdemlően bizonyították. A költségek a kérelmezőt terhelik. A másodlat kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelenné válik, amely tény a másodlaton feltüntetésre kerül.

26. Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő biztosítási igények a a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 év elteltével elévülnek.

27. Illetékes bíróság

A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított perre kizárólagosan a Budaörsi Városi Bíróság az illetékes.

A 160-as jelű és az EU160-as jelű baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosításának feltételei

A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alapbiztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül meghal.

A biztosító a biztosított baleseti sérülésből eredő halála esetén kifizeti a szerződésben (kötvényben) a baleseti halálra meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a biztosítás a baleset bekövetkeztekor érvényben volt.

3. Kizárások

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a baleseti halálra szóló biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított halálát okozó testi sérülés közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,
- b) bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák,
- d) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- e) a biztosított öngyilkossága, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- f) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásüktől függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- g) bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,
- h) bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát,

Továbbá nem terjed ki a kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:

- i) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- j) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- k) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- l) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- m) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél,
- n) a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- o) mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,
- p) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- q) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).

Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok) ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

4. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedésség időpontjáig.

5. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékban a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont kerül feltüntetésre.

6. A biztosítás tartama

A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha azt a biztosítási év letelte előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel, illetve a biztosítási évfordulón esedékes díj megfizetésre kerül.

7. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedésség időpontjára -30 nappal az esedésség előtt- írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor, amennyiben a rokkantsági díjmentesítés díjának megállapításakor jelen kiegészítő biztosítás díja nem került figyelembevételre;
- amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

8. A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

A balesetet, illetve a biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben ezen kötelezettségeket nem teljesítik és emiatt utóbb lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy baleseti halál esetén a holttestet a biztosító saját költségén orvosokkal megvizsgálta és szükség esetén felboncoltassa.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- a halotti anyakönyvi kivonat hitelesített másolatát és a halál okát igazoló orvosi bizonyítványt;
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrségi jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezetti vagy örökös státusz) igazolásához szükségesek;
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek

A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

9. A biztosító teljesítése

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

Amennyiben a biztosított ugyanazon baleseti testi sérülés következtében megrokkann, majd később, de még a baleset bekövetkezését követő 180 napon belül meghal és ugyanazon szerződésen belül rendelkezik baleseti rokkantság kiegészítő biztosítással, a biztosító csak a baleseti halál esetére járó kártérítési összeget fizeti ki.

Amennyiben a biztosított ugyanazon szerződésen belül rendelkezik baleseti rokkantság kiegészítő biztosítással és a biztosító a baleseti rokkantság esetére járó összeget a biztosított halála előtt már kifizette, a baleseti halál biztosítási összegéből a már kifizetett rokkantsági szolgáltatás összege levonásra kerül és a biztosító csak a különbözetet fizeti ki. Amennyiben a biztosító a baleseti rokkantsági szolgáltatást már kifizette a biztosított halála előtt, és a baleseti halál szolgáltatási összege kevesebb mint a rokkantsági szolgáltatás összege, a biztosító a kifizetett többletet nem követeli vissza.

10. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcson lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsonnel kerülnek kiegyenlítésre.

11. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

12. Indexálás

Amennyiben az alapbiztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítással együtt, de legfeljebb 10 éven keresztül kerül indexálásra.

A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alapbiztosításra vonatkozó indexrátaival kerül növelésre.

A 161-es jelű és EU161-es jelű baleseti maradáno rokkantság esetére szolo kiegészítő biztosításának feltételei

A baleseti maradáno rokkantság esetére szolo kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alapbiztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratan kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül maradáno rokkantságot szenved.

Baleseti maradáno teljes rokkantság

Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül olyan maradáno rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, amelynek következtében képtelenné válik bármely olyan foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a végzésére, amelyért fizetést vagy jövedelmet realizálhat, a biztosító a szerződésben (kötvényben) meghatározott biztosítási összeget teljesíti, feltéve, hogy ezen rokkantság az utóbbi 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállott és ezen időszak végén is maradáno volt.

A biztosító az előző meghatározástól függetlenül maradáno teljes rokkantságnak ismeri el a következő egészségkárosodásokat:

mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	100%
a beszédképesség teljes elvesztése	100%
az alsó állkapocs eltávolítása	100%
mindkét kar vagy mindkét kéz teljes elvesztése	100%
mindkét láb vagy mindkét lábfej teljes elvesztése	100%
egy kar, ill. kéz és egy láb, ill. lábfej teljes elvesztése	100%

A biztosító a biztosítási összegből levonja mindazokat az összegeket, amelyeket az ugyanazon balesetből származó ugyanazon egészségkárosodásra maradáno részleges rokkantság címen már kifizetett.

Baleseti maradáno részleges rokkantság

Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül maradáno részleges rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összegből a maradáno részleges rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti ki.

A rokkantság mértékét a következő táblázat szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés (%)
-------------------------------	-------------

Fej

Veszteség a koponya csontállományának vastagságában:	
- legalább 6 cm ² felületen	40 %
- 3-6 cm ² felületen	20 %
- kevesebb mint 3 cm ² felületen	10 %
Alsó állkapocs részleges eltávolítása, a felső állkapocscsont teljes vagy részleges eltávolítása (csontkolása)	40 %
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	40 %
Egy fül hallóképességének teljes elvesztése	30 %

Felső végtagok

	Jobb	Bal
Egy kar vagy egy kéz elvesztése	60 %	50 %
A kar csontállományának lényeges vesztesége (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	50 %	40 %
A felső végtag teljes bérulása (az idegek gyógyíthatatlan sérülése)	65 %	55 %
A circumflex ideg teljes működésképtelensége	20 %	15 %
Váll ízületmerevsége (ankylosis)	40 %	30 %
Könyök ízületmerevsége		
- kedvező állapotú		
(15 fokos mozgatas jobb szögben)	25 %	20 %
- kedvezőtlen állapotú	40 %	35 %
Az alkarok csontállományának nagyfokú csökkenése (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	40 %	30 %
A medianus ideg teljes működésképtelensége	45 %	35 %
A radiális ideg teljes működésképtelensége	40 %	35 %
Az alkar radiális idegének teljes bérulása	30 %	25 %
A kéz radiális idegének teljes bérulása	20 %	15 %
A cubitális ideg teljes bérulása	30 %	25 %

Csukló ízületmerevsége (ankylosis) kedvező állapotban (kiegyenesítés, behajlítás)	20 %	15 %
Csukló ízületmerevsége kedvezőtlen állapotban (hajlított, feszítve kinyújtott vagy ernyedő állapotban)	30 %	25 %
Hüvelykujj teljes elvesztése	20 %	15 %
Hüvelykujj teljes ízületmerevsége (ankylosis)	20 %	15 %
Mutatóujj teljes amputációja	15 %	10 %
Hüvelykujj és mutatóujj egyidejű amputációja	35 %	25 %
Hüvelykujj és egy másik ujj teljes elvesztése (a mutatóujj kivételével)	25 %	20 %
Két ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj és a mutatóujj kivételével)	20 %	15 %
Négy ujj teljes elvesztése (beleértve a hüvelykujjat)	45 %	40 %
Négy ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj kivételével)	40 %	35 %

Alsó végtagok

Comb teljes elvesztése (combtól)	60 %	
Comb és láb teljes elvesztése combközéptől	50 %	
Lábfej teljes elvesztése (izületi csontok és a sípcsont és lábtőcsontok között)	45 %	
Lábfej részleges elvesztése (izületi csontok és a külső bokacsont és a lábtőcsontok között)	40 %	
Lábfej részleges elvesztése (izületi csontok és a lábtőcsontok között)	35 %	
Lábfej részleges elvesztése (izületi csontok és a lábtőcsontok között)	30 %	
Alsó végtag teljes bénulása (gyógyíthatatlan idegsérülés)	60 %	
Külső térdhajlító ülőideg (nervus tibialis) teljes bénulása	30 %	
Belső térdhajlító ülőideg (nervus communis) teljes bénulása	20 %	
Külső és belső térdhajlító ülőidegek (nervus ischiadicus) teljes bénulása	40 %	
Csípő teljes ízületmerevsége	40 %	
Térd teljes ízületmerevsége	20 %	
Comb csontállományának vagy a láb két csontjának csökkenése (gyógyíthatatlan állapotban)	60 %	
Térdkalács csontállományának csökkenése felismerhető szilánkosodással és a láb tényleges megerőltető mozgásával	40 %	
Térdkalács csontállományának vesztése		
nyugalmi állapotban	20 %	
Alsó végtag megrövidülése		
- legalább 5 cm-rel	30 %	
- 3-5 cm között	20 %	
- 1-3 cm között	10 %	
Összes lábujj teljes amputációja	25 %	
Négy lábujj amputációja, beleértve a nagylábujjat	20 %	
Négy lábujj teljes elvesztése (a nagylábujj kivételével)	10 %	
Nagylábujj teljes elvesztése	10 %	

Abban az esetben, ha a biztosított balkezes és ezt az ajánlaton külön feltüntetési vagy ez a tény bizonyított, a felső végtagokra meghatározott arányok fordítottját kell alkalmazni.

A táblázatban nem említett maradandó egészségkárosodások a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával. Szükség esetén a maradandó részleges rokkantság mértékét az igényelbírálás tartama alatt a biztosító orvos szakértője állapítja meg, aki e döntését más orvos szakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

3. Kizárások

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a maradandó rokkantságra szóló biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított maradandó rokkantságát okozó testi sérülés közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,
- bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák,
- a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- a biztosított öncsonkítása, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,
- bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát,

Továbbá nem terjed ki a kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:

- a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél,

- a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,
- bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).

Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok) ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

4. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig.

5. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékban a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont kerül feltüntetésre.

6. A biztosítás tartama

A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha azt a biztosítási év letelte előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel, illetve a biztosítási évfordulón esedékes díj megfizetésére kerül.

7. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedékeség időpontjára -30 nappal az esedékeség előtt- írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékeséggel, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor;
- amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely

hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

8. A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

A balesetet, illetve a biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben ezen kötelezettségeket nem teljesítik és emiatt utóbb lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

Maradandó rokkantság esetén a biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogy az orvosilag indokolt.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával;
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezett vagy örökös státusz) igazolásához szükségesek;
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek

A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

9. A biztosító teljesítése

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utóljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

A biztosító a rokkantság jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően rokkantsági szolgáltatást nem teljesít. A rokkantság mértékét és maradandóságát legkésőbb 2 évvel a baleset után meg kell állapítani.

Az ugyanazon balesetből származó több testi sérülés esetén az egyes rokkantsági esetekre megállapított szolgáltatások összegzésre kerülnek, de a teljes összeg nem haladhatja meg a szerződésben szereplő teljes biztosítási összeget.

A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

10. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapt biztosításra automatikus díjkölsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapt biztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölsönnel kerülnek kiegyenlítésre.

11. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

12. Indexálás

Amennyiben az alapt biztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás az alapt biztosítással együtt, de legfeljebb 10 éven keresztül kerül indexálásra.

A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alapt biztosításra vonatkozó indexrátaival kerül növelésre.

167-es és EU167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosításának feltételei

A 167-es jelű balesetből eredő kórházi ellátásra és műtéti beavatkozásra szóló kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben az alapt biztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

I. Fogalom meghatározások

1. Biztosított - A biztosított az a személy, akinek az életével, testi épségével, illetve egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön. A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapt biztosítás 15. életévét betöltött, de a 60. életévét még be nem töltött biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Kedvezményezett - Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában eltérően nem rendelkeztek, a kiegészítő biztosítás kedvezményezettje maga a biztosított. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg.

3. Baleset - A jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratan kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül kórházi ellátásban részesül és/vagy orvos által elvégzendő műtéti eljárás alá utalják.

4. Bennfekvő beteg - A jelen biztosítás szempontjából benn fekvő beteg az a személy, aki a 180 napnál nem korábban elszervezett balesete miatt benn fekvőként, legalább 24 órán folyamatosan kórházi ellátásban részesült.

5. Kórház - A kórház azt a létesítményt jelenti, amely mindenben megfelel az alábbi követelményeknek:

- kórházi működésre vonatkozó engedéllyel rendelkezik (ha az ilyen engedély hatósági előírás),
- elsősorban a kórházban történő kezeléssel, benn fekvő betegek ellátásával foglalkozik,
- a betegápolást napi 24 órán át, szakképzett személyzettel látja el,
- egy vagy több engedéllyel rendelkező orvost foglalkoztat,
- biztosítja a diagnosztizálás és a magas szintű orvosi beavatkozások szervezett szolgáltatását,
- elsődlegesen nem rendelőintézet, szanatórium, vagy rehabilitációs intézet, vagy hasonló létesítmény, és nem foglalkozik alkohol vagy kábítószer függőségi terápiával,
- nem lakása a biztosítottnak.

6. Intenzív ellátás - A jelen biztosítás szempontjából intenzív ellátásnak minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és intenzív elnevezés alatt működő különálló egységében nyújtott ellátás.

7. Orvos - Az orvos az, a biztosítottól vagy annak közeli hozzátartozóitól eltérő személy, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló baleseti sérülés vagy betegség gyógyítására.

8. Közeli hozzátartozó - A Polgári Törvénykönyv 685. §-a alatt hozzátartozói minőségben meghatározott személyek köre.

II. Biztosítási esemény és szolgáltatás

1. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A biztosítási esemény az, az esemény, amelynek a biztosítás hatálya alatt történő bekövetkezésekor a biztosító biztosítási szolgáltatást teljesít. A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosított balesetből származó kórházi és/vagy műtéti ellátása, amennyiben a kórházi ellátás és/vagy az orvos által végzett műtéti beavatkozás a baleset időpontjától számított 180 napon belül következik be.

a.) Balesetből származó kórházi ellátásra szóló napi térítés

Amennyiben a biztosított személy, a biztosítási szerződés hatálya lépése után bekövetkezett baleseti testi sérülés következtében benn fekvőként kórházi ellátásban részesül, a Biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti a biztosítottnak a kórházi ellátás első (1.) napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a kilencvenedik (90.) naptári napig.

Amennyiben a biztosított személy a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a Biztosító az intenzív ellátás napjaira jutó napi térítési összegét ötven (50) százalékkal növelten teljesíti.

A kórházi ellátás tartamának legalább egy (1) napos megszakítása esetén a Biztosító a következő kórházi ellátás(oka)t a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ápolások esetén a kórházi ellátás teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít kivéve, ha az egyes kórházi ápolási periódusok között legalább tizenkét (12) hónap eltelik.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátás esetén a Biztosító a biztosítási szerződés teljes érvényességi ideje alatt legfeljebb két (2) alkalommal teljesít kórházi napi térítési szolgáltatást.

b.) Balesetből származó műtét esetén fizetendő térítés

Ha a biztosított személy a biztosítási szerződés hatálya lépése után bekövetkezett baleseti testi sérülés következtében kórházi ellátásban részesül és orvos által elvégzendő műtéti eljárás alá utalják, a Biztosító a szerződés rendelkezéseinek megfelelően műtéti térítést fizet, melynek összegét a műtéti táblázatban (a jelen szerződés 1. számú melléklete) az adott eljárásra megállapított százalékos érték és a szerződésben meghatározott biztosítási összeg alapján állapítja meg. Ha ugyanazon műtéti eljárásban több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor az egész műtéti eljárásért fizetendő összeg a legmagasabb százalékos értékű műtéti beavatkozás térítési összegével egyezik meg.

Abban az esetben, ha a biztosított olyan műtéti térítésre jogosult, mely térítés nincs egyértelműen megjelölve a műtéti táblázatban, akkor a Biztosító a táblázatban feltüntetett, azonos bonyolultságú műtetre megállapított térítési összeget fizeti. A műtét bonyolultsági fokát a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján a Biztosító orvosa állapítja meg.

III. Kizárások

1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon baleseti testi sérülésből származó kórházi ellátásra és műtéti térítésre, amely oka részben vagy egészében:

- a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,
- bármilyen betegség, bakteriális fertőzések (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével),
- a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (az elmeállapotról való tekintet nélkül),
- bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásüktől függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- bármely, sérvet, lumbagot vagy sciaticát (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,
- kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,
- a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,
- a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,
- a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- bármely olyan betegség, halál, egészségkárosodás vagy költség, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármely mutáns származékát vagy változatát,
- a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- a biztosított részvétele lovassport tevékenységben, illetve bármely vízi jármű használatával járó versenyben vagy versenyre való felkészülésben,
- amennyiben a biztosított 125cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem

tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,

- a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél, illetve aktív rendőri szolgálat teljesítése,
- mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,
- bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, felkelés, lázadás, engedetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorolt hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatalom rendeletétől származó vesztegről, vagy vámszabályozás.

2. Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok)ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

3. A biztosító szolgáltatási kötelezettségének elengedhetetlen feltétele, hogy a szolgáltatásra jogosult a kockázatviselésből kizárt események és a biztosítási esemény között lehetséges okozati összefüggés feltárása körében minden felvilágosítást és információt teljes körűen és valósághűen közöljön a biztosítóval, valamint lehetővé tegye ezen információk haladéktalan ellenőrzését.

IV. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékon a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont került feltüntetésre.

V. A kockázatviselés kezdete

A Biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0:00 órájától kezdődik, amikor a Szerződő fél a kiegészítő biztosítás díját a Biztosító számlájára befizeti feltéve, hogy a kiegészítő biztosításra vonatkozó szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön.

VI. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig.

VII. A biztosítás tartama

A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha azt a biztosítási év letelte előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel.

VIII. A biztosítás megszűnése

1. A jelen kiegészítő biztosítás és a Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- az alapbiztosítás megszűnésekor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 60. életévét betölti,
- ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességgel, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizeti meg,
- amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik,
- a biztosított halálával,
- a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor,
- amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelenné nyilvánítják,
- amikor az alapbiztosítás felfüggesztésre kerül.

2. Ezen kiegészítő biztosítást a Szerződő (főbiztosított) a biztosítási időszak végére írásban, a biztosítási évforduló előtt 30 nappal mondhatja fel. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a Biztosító záradékkal feljegyzi.

IX. A biztosító teljesítése

1. Biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

A balesetet, illetve a biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben ezen kötelezettségeket nem teljesítik és emiatt utóbb lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételehez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a biztosító erre a célra szolgáló, kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványát;
- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű orvosi dokumentáció (zárójelentés) másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamint a sérülés jellegének és mértékének igazolásával;
- a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított, orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait, (ha létezik ilyen),
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot;
- a jogosultság (személyazonosság, örökös státus) megállapításához szükséges okiratot;
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

2. Biztosító teljesítése

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékessé vált, de még meg

nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

A biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem köti.

A kifizetéseket a biztosító forintban teljesíti a kedvezményezett részére.

X. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcson lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsonnel kerülnek kiegyenlítésre.

XI. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

XII. Indexálás

Amennyiben az alapbiztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítással együtt kerül indexálásra. A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alapbiztosításra vonatkozó indexrátaival kerül növelésre.

1. számú melléklet

A baleseti műtéti térítésre szóló biztosítás műtéti táblázata

Műtéti beavatkozás leírása	A maximális kártérítési összeg %-a
----------------------------	------------------------------------

ÁLTALÁNOS SEBÉSZET

Körömtávolítás	5
Tályog bemetszése	5

MELL

Egy - vagy kétoldali radikális melleltávolítás	75
Egy - vagy kétoldali egyszerű melleltávolítás	50
Mell részleges eltávolítása	25

HAS

Has feltárása	50
Hasi tályog becsövezése	25
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia,	50
Béleltávolítás	50
Végbéleltávolítás hasi behatolással	100
Részleges májeltávolítás	75
Epehólyag eltávolítása	75
Hasnyálmirigyműtét	100
Lép eltávolítása	75
Vastagbél-, vékonybél-, hólyagsztóma készítése	50
Bélanasztomózis	50
Teljes vastagbéleltávolítás	75
Záróizom plasztika, epevezeték beszájaztatása	75
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészi beavatkozás egyetlen műtétnek számít.	

NYIROKCSOMÓK

Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból	50	Teljes pénisz eltávolítása a nyirokcsomó eltávolításával	100
--	----	--	-----

MELLKAS MŰTÉTEK

Mellkas megnyitása, mellkasplasztika	100
Tüdő vagy tüdőlebehy eltávolítása	100
Tüdőbeékelődés eltávolítása	50
Nyelőcsőműtét	75
Szív vagy aortaműtét	100
Becsövezés mellkascsapoláshoz	25
Mellkascsapolás	10
Mellhártya összenövésének felszabadítása	25
Légmelkezelés a mellkas megnyitásával	50
Diagnosztikus mellkasfeltárás	50
Hörgő- vagy légcsőszínt behelyezése	50

ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK

Hosszú csöves csontok korrekciós műtéti ellátása	50
Egyéb csontok korrekciós műtéti ellátása	25
Törések egyszerű rögzítése	10
Kulcsont, bordák, ujjpercek, csukló, kézközépcsontok, lábtő és lábközépcsontok, csontnyúlványok, csigolyák törésének rögzítése	10
Izületi metszés, beleértve az izületi szabadtest eltávolítását	50
Ganglion eltávolítása	10
Csontkinövés eltávolítása	25
Alagút szindróma műtéti ellátása	25
Váll-, könyök-, csukló-, boka-, csípő-, térdficam rögzítése	10
Térdkalács ficamának rögzítése	10
Patella sebészeti eltávolítása	50
Ujjficam rögzítése	10
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal	50
Ujjamputáció (bármely ujj)	25
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja	25
Amputáció a csuklótól vagy a lábtőcsontoktól felfelé	75
Ínhüvely bemetszése (tendosynovitis okozta szűkület felszabadítása)	10
Kalapácsujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtétje	25
Inak vagy idegek összevarrása	25
Arthroszkópos térd vagy vállműtét	50
Csípő- vagy egyéb hosszú csöves csont csontvése	75
Achilles-ín szakadása	50
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)	50
Könyök, térd, váll ízületbehatoló vagy supracondylaris törései	50
Csípő, térd vagy váll teljes ízületi plasztikája	100
Gerinctörés sebészeti ellátása	100
vagy elmerevítése	

HÚGY ÉS IVARSZERVEK

Vese eltávolítása	75
Húgycső, húgyhólyag eltávolítása:	
(a) sebészi úton	75
(b) endoszkóppal	25
Prostata eltávolítása	75
Prostata eltávolítása a húgycsővön keresztül	50
Here vagy mellékhere eltávolítása	25
Húgycsőműtét	25
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással	75
Húgyhólyag teljes eltávolítása	100
Vese, húgycső, vesemedence plasztika	50
Pig-Tail katéter behelyezése	10
Barlangos test plasztika	50
Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással	50

GÉGÉSZET

Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25
Nyelvrék kimetszése	10
Fülmirigy eltávolítása	75
Külső-, vagy középfül műtét	25
Gége kiirtása	75
Hangszalagműtét	25
Nyelvcsap eltávolítása	25
Légcsőmetszés, sztóma készítése	25
Trachea vagy lélegeztetőcső eltávolítása	10
Rekesztályog, vérömleny bemetszése	10
Dobhártya bemetszése és trachea behelyezése	10
Külső hallójáratokból csontkinövés vagy csontdaganat eltávolítása	25
Teljes vagy részleges állkapocs eltávolítás	75
Gége-, garat-, nyelcsőeltávolítás	75
Egyensúlyozó ideg kimetszése	75
Kengyel eltávolítása	50
Dobhártya plasztika	50
Labirintusz szerv eltávolítása	50
Éksonton keresztüli rostacsont eltávolítása	50
Koponyalékelés az üregek felől	50

IDEGSEBÉSZET

Koponyatörés műtéti ellátása	75
Koponyaplasztika	100
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés	100
Agyi aneurizma eltávolítása	100
Agyállományi műtét	100
Koponyalékelés	100
Hallóideg műtét	75
Ideggyök kimetszése	50
Idegvarrat	50
Neurinóma kimetszése	50
Szimpatikus ideg átmetszése	75

BŐRGYÓGYÁSZAT

Bőrbíopszia	5
-------------	---

SEBÉSZET

Szaruhártya varrat	10
Kötőhártya varrat	10
Elülő üvegtest műtét	10
Hátsó üvegtest műtét	50
Szem eltávolítása	50
Röphártya kimetszése	10
Szemhéj be vagy kifordítása műtétileg	25
Retinaleválás műtéti ellátása	50
Könnycsatorna kimetszése	25
Szívíványhártya eltávolítása vagy bemetszése	25
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt	25
Kancsalság műtéti ellátása	50
Könnytömlő kimetszése	50
Innhártyaplasztika	50
Szemlencse beültetése vagy eltávolítása	50
Kötőhártya átültetése	25
Kötőhártya felszínes sérülésének ellátása	10
Szemhéj plasztika	10
A szaruhártya fedőhám lekaparása	10
Lencse plasztika (első kamra bemetszése, másodlagos szűrkehályogműtét)	25
Membráneltávolítás	10

PLASZTIKAI SEBÉSZET

Hegkimetszés	10
Bőrlebehy kimetszése átültetésre	25
Többszörös in és idegvarrat	50
Arcideg dekompresziós műtétje	75
Homlok vagy arccsont csontvése	100

ÉRSEBÉSZETI MŰTÉTEK

ARTÉRIÁK

Érplasztika	50
Hasi aortatágulat, csípőaorta vagy combaorta műtét	100
Hasi aortaműtét	100
Szívkoszorúér festés	50
Aorto-carotis vagy aorto-arteria subclavia áthidaló műtét	100
Artériás vérrög eltávolítása	50
Arteria carotis endarterektómia	75

VÉNÁK

Varicosus vénák leköttése	10
Véna elvarrása sérülés után	25
Vénás thrombus eltávolítása	25

DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK

Gégeükrözés	10
Hörgő-, nyelőcső-, gyomor-, végbél-, szigmbél-, vastagbél-, húgyhólyagtükrözés	10
Laparoszkópia	25
Lumbalpunkció	10

A 169-es és EU169-es jelű, balesetből származó csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosításának feltételei

A jelen kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alap biztosítás feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték. A jelen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

1. Fogalom meghatározások

(1) Biztosított

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapbiztosítás 18. életévét betöltött, de a 65. életévét még be nem töltött biztosítottja, akinek a testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.

(2) Kedvezményezett

Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában eltérően nem rendelkeztek, a kiegészítő biztosítás kedvezményezettje az alapbiztosítás biztosítottja. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg.

(3) Baleset

A kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett olyan esemény, amely a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás következménye, amely közvetlenül és bármely más októl függetlenül a biztosított csonttörését vagy égési sérülését okozza.

(4) Csonttörés

A jelen szerződéses feltételekben használt csonttörés kifejezés a csont balesetből származó töréses sérülését jelenti függetlenül attól, hogy a törés maradványok rokkantságot eredményez-e vagy sem.

(5) Patológiás törés

A jelen feltételekben használt patológiás törés a csont betegség által gyengített területének törését jelenti.

(6) Többszörös törés

A jelen feltételekben használt többszörös törés egy

csontnak több helyen való törését jelenti. A csont darabos törése esetén a csonttörés többszörös törésnek számít, ha több, mint két szilánk van.

(7) Teljes törés (Komplett törés)

A jelen feltételekben használt teljes törés a csont olyan jellegű törése, amikor a csont teljes vastagságában eltört.

(8) Nyílt törés

A jelen feltételekben használt nyílt törés a csont olyan jellegű törése, amikor a tört csont a bőrreteget is átszakítja.

(9) Stressz törés (Fáradásos törés)

A jelen feltételekben használt stressz törés a csont olyan jellegű törése, amikor a csont rendszeres túlterhelés miatt sérül.

(10) Égési sérülés

A jelen feltételekben használt égési sérülés a bőrnek hőenergiával, alacsony hőmérséklettel, illetve kémiai anyagokkal való érintkezéséből eredő sérülése, függetlenül attól, hogy a sérülés maradvány-e vagy sem.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

A biztosítási esemény minden más októl függetlenül bekövetkező, baleseti eredetű csonttörés vagy baleseti eredetű égési sérülés.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a kiegészítő biztosítás szerződésben megjelölt biztosítási összegéből az adott törésre vagy égési sérülésre a térítési táblázatban meghatározott százalékos összeget fizeti ki.

Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás (törés, égési sérülés) esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a kiegészítő biztosítás szerződésben megjelölt biztosítási összegét.

A térítési táblázatban nem említett egészségkárosodások (törések, égési sérülések) a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra. A térítés mértékét a biztosító orvos szakértője állapítja meg. Amennyiben a baleseti eredetű törés vagy égési sérülés mértéke a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján nem éri el az 1 %-ot a biztosító biztosítási szolgáltatást nem teljesít.

A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni.

A jelen kiegészítő biztosítás feltételei szerint esedékes szolgáltatás a biztosítás egyéb szolgáltatásaitól függetlenül kerül kifizetésre.

3. Térítési tábla

Az egészségkárosodás mértékét a következő térítési táblázat szerint kell megállapítani:

Az egészségkárosodás jellege	A biztosítási összeg % -a
------------------------------	---------------------------

CSONTTÖRÉSEK

• Medence törések (farkcsont törés nélkül):

a) Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	100
b) Minden egyéb nyílt törés	50
c) Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30
d) Egyszerű zárt törések	20

• Combcsont vagy sarokcsont törései:

a) Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	50
b) Minden egyéb nyílt törés	40
c) Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30
d) Egyszerű zárt csonttörések	18
• Koponya alapi törések	50

• A sípcsont, felkarcsont, orsócsont vagy csukló törései:

a) Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	40
b) Minden egyéb nyílt törés	30
c) Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	20
d) Egyszerű zárt csonttörések	15

• Felső vagy alsó állkapocs, külső boka, belső boka singcsont törései:

a) Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	30
b) Minden egyéb nyílt törés	20
c) Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	16
d) Egyszerű zárt törések	10

• Lapocka, kulcscsont, térdkalács, szegycsont, lábtő, lábközépcsontok törései:

a) Nyílt törések	20
b) Zárt törések	13

• Gerinc törések (farkcsont törés kivételével):

a) Csigolyatestek kompressziós törése	20
b) Tövisnyúlvány, harántnyúlvány, ízületi nyúlvány törései	7

• Homlok, halánték, falcson, vagy nyakszirtecsont törései:

a) csontszilánkok benyomódásával	30
b) csontszilánkok benyomódása nélkül	10

• Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárcsont (kivéve boka) törései:

a) Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	16
b) Minden egyéb nyílt törés	12
c) Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	8
d) Egyszerű zárt csonttörések	5

• Kézujj és lábujj törések:

a) Nyílt törések	5
b) Zárt törések	3

ÉGÉSI SÉRÜLÉSEK

• A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület legalább 27 %-át érintik:	100
• A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 18-26 %-át érintik:	60
• A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 9-17 %-át érintik:	30
• A bőr másodfokú és harmadfokú égései, amelyek a testfelület 4,5-8 %-át érintik:	16

4. Kizárások

A biztosítás nem terjed ki azon törésekre és égési sérülésekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

- a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés,
- veleszületett rendellenességek és az ebből fakadó következmények,

- c) bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- d) bármely betegségre visszavezethető csontgyengülés, patológiás csonttörések,
- e) a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések),
- f) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák,
- g) a biztosított alkoholos befolyásoltágú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- h) a biztosított öncsonkítása, illetve ennek kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- i) bármely idegi vagy elméleti rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- j) HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-vel kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát,

Továbbá nem terjed ki a kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:

- k) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- l) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- m) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- n) amennyiben a biztosított fizet utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- o) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél,
- p) a biztosított által jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- q) mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik,
- r) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, minden körülmény között, békében és háborúban egyaránt,
- s) polgárháború vagy országok közötti háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), háborús állapotok, harci cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban, zendülésben való részvétel (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó).

Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok)ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

5. Mentésülés

- (1) A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a szerződés létrejötté előtt a jelen paragrafus (2) bekezdésében felsorolt betegségek,

illetve egészségi rendellenességek bármelyikében szenved. Amennyiben a biztosító ezen kizárás szerint mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, a biztosításra ténylegesen befizetett összes díjat kifizeti a szerződő részére és a kiegészítő biztosítás megszűnik.

- (2) Nem nyújtható biztosítás súlyos betegségben szenvedőknek (pl. epilepszia, inzulin függő cukorbetegség, komoly szív- és érrendszeri betegség, alkohol- vagy drogfüggőség, sükettség, vakság, végtaghiány, súlyos mozgáskorlátozottság és hasonló betegségek esetén), vagy az olyan személyeknek, akik maradandó teljes (100 %) rokkantsággal élnek, továbbá a bármely pszichiátria betegségben vagy a mozgást és a normális életvitelt nagymértékben korlátozó, funkcionális zavarokat okozó betegségben szenvedőknek.

6. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeséig időpontjáig.

7. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékban a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont került feltüntetésre.

8. A biztosítás tartama

A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha azt a biztosítási év letelte előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel, illetve a biztosítási évfordulón esedékes díj megfizetésre kerül.

9. A kockázatviselés kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő fél a kiegészítő biztosítás első díját a biztosító számlájára befizeti, feltéve, hogy a kiegészítő biztosításra vonatkozó szerződés (záradék) már létrejött vagy utóbb létrejön.

10. A biztosító teljesítése

1. Biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása

A balesetet, illetve a biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben ezen kötelezettségeket nem teljesítik és emiatt utóbb lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a) a biztosító erre a célra szolgáló, kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványát;
- b) a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű orvosi dokumentáció (zárájelenítés) másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával;
- c) a sérült testrészről kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított, orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait, (ha létezik ilyen),

- d) a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- e) a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot;
- f) a jogosultság (személyazonosság, örökös státus) megállapításához szükséges okiratot;
- g) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

2. Biztosító teljesítése

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékesé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

A biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem köti.

A kifizetéseket a biztosító forintban teljesíti a kedvezményezett részére.

11. A biztosítás megszűnése

(1) A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik

- a) az alapbiztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- b) a biztosított halálával;
- c) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizeti meg;
- d) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- e) a rokkantsági díjmentesítési kiegészítő biztosítás hatálybalépésének időpontjában,
- f) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- g) amikor az alapbiztosítás felfüggesztésre kerül.

(2) Ezen kiegészítő biztosítást a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A felmondási idő 30 nap. A felmondással a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végére teljesen megszűnik.

12 Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díj kölcsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtaralékának terhére - szintén automatikus díj kölcsönrel kerülnek kiegyenlítésre.

13. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

14. Indexálás

Amennyiben az alapbiztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítással együtt kerül indexálásra. A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alapbiztosításra vonatkozó indexrátával kerül növelésre.

A 177-es jelű és EU177-es jelű balesetből vagy betegségéből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre, valamint orvosi konzultációra szóló kiegészítő biztosítás feltételei

A jelen kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alaptörvény feltételei az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alaptörvény biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre.

2. Biztosítási esemény és szolgáltatás

a) Kórházi ellátásra szóló napi térítés

Amennyiben a biztosított személy, a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében bennfekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti a biztosítottnak a kórházi ellátás első (1.) napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a kilencvenedik (90.) naptári napig.

Amennyiben a biztosított személy a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a biztosító az intenzív ellátás napjaira jutó napi térítés összegét ötven (50) százalékkal növelten teljesíti.

A biztosító a napi térítés összegén felül, a kórházi ellátást követően rehabilitációra szóló térítésként a kórházi napokra megállapított térítés összegének ötven (50) százalékát teljesíti a kórházi napi térítéssel fedezett napokkal megegyező számú napra, függetlenül bármely más tényezőtől.

A kórházi ellátás tartamának legalább egy (1) napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátás(oka)t a korábbi kórházi ellátás(ok)tól függetlenül, új kórházi ellátásként veszi figyelembe.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé váló, egymást követő kórházi ápolások esetén a kórházi ellátás teljes időtartama ugyanazon baleset vagy betegség következményének számít kivéve, ha az egyes kórházi ápolási periódusok között legalább tizenkét (12) hónap eltelik.

Ugyanazon, vagy hasonló ok következtében szükségessé vált kórházi ellátás esetén a biztosító a biztosítási szerződés teljes érvényességi ideje alatt legfeljebb két (2) alkalommal teljesíti kórházi napi térítési szolgáltatást.

b) Műtéti térítés

Ha a biztosított személy a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett sérülés vagy első alkalommal bekövetkezett betegség következtében kórházi ellátásban részesül és orvos által elvégzendő műtéti eljárás alá utalják, a biztosító a szerződés rendelkezéseinek megfelelően műtéti térítést fizet, melynek összegét a műtéti táblázatban az adott eljárásra megállapított százalékos érték és a szerződésben meghatározott biztosítási összeg alapján állapítja meg.

Ha ugyanazon műtéti eljárásban több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor az egész műtéti eljárásért fizetendő összeg a legmagasabb százalékos értékű műtéti beavatkozás térítési összegével egyezik meg.

Abban az esetben, ha a biztosított olyan műtéti térítésre jogosult, mely térítés nincs egyértelműen megjelölve a műtéti táblázatban, akkor a biztosító a táblázatban feltüntetett, azonos bonyolultságú műtetre megállapított térítési összeget fizeti. A műtét bonyolultsági fokát a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján a biztosító orvosa állapítja meg.

c) Orvosi konzultáció

Ha a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás érvényességének tartama alatt, a jelen pontban meghatározott heveny, szövődményes és súlyos egészségi rendellenessége vagy betegsége következik be, melynek bekövetkezése kapcsán és arra vonatkozóan a szolgáltató képviselőjén keresztül a biztosított orvosi konzultációt kér, úgy a biztosított által kért orvosi konzultáció költségeit a biztosított helyett a biztosító téríti meg a szolgáltató részére.

A jelen biztosítás szolgáltatásaként igénybe vehető konzultációt a 4.g) pontban meghatározott szolgáltató nyújtja, a konzultációk lefolytatása, a kapcsolattartás és a konzultációs jelentés elkészítése és annak tartalma a szolgáltató kizárólagos felelőssége. A biztosító nem felelős a szolgáltató eljárásában vagy a konzultációs jelentésben bekövetkezett vagy elkövetett bármely hibáért vagy mulasztásért.

A biztosított a konzultáció igénybevételére a következő heveny, szövődményes vagy súlyos egészségi állapotok és betegségek esetén jogosult: a) rosszindulatú daganat, b) szívinfarktus, c) szívkoszorúér műtét, d) kóma, e) agyi érkatasztrófa, f) sclerosis multiplex, g) bénulás, h) krónikus obstruktív tüdőbetegség, i) tüdőátültetés, j) gyulladásos bélbetegség, k) krónikus májbetegség, l) veseelégtelenség, m) krónikus medencetáji fájdalom, n) cukorbetegség, o) trombózisos visszérgyulladás és embólia, p) bármely amputáció, q) reumás ízületi gyulladás (rheumatoid arthritis), r) rosszindulatú pigmentsejtes daganat (melanoma malignum), s) nagyfokú égési sérülés, t) betegségből származó hirtelen bekövetkező vakság, u) szervátültetés, v) idegi-elfajulással járó betegségek, w) egyéb hasonló, az életet veszélyeztető egészségi állapotok. A betegségek minősítését a megküldött egészségügyi adatok és iratok alapján a szolgáltató állapítja meg, aki e döntését más orvosok vagy orvosszakértői testületek megállapításától függetlenül hozza meg.

Az orvosi konzultáció a következőket foglalja magába:

- egy írásbeli konzultáció a szolgáltató megfelelő klinikai szakorvosával,
- egy konzultáció CT vizsgálatra, MRI vizsgálatra, röntgenre, ultrahangra, egyéb radiológiai tanulmányokra vagy patológiára vonatkozóan,
- egy ismételt konzultáció. Ismételt konzultációnak minősül, ha a biztosított a konzultáció eredményének kézhezvételétől számított 30 napon belül az első konzultációval összefüggésben vagy ahhoz kapcsolódóan kiegészítő diagnózist, ill. konzultációt kér, vagy további kérdéseket nyújt be,
- a szolgáltató képzett szakorvosai és egészségügyi szakértői által ajánlott gyógykezelési terv. Az esetek magukban foglalhatnak radiológiai képalkotást és/vagy szövettani metszetet is,
- szükség esetén egy telefonon történő konferencia megbeszélést angol nyelven, a biztosított kezelőorvosa és a szolgáltató szakorvosa között.

Ha ugyanannak az anatómiai területnek több olyan tanulmánya került kiadásra ugyanazzal az egészségi állapottal kapcsolatban, mely ugyanazt a módszert használja, egy diagnosztikai tanulmány kerül kidolgozásra a leggyakoribb tanulmányból. Ugyanannak az anatómiai területnek az összes többi tanulmánya, amely ugyanazt a módszert használja, és amelyet az első konzultációs jelentés kézhezvételétől számított 30 napon belül nyújtottak be összehasonlító tanulmánynak számít és nem tekintendő új konzultációra való jelentkezésnek.

A szolgáltató egy biztosítási évben legfeljebb két (2), a kiegészítő biztosítás érvényességének teljes tartama alatt legfeljebb hat (6) konzultációs lehetőséget biztosít.

Bármely konzultációs jelentés kézhezvételétől számított 30 napon túl benyújtott kérelem, illetve a 30 napon belül benyújtott, de a konzultációs jelentés tartalmához és tárgyához közvetlenül nem kapcsolódó kérelem új konzultációs kérelemnek minősül.

Az orvosi konzultációt a szolgáltató klinikai szakorvosai biztosítják, de a szolgáltató a diagnózis és/vagy az ajánlott gyógykezelés meghatározása szempontjából igényelheti a biztosított és/vagy a kezelőorvosa közreműködését.

Amennyiben a konzultációs kérelem a jelen feltételekben meghatározott egészségi rendellenességektől vagy betegségektől különböző betegség vonatkozásában kerül benyújtásra a szolgáltató részére, úgy a szolgáltató jogosult a konzultációs lehetőséget visszautasítani.

A fenti a)-c) pont alatt meghatározott szolgáltatások külön-külön, vagy együttesen is igénybe vehetők a bekövetkezett biztosítási eseménytől függően, az egyes szolgáltatásokat azonban a biztosító kizárólag az adott szolgáltatásra meghatározott feltételek alapján nyújtja.

3. Kizárások

A. A kórházi ellátásra és/vagy műtéti térítésre szóló biztosítási szolgáltatások szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- b) terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés, vagy abortusz,
- c) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség,
- d) a szerződés hatályba lépését követő első hatvan (60) napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtéti beavatkozás,
- e) a szerződés hatályba lépését követő első száznyolcvan (180) nap alatt végrehajtott, a mandula, ill. orrpolip eltávolítását célzó műtét, ill. kórházi gyógykezelése,
- f) a biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, az elmeállapotról való tekintet nélkül,
- g) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményként szükséges beavatkozást,
- h) orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincsen egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- i) elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- j) a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,
- k) bármely veszteség, amelynek oka a biztosított által megkísérelt, vagy elkövetett jogellenes cselekedet, ill. abban való szándékos részvétel, vagy olyan cselekmény, amely a biztosított őrizetbe vételéhez vezet, ill. a letartóztatással való aktív vagy passzív szembeszegülés,

- l) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,
- m) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- n) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,
- o) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- p) bármely olyan betegség, halál, egészségkárosodás vagy költség, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármilyen mutáns származékát vagy változatát,
- q) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- r) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- s) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,
- t) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, ill. engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon,
- u) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet bármely fegyveres erejénél,
- v) mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, ill. ejtőernyőt használ vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik.
- w) háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, lázadás, engedetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorolt hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatóság rendeletétől származó vesztégzár, vagy vámszabályozás.

B. Az orvosi konzultációs szolgáltatás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosított nem jogosult orvosi konzultáció igénybe vételére, amennyiben a jelen kiegészítő biztosításban meghatározott heveny, szövődmenyes és súlyos egészségi rendellenesség vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (az elmeállapotról való tekintet nélkül), valamint a biztosított kérésére vagy

- beleegyezésével, más személy által okozott testi sérülés,
- b) a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- c) a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,
- d) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- e) a szexuális úton terjedő betegségek,
- f) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- g) a biztosított mérgezése vagy mérgező gáz belélegzése,
- h) a biztosított vele született rendellenessége vagy születési fogyatékossága, amely a születés pillanatában azonnal nyilvánvalóvá vált és fennállt, vagy egy későbbi fejlődési szakaszban nagy valószínűséggel jelentkezhet.
- i) háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, felkelés, lázadás, engedetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorolt hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatóság rendeletétől származó vesztégzár, vagy vámszabályozás.

Továbbá az alapbiztosításhoz csatolt záradék(ok)ban meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosítás szolgáltatásaira is vonatkoznak.

4. Fogalom meghatározások

- a) **Betegség:** Olyan egészségkárosodást jelent, amelyet a biztosított a kiegészítő biztosítás hatálya lépését követően, első alkalommal szenved el.
- b) **Baleset:** Balesetnek minősül a biztosított akarátán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében és bármely más októl függetlenül a biztosított kórházi és/vagy műtéti ellátása válik szükségessé.
- c) **Bennfekvő beteg:** Bennfekvő beteg azt a személyt jelenti, aki bennfekvőként legalább egy (1) napi kórházi ellátásban részesült.
- d) **Kórház:** A kórház azt a létesítményt jelenti, amely mindenben megfelel az alábbi követelményeknek:
 - kórházi működésre vonatkozó engedéllyel rendelkezik (ha az ilyen engedély hatósági előírás),
 - elsősorban a kórházban történő kezeléssel, bennfekvő betegek ellátásával foglalkozik,
 - a betegápolást napi 24 órán át, szakképzett személyzettel látja el,
 - egy vagy több engedéllyel rendelkező orvost foglalkoztat,
 - biztosítja a diagnosztizálás és a magas szintű orvosi beavatkozások szervezett szolgáltatását,
 - elsődlegesen nem rendelőintézet, szanatórium, vagy rehabilitációs intézet, vagy hasonló létesítmény, és nem foglalkozik alkohollal vagy kábítószer függőségi terápiával,
 - nem lakása a biztosítottnak.

- e) **Intenzív ellátás:** A jelen biztosítás szempontjából intenzív ellátásnak minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és intenzív elnevezés alatt működő különálló egységében nyújtott ellátás.

- f) **Orvos:** Az orvos az - a biztosítottól vagy annak közeli hozzátartozóitól eltérő személy -, aki a jogszabályban meghatározott vizsgákkal és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló baleseti sérülés vagy betegség gyógyítására.

- g) **Orvosi konzultáció szolgáltatója:** A szolgáltató a WorldCare vállalatot jelenti. A WorldCare vállalat külföldi székhelyű, a WorldCare International által létrehozott egészségügyi hálózat, amely olyan szakorvosok hálózata, akik a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottjai számára nyújtanak orvosi konzultációs lehetőséget. A biztosított személy és/vagy kezelőorvosa által, a szolgáltatás igénybe vétele érdekében eljuttatott személyes és egészségügyi adatok feldolgozása, ill. továbbítása, valamint a szolgáltató hálózatát alkotó kórházak, egészségügyi szakértők és szakorvosok fenntartása a szolgáltató kizárólagos felelőssége.

- h) **Közel hozzátartozó:** A Polgári Törvénykönyv 685. §-a alatt hozzátartozói minőségben meghatározott személyek köre.

5. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedéesség időpontjáig. A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a kiegészítő biztosítás díját a biztosítási évfordulón felülvizsgálja és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapítson meg, amelyek minden hatályban lévő kiegészítő biztosításra egységesen érvényesek. A díjmódosítás mértékéről a biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt oly módon, hogy a szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évforduló előtt kézhez kapja az értesítést. Amennyiben a szerződő a módosított díjat elutasítja, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási évfordulót megelőzően kell eljuttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen kiegészítő biztosítás az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. A nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

6. A biztosítás kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik az alapbiztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényen vagy a kiegészítő biztosításról kiállított záradékban a kiegészítő biztosítás kezdeteként eltérő időpont kerül feltüntetésre.

7. A biztosítás tartama

A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha azt a biztosítási év letelte előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel, illetve a biztosítási évfordulón esedékes díj megfizetésére kerül.

8. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) bármely díjesedéesség időpontjára -30 nappal az esedékesség előtt- írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a biztosított halálával;
- a biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 60. életévét betölti;
- ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg;
- amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- a rokkantsági díjmentesítési kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor;
- amikor a biztosított ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítták;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

Az orvosi konzultáció szolgáltatás megszűnik továbbá - a kiegészítő biztosítás érvényességének változatlanul hagyása mellett - az alábbi esetekben:

- a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával,
- ha a biztosított megváltoztatja a tartózkodási országát,
- ha a Szolgáltató felfüggeszti, illetve megszünteti tevékenységét.

Az orvosi konzultációs szolgáltatás vagy a kiegészítő biztosítás megszűnése után befizetett díj nem biztosít jogosultságot a konzultációra. Ebben az esetben a befizetett díj a biztosított részére visszautalásra kerül. A biztosítás megszűnése a megszűnés időpontja előtt benyújtott konzultációs kérelmet nem érinti.

Ha a kiegészítő biztosítás a türelmi időn belül a biztosított halála miatt szűnik meg, a biztosító a meg nem fizetett esedékes díjat az alapbiztosítás bármely szolgáltatási összegéből levonja.

9. A biztosítási esemény bejelentése és bizonyítása, a biztosító teljesítése

a) Eljárási rend a kórházi ellátásra szóló napi térítés és a műtéti térítés esetén:

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 napon belül a biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben ezen kötelezettségeket nem teljesítik és emiatt utóbb lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére benyújtani:

- a szolgáltatás iránti igénybejelentőt;
- az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával;
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült);
- mindazon okiratokat, amelyek a jogosultság (személyazonosság, illetve kedvezményezett vagy örökös státus) igazolásához szükségesek;

e) továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

A biztosító az igényelbírálás tartama alatt jogosult a saját költségén a biztosítottat az általa megnevezett orvosokkal megvizsgáltatni olyan gyakran, ahogy az orvosilag indokolt.

A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

b) Eljárási rend az orvosi konzultáció esetén:

A jelen kiegészítő biztosítás alapján nyújtott orvosi konzultáció igénybevételét a biztosított, vagy a biztosított hozzájárulásával kezelőorvosa kezdeményezheti a szolgáltató magyarországi képviselőjénél. A képviselő címéről és elérhetőségéről a biztosító a szerződés megkötésével egyidejűleg írásban tájékoztatja a szerződőt. A szolgáltató képviselője tájékoztatást ad a biztosítottnak és/vagy kezelőorvosának a konzultáció igénybevételének eljárási rendjéről, illetve az igénybevételhez szükséges, benyújtandó adatokról és iratokról. A konzultációs kérelem benyújtásához szükséges összes formanyomtatványt, és az azok szakszerű kitöltéséhez a szükséges tájékoztatást a szolgáltató képviselője térítésmentesen biztosítja. A biztosított kérésére a szolgáltató térítésmentesen gondoskodik a biztosított által magyar nyelven megadott adatok angol nyelvre, illetve az angol nyelvű konzultációs jelentés magyar nyelvre történő fordításáról.

A szolgáltató a konzultáció lefolytatását és a konzultációs jelentés megküldését az alapul szolgáló egészségi rendellenesség vagy betegség jellegének függvényében, a biztosított részére közvetlenül, az igénybevételi eljárás kezdetén átadott tájékoztatóban szereplő időtartamon belül vállalja. A konzultációs jelentésnek a biztosított részére, igazolható módon történő megküldésével a szolgáltató a teljesítésnek eleget tesz. A konzultációs jelentés, valamint az alapul szolgáló dokumentumok magyar vagy idegen nyelvre történő fordításából származó esetleges eltérésekért a biztosító nem vállal felelősséget.

A biztosító az orvosi konzultáció költségeit a biztosított helyett közvetlenül a szolgáltató részére téríti meg.

A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket bármely szolgáltatás igénybe vétele esetén annak kell viselnie, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

10. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcson lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsonnel kerülnek kiegyenlítésre.

11. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

12. Indexálás

Amennyiben az alapbiztosítás indexálási záradékkal rendelkezik, úgy a jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatásai - az orvosi konzultációs szolgáltatás kivételével - az alapbiztosítással együtt, de legfeljebb 10 éven keresztül kerül indexálásra.

A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege azonos arányban, az alapbiztosításra vonatkozó indexrátaival kerül növelésre.

13. Egyéb feltételek

A jelen kiegészítő biztosításban nem szabályozott kérdésekben az alapbiztosítás feltételei érvényesülnek.

A baleseti és betegségi kórházi ellátás térítésére és műtéti térítésre szóló biztosítás műtéti táblázata

Műtéti beavatkozás leírása A maximális kártérítési összeg %-a

HAS

– vakbélműtét (féregnyúlvány eltávolítás)	50
– béleltávolítás	70
– gyomoreltávolítás	70
– gyomor vagy bélkivarrás	60
– epehólyag-eltávolítás	70
– hasüregi metszés a gyógykezelés diagnosztikájának felállítására, ill. egy vagy több hasüregi szerv eltávolítása céljából, kivéve azon szerveket, amelyek a táblázat egyéb pontja alá esnek	50

Két vagy több műtéti beavatkozás ugyanazon hasi operáció alkalmával egy műtéti eljárásnak számít.

TÁLYOG, KELÉS

– egy vagy több felületi tályog, kelés, kelevény metszése	5
– egy vagy több tályog vagy karbunkulus kórházi ellátást igénylő gyógykezelése	10

AMPUTÁCIÓ

– minden egyes kéz-, vagy lábujj	10
– kéz, alkar vagy lábtő bokából	20
– lábszár, kar vagy comb	40
– a comb csípőből	70

MELL

– az egyik vagy mindkét mell teljes amputációja a hónaljban történő metszéssel	70
– az egyik vagy mindkét mell egyszerű eltávolítása	40

MELLKAS

– teljes mellkasplasztika	100
– a tüdő teljes vagy részleges eltávolítása	70
– mellüregi metszés a diagnosztizálás megállapítása vagy a belső szervek gyógykezelése céljából, a punkció kivételével	30
– gennyeltávolítás a punkció kivételével	10
– mesterséges légmellkezelés (tüdőültetés)	10
– hörgőtükrözés:	
a) diagnosztizálás céljára	10
b) sebészeti beavatkozással szövettani vizsgálat kivételével	20

5. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a kiegészítő biztosítás érvényességének tartama alatt bekövetkező, a jelen feltételek 7. pontjában meghatározott heveny, szövődményes és súlyos egészségi rendellenessége vagy betegsége, melynek bekövetkezése kapcsán és arra vonatkozóan a szolgáltató képviselőjén keresztül orvosi konzultációt kér.

6. Biztosítási szolgáltatás

A biztosított által kért orvosi konzultáció költségeinek a biztosított helyett, a biztosító által történő megtérítése a szolgáltató részére.

A jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatásaként igénybe vehető konzultációt a szolgáltató nyújtja, a konzultációk lefolytatása, a kapcsolattartás és a konzultációs jelentés elkészítése és annak tartalma a szolgáltató kizárólagos felelőssége. A biztosító nem felelős a szolgáltató eljárásában vagy a konzultációs jelentésben bekövetkezett vagy elkövetett bármely hibáért vagy mulasztásért.

7. Egészségi rendellenességek és betegségek

A biztosított a konzultáció igénybevételére a következő heveny, szövődményes vagy súlyos egészségi állapotok és betegségek esetén jogosult:

- Rosszindulatú daganat
- Szívizominfarktus
- Szív koszorúér műtét
- Kóma
- Agyi érkatasztrófa
- Sclerosis multiplex
- Bénulás
- Krónikus obstruktív tüdőbetegség
- Tüdőtágulat
- Gyulladásos bélbetegség
- Krónikus májbetegség
- Veseelégtelenség
- Krónikus medencetáji fájdalom
- Cukorbetegség
- Trombózisos visszérgyulladás és embólia
- Bármely amputáció
- Reumás ízületi gyulladás (Rheumatoid arthritis)
- Rosszindulatú pigmentsejtes daganat (Melanoma malignum)
- Nagyfokú égési sérülés
- Betegségből származó hirtelen bekövetkező vakság
- Szervátültetés
- Idegi-elfajulással járó betegségek
- Egyéb hasonló, az életet veszélyeztető egészségi állapotok.

A betegségek minősítését a megküldött egészségügyi adatok és iratok alapján a szolgáltató állapítja meg, aki e döntését más orvosok vagy orvosszakértői testületek megállapításától függetlenül hozza meg.

8. Orvosi konzultáció

Az egészségügyi (orvosi) konzultáció a következőket foglalja magába:

- egy írásbeli konzultáció a szolgáltató megfelelő klinikai szakorvosával.
- egy konzultáció CT vizsgálatra, MRI vizsgálatra, röntgenre, ultrahangra, egyéb radiológiai tanulmányokra vagy patológiára vonatkozóan,
- egy ismételt konzultáció. Ismételt konzultációnak minősül, ha a biztosított konzultáció eredményének kézhezvételétől számított 30 napon belül az első konzultációval összefüggésben vagy ahhoz kapcsolódóan kiegészítő diagnózist, ill. konzultációt kér, vagy további kérdéseket nyújt be.
- a szolgáltató képzett szakorvosai és egészségügyi szakértői által ajánlott gyógykezelési terv. Az esetek magukban foglalhatnak radiológiai képalkotást és/ vagy szövettani metszetet is.

- szükség esetén egy telefonon történő konferencia megbeszélést angol nyelven, a biztosított kezelőorvosa és a szolgáltató szakorvosa között.

Ha ugyanannak az anatómiai területnek több olyan tanulmánya került kiadásra ugyanazzal az egészségi állapottal kapcsolatban, mely ugyanazt a módszert használja, egy diagnosztikai tanulmány kerül kidolgozásra a leggyakoribb tanulmányból. Ugyanannak az anatómiai területnek az összes többi tanulmánya, amely ugyanazt a módszert használja, és amelyet az első konzultációs jelentés kézhezvételétől számított 30 napon belül nyújtottak be összehasonlító tanulmánynak számít és nem tekintendő új konzultációra való jelentkezésnek.

A szolgáltató egy biztosítási évben legfeljebb két (2), a kiegészítő biztosítás érvényességének teljes tartama alatt legfeljebb hat (6) konzultációs lehetőséget biztosít.

Bármely konzultációs jelentés kézhezvételétől számított 30 napon túl benyújtott kérelem, illetve a 30 napon belül benyújtott, de a konzultációs jelentés tartalmához és tárgyához közvetlenül nem kapcsolódó kérelem új konzultációs kérelemnek minősül.

Az orvosi konzultációt a szolgáltató klinikai szakorvosai biztosítják, de a szolgáltató a diagnózis és/vagy az ajánlott gyógykezelés meghatározása szempontjából igényelheti a biztosított és/vagy a kezelőorvosa közreműködését.

Amennyiben a konzultációs kérelem a jelen feltételekben meghatározott egészségi rendellenességektől vagy betegségektől különböző betegség vonatkozásában kerül benyújtásra a szolgáltató részére, úgy a szolgáltató jogosult a konzultációs lehetőséget visszautasítani.

9. Konzultációs szolgáltatás igénybevétele

A jelen kiegészítő biztosítás alapján nyújtott orvosi konzultáció igénybevételét a biztosított, vagy a biztosított hozzájárulásával kezelőorvosa kezdeményezheti a szolgáltató magyarországi képviselőjénél. A képviselő címéről és elérhetőségéről a biztosító a szerződés megkötésével egyidejűleg írásban tájékoztatja a szerződőt. A szolgáltató képviselője tájékoztatást ad a biztosítottnak és/vagy kezelőorvosának a konzultáció igénybevételének eljárási rendjéről, illetve az igénybevételhez szükséges, benyújtandó adatokról és iratokról. A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket a biztosítottnak kell viselnie.

A konzultációs kérelem benyújtásához szükséges összes formanyomtatványt, és az azok szakszerű kitöltéséhez a szükséges tájékoztatást a szolgáltató képviselője térítésmentesen biztosítja. A biztosított kérésére a szolgáltató térítésmentesen gondoskodik a biztosított által magyar nyelven megadott adatok angol nyelvre, illetve az angol nyelvű konzultációs jelentés magyar nyelvre történő fordításáról.

10. Kizárások

Ezen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosított nem jogosult az orvosi konzultáció igénybevételére, amennyiben a jelen kiegészítő biztosításban meghatározott heveny, szövődményes és súlyos egészségi rendellenesség vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított

által önmagának okozott egyéb testi sérülés (az elmeállapotról való tekintet nélkül), valamint a biztosított kérésére vagy beleegyezésével, más személy által okozott testi sérülés,

- a biztosított által jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott vagy előidézett esemény,
- a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota kivéve, ha ezeket egészségügyi hatóság előírására alkalmazzák,
- a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkohol szintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- a szexuális úton terjedő betegségek,
- bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt,
- a biztosított mérgezése vagy mérgező gáz belélegzése,
- a biztosított vele született rendellenessége vagy születési fogyatékosága, amely a születés pillanatában azonnal nyilvánvalóvá vált és fennállt, vagy egy későbbi fejlődési szakaszban nagy valószínűséggel jelentkezhet.
- háború, invázió, idegen erő beavatkozása, polgárháború, forradalom, felkelés, lázadás, engedetlenség, egyéb háborús cselekmények, katonai vagy bitorolt hatalom, vagy bármely esemény, vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetésének eredménye, letartóztatás, bármely helyi, vagy közhatóság rendeletétől származó vesztegző, vagy vámszabályozás.

Továbbá az alapbiztosítás feltételeiben meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

11. Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a kiegészítő biztosítás megszűnéséig. A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a kiegészítő biztosítás díját a biztosítási évfordulón felülvizsgálja és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapítson meg, amelyek minden hatályban lévő kiegészítő biztosításra egyenesen érvényesek. A díjmódosítás mértékéről a biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt oly módon, hogy a szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évforduló előtt kézhez kapja az értesítést. Amennyiben a szerződő a módosított díjat elutasítja, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási évfordulót megelőzően kell eljuttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen kiegészítő biztosítás az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. A nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyezi. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

12. A kockázatviselés kezdete

A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájával kezdődik, amikor a szerződő fél a kiegészítő biztosítás első díját a biztosító számlájára befizeti, feltéve, hogy a kiegészítő biztosításra vonatkozó szerződés (záradék) már létrejött vagy több létrejön.

13. A biztosítás tartama

A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha azt a biztosítási év letelte előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel, illetve a biztosítási évfordulón esedékes díj megfizetésre kerül.

14. A szolgáltató és a biztosító teljesítése

A szolgáltató a konzultáció lefolytatását és a konzultációs jelentés megküldését az alapul szolgáló egészségi rendellenesség vagy betegség jellegének függvényében, a biztosított részére közvetlenül, az igénybevételi eljárás kezdetén átadott tájékoztatóban szereplő időtartamon belül vállalja. A konzultációs jelentésnek a biztosított részére, igazolható módon történő megküldésével a szolgáltató a teljesítésnek eleget tesz. A konzultációs jelentés, valamint az alapul szolgáló dokumentumok magyar vagy idegen nyelvre történő fordításából származó esetleges eltérésekért a biztosító nem vállal felelősséget.

A biztosító az orvosi konzultáció költségeit a biztosított helyett közvetlenül a szolgáltató részére téríti meg.

15. A biztosítás megszűnése

Ezen kiegészítő biztosítást írásban, a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A felmondási idő 30 nap. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt, amelyen a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését a biztosító záradékkal feljegyzi.

A jelen kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

- a) a biztosított halálával,
- b) az alapt biztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- c) a biztosított által igénybe vett konzultációk száma eléri a hat (6) alkalmat, a 6. konzultációs kérelemnek a szolgáltató részére történő átadásával,
- d) az alapt biztosítás szolgáltatási összegének kifizetésével,
- e) ha a szerződés szerinti alapt biztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg,
- f) amikor a szerződés szerinti alapt biztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy az bármely okból megszűnik;
- g) a rokkantsági díjmentesítési kiegészítő biztosítás hatálybalépésének időpontjában,
- h) ha a biztosított megváltoztatja a tartózkodási országát.
- i) ha a Szolgáltató felfüggeszti, illetve megszünteti tevékenységét.

Ha a kiegészítő biztosítás a türelmi időn belül a biztosított halála miatt szűnik meg, a biztosító a meg nem fizetett esedékes díjat az alapt biztosítás bármely szolgáltatási összegéből levonja.

A jelen kiegészítő biztosítás megszűnése után befizetett díj nem biztosít jogosultságot a konzultációra. Ebben az esetben a befizetett díj a biztosított részére visszaautalásra kerül.

A biztosítás megszűnése a megszűnés időpontja előtt benyújtott konzultációs kérelmet nem érinti.

16. Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapt biztosításra automatikus díjkölcson lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapt biztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsonnel kerülhetnek kiegyenlítésre.

17. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

18. Indexálás

A jelen kiegészítő biztosítás nem indexálható.

19. Egyéb feltételek

A jelen kiegészítő biztosításban nem szabályozott kérdésekben az alapt biztosítás feltételei érvényesülnek, az alábbi kivételekkel: a) a biztosítási szerződés átruházása, b) háborús fedezet, c) kifizetési és járadék opciók.

110-es jelű és EU110-es jelű kritikus betegségek esetére szóló "Critical Care" elnevezésű kiegészítő biztosítás feltételei

A „Critical Care” elnevezésű, kiegészítő biztosítás az AHICO Első Amerikai-Magyar Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A szerződő díjfizetése ellenében a biztosító vállalja, hogy a szerződésben leírt biztosítási események bekövetkeztekor biztosítási szolgáltatást teljesít a szerződésben megfogalmazottak szerint, a szerződés érvényességi ideje alatt. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben azon alap életbiztosítás rendelkezései az irányadók, amelyhez a kiegészítő biztosítást kötötték.

1. Fogalom meghatározások

- (1) **Biztosított** – a jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja az alapt biztosítás biztosítottja, amennyiben a biztosítási szerződésben a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan más biztosított nem került megjelölésre. A biztosítás 18 és 64 éves kor között lévő személyekre köthető.
- (2) **Kedvezményezett** - az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult. A jelen szerződés szolgáltatásainak kedvezményezettje maga a biztosított, kivéve, ha a szerződésben a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási szolgáltatására más névszerinti kedvezményezett került megjelölésre. A biztosított halála esetén a biztosítottat illető valamennyi biztosítási szolgáltatás a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.
- (3) **Biztosítási összeg** - a kötvényben feltüntetett, az adott biztosítási esemény bekövetkezőkor a szerződés feltételei szerint maximálisan kifizethető összeg.
- (4) **Biztosítás kezdete** - a jelen kiegészítő biztosítás kezdete megegyezik a szerződés szerinti alapt biztosítás kezdetével, kivéve, ha a kötvényben vagy az ahhoz csatolt záradékban egy későbbi időpont került megjelölésre a kiegészítő biztosítás kezdeteként.
- (5) **Biztosítási évforduló** - a biztosítás kezdetét követő, a biztosítás kezdetének napjával és hónapjával megegyező évforduló.
- (6) **Biztosítási év** - két egymást közvetlenül követő biztosítási évforduló között eltelt időszak.
- (7) **Biztosítási esemény** – a szerződésben meghatározott esemény, amelynek a biztosítás hatálya alatt történő bekövetkezőkor a biztosító a szerződésben szabályozott módon biztosítási szolgáltatást teljesít.
- (8) **Várakozási idő** - A biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki.

Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik.

2. A kockázatviselés kezdete – várakozási idő

A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön. A biztosító a biztosítás kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik.

3. A biztosítás tartama

A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, ha azt a biztosítási év letelte előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel, illetve a biztosítási évfordulón esedékes díj megfizetésre kerül.

4. Biztosítási esemény és biztosítási szolgáltatás

(1) A szerződő biztosítási ajánlaton történő választása és díjfizetése alapján a kockázatviselés a jelen szerződés 5. pontjában meghatározott és leírt betegségek, állapotok, műtéti beavatkozások három csoportjára terjedhet ki.

CC-1 csoport: A Critical Care-1 (CC-1) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 5. pontjában az 1) sorszám alatt meghatározott betegségekre terjed ki.

CC-7 csoport: A Critical Care-7 (CC-7) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 5. pontjában az 1)-től 7)-ig terjedő sorszárok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

CC-32 csoport: A Critical Care-32 (CC-32) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 5. pontjában az 1)-től 32)-ig terjedő sorszárok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

(2) A biztosítottnak a biztosítás lejáratá előtt, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási idő eltelté után a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen szerződés 5. pontjában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt) betegségek, állapotok, egyikének első alkalommal történő elszendése vagy a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen szerződés 5. pontjában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt) műtéti beavatkozások egyikének első alkalommal történő végrehajtása esetén a biztosító a biztosított részére kifizeti a szerződésben (biztosítási kötvényen) meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisának megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van.

(3) A szolgáltatási összegből az esedékes, de meg nem fizetett díjak levonásra kerülnek. A kifizetést követően a szerződés megszűnik. A jelen biztosítási szolgáltatás alapján a biztosítási összeg csak egy ízben és egyszeresen kerülhet kifizetésre. Több betegség, illetve műtéti beavatkozás egyidejű, vagy egymást követő fellépése esetén a biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.

(4) A biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje – eltérő szerződéses kikötés hiányában – a biztosított. Amennyiben a biztosított részére kifizetendő szolgáltatás a biztosított halála miatt a biztosított részére nem kézbesíthető, a

szolgáltatási összeget a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére teljesíti.

5. A kockázatviselés hatálya alá tartozó betegségek, egészségi rendellenességek, sérülések és műtéti beavatkozások meghatározása

1) Rosszindulatú daganat

A rosszindulatú daganat (malignus tumor) a rosszindulatú sejtek korlátlan osztódása és az egészséges szövetek közé terjedése, utóbbiak elpusztításával. A rosszindulatú daganat diagnózisát szövettani vizsgálattal onkológus vagy kórboncok állítja fel.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- Helyben ülő (in situ) rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag premalignus vagy noninvazív, a környezetét nem elárasztó daganatok, ide számítva az ins situ mellldaganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 osztályú méhnyaki displáziákat;
- Hiperkeratózisos, bazalióma és pikkelyes bőrrákok, áttét nélküli melanómák, ha a tumor vastagsága (Breslow-féle osztályozás szerint) 1,5 mm alatt van, vagy a Clark szerinti osztályozás szerint 3 szint alatti;
- A TNM osztályozás szerint szövettanilag igazolt T1a vagy T1b típusú prosztaták vagy más stádium besorolás esetén a TNM-mel azonos vagy alacsonyabb besorolású prosztaták, a pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papillaris mikrokarcinómája, a hólyag papillaris mikrokarcinómája, RAI 3 stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus limfoid leukémia.;
- AIDS megbetegedés illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

2) Szívizominfarktus

A szívizominfarktus a szívizom egy részének az elhalása a szívizomzat elégtelen vérellátása következtében. A diagnózisnak legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbi öt közül:

- típusos klinikai tünetek (mellkasi fájdalom) a kórtörténetben;
- az infarktust igazoló jellegzetes EKG elváltozások;
- a CK-MB szívizomenzim koncentrációjának jelentős emelkedése;
- a Troponin T vagy I koncentráció típusos emelkedése;
- az eseményt követő 3 hónap után a bal kamra EF kisebb, mint 50 %.

3) Agyi érkatasztrófa

Agyi érkatasztrófa olyan, agyi szövetelhalást okozó hirtelen fellépő idegrendszeri esemény, amit agyi értrombózis, illetve embólia vagy-, koponyán belüli vérzés (állományi, illetve pókhálójárási) okoz. A diagnózis felállításához MRI (Mágneses rezonancia vizsgálat), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény szükséges, valamint neurológiai szakvélemény, amely az eseményt követő 6 hét után, az eseménnyel okozati összefüggésben álló maradandó, káros idegrendszeri károsodást állapít meg. A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- TIA Transient Ischemic Attack (átmeneti, 24 óránál rövidebb ideig tartó, maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarok);
- Baleset sérülés, fertőzés, érgyulladás vagy gyulladásos betegség következtében kialakult agykárosodás;
- A szemet vagy látóideget érintő érbetegség;
- Az egyensúly rendszert érintő iszkémiás eltérések.

4) Szívkoszorúér műtét

Nyitott mellkasban végzett műtét, a szívkoszorúerek szűkületének vagy elzáródásának megoldására, megkerülő (by-pass) ér beültetésével. A diagnózist koszorúérfestéssel előzetesen igazolt szignifikáns koszorúér szűkület alapján kell az illetékes kardiológusnak

megállapítania. A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, a koszorúér tágtásra és az összes katéteres kezelési eljárásra, valamint azokra a műtétekre, amelyek szükségességét kardiológus szakvélemény nem támasztotta alá.

5) Veseelégtelenség

A veseelégtelenség mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszükölt, végállapotot jelző károsodása, amelynek a kezelése rendszeres dialízist vagy veseátültetést igényel.

Az állapot bekövetkezésének időpontja a rendszeres dialízis kezelés megkezdésének időpontja vagy a veseátültetés időpontja, attól függően melyik következik be előbb.

6) Aplasztikus Anémia (csontvelő elégtelenség)

Krónikus, tartós csontvelő elégtelenség amely anémiában (vérszegénységben), neutropéniában (csökkent neutrofil fehérvérsejt. szám) és trombocitopéniában (csökkent trombocitaszám) nyilvánul meg, és kezelése az alábbiak közül legalább egy beavatkozást igényel:

- Vérkészítmény átömlesztése (vérátömlesztés);
- Csontvéló stimuláció;
- Immunszuppresszív (immunrendszert gátló) szerek alkalmazása;
- Csontvéló átültetése.

A diagnózist hematológus által készített szakvéleménnyel kell alátámasztani.

7) Vakság

Mindkét szem látóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A súlyos látásgyengülés, csökkent fényérzékelés, látótér csökkenés vagy részleges vakság jelen feltételek szempontjából nem tekinthető biztosítási eseménynek.

Az állapot bekövetkezésének időpontja a teljes vakság diagnosztizálásának időpontja, amelyet szemész szakorvos véleménye igazol.

8) Végállapotú tüdőbetegség

A krónikus légzőszervi elégtelenség következtében kialakuló végállapotú tüdőbetegség. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- FEV1 teszt eredménye következetesen kevesebb mint 1 liter. A FEV1 az egy mp alatt erőltetett légzéssel kilégett levegő mennyisége;
- Állandó oxigénpótló kezelés a hipoxémiára (vér oxigénhiányos állapotára);
- Artériás vérgáz vizsgálat során az oxigén parciális nyomása 55 Hgmm (higanymilliméter) vagy kevesebb ($PaO_2 \leq 55$ Hgmm);
- Nyugalmi nehézlégzés.

A diagnózist tüdőgyógyász szakvéleményének kell alátámasztania. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

9) Végállapotú májbetegség

A végállapotú májbetegség diagnózisának alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Állandó sárgaság;
- Hasvízkór;
- Hepatoencephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgeanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszmélet változások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulnak ki).

Az alkohol vagy gyógyszer, illetve kábítószer okozta másodlagos májbetegségekre a biztosítás nem terjed ki. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

10) Kóma (eszméletvesztés)

Kómanak minősülő állapot, amikor az eszméletvesztés legalább 96 óráig folyamatosan fenn áll. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

- Legalább 96 óráig nincs válasz a külső ingerekre;
- Az életfontos funkciók műszeres fenntartása szükséges;
- A kóma bekövetkezése után legalább 30 nappal megállapítható maradandó agyi károsodás.

Közvetlenül az alkohol és drogfüggőség következtében kialakult eszméletvesztésre a biztosítás nem terjed ki. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

11) Süketség

Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A diagnózist audiometria és hallás-küszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítani.

A teljes hallásképesség elvesztése a hallás minden frekvenciatartományában a legalább 80 decibeles halláscsökkenést jelenti. Az állapot bekövetkezésének időpontja a hallóképesség teljes, végleges és visszafordíthatatlan diagnosztizálásának időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

12) Szívbillentyű műtét

Nyitott mellkasban végzett műtét, a szívbillentyűk rendellenességének megoldására. A billentyűelégtelenség diagnózisát szívkáteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni, és a műtét szükségességét kardiológus szakvéleményével kell alátámasztani.

13) Beszédképesség elvesztése

A beszédképesség teljes és visszafordíthatatlan elvesztése, a hangszalagok betegség vagy baleset okozta károsodása miatt. A beszédképtelenségnek folyamatosan 12 hónapig fenn kell állnia, és a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell alátámasztania.

A pszichiátriai betegségekkel összefüggésben kialakult beszédképtelenségre a biztosítás nem terjed ki.

14) Nagyfokú égési sérülés

Harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a biztosított testfelületének legalább 20%-t érinti. Az állapot bekövetkezésének időpontja a harmadfokú égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet szakorvos véleménye igazol.

15) Szervátültetés

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) szervezetéből szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy kerül beültetésre. Nem minősül szervátültetésnek az összejt beültetés, kivéve az emberi csontvelő beültetést összejt beültetéssel, teljes csontvelő kiirtás után.

16) Szklerózis multiplex

A szklerózis multiplex vitathatatlan diagnózist az alábbi körülmények és feltételek mindegyikének teljesülése, illetve fennállása támasztja alá:

- Összetett neurológiai károsodások, amelyek legalább folyamatosan 6 hónapja fenn állnak;
- Jól dokumentált kórtörténet a tünetek és az idegrendszeri károsodások leírásával, a javulások és a visszaesések stádiumaival;
- A szakorvos által felállított diagnózis, amelyet az elemzett és értékelt vizsgálati eredmények egyértelműen alátámasztanak.

Idegrendszeri károsodásokat okozó egyéb betegsége (mint SLE, HIV) a biztosítás nem terjed ki.

17) Végtagbénulás

Legalább két (2), teljes végtag, teljes (100 %) és visszafordíthatatlan bénulása betegség vagy baleset következtében.

A két teljes végtag, teljes és visszafordíthatatlan bénulását neurológus szakorvos állapítja meg. Az állapot bekövetkezésének időpontja a neurológus által felállított diagnózis időpontja.

A biztosított által szándékosan vagy súlyosan gondatlanul, önmagán okozott vagy előidézett sérülés következtében fellépő bénulás nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

18) Parkinson kór

Az idiopathiás Parkinson betegség vitathatatlan fennállását neurológus szakorvos állapítja meg. A diagnózis alátámasztásához az alábbi körülmények és feltételek mindegyikének a teljesülése, illetve fennállása szükséges:

- A betegség kialakulását gyógyszeres kezeléssel nem lehet visszafordítani;
- A betegség súlyosbodó károsodások jeleit mutatja;
- Legalább három (3), a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenység elvégzésének képtelensége az alább felsorolt tevékenységek közül és ezen tevékenységek elvégzésének képtelensége legalább 6 hónapja folyamatosan fenn áll.

A jelen feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- I. Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- II. Öltözködés képessége: valamennyi ruházat le- és felvételének, biztonságos ki- és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le és felvételének képessége;
- III. Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszékből történő felállás és az azokra történő leülés képessége;
- IV. Mozgásképesség: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
- V. Mellekheység használata: széklet vagy vizeletürítése mellekheységben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiénié céljából;
- VI. Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A kábítószerek vagy egyéb mérgezés okozta Parkinsonizmus (Parkinson-szindróma) nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

19) Aorta műtét

Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét, az aorta szűkületének, elzáródásának, az aorta aneurizma (verőértágulat) vagy az aorta dissectio (az aortafal belső rétegének berepedése, ami az aorta egész hosszában végigszaladhat) megszüntetése céljából. A jelen definíció szempontjából az aorta megfogalmazás a mellkasi és hasi aortát jelenti, az oldalágak nélkül.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagy sebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra.

20) Alzheimer kór/Súlyos szellemi leépülés (60 éves kor előtt)

Alzheimer kór vagy visszafordíthatatlan szervi rendellenesség következtében kialakult értelmi képesség hanyatlás, ami olyan magatartásváltozással jár, hogy a biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel. A funkciók beszűkülését

klinikai értékelés és képalkotó eljárások is bizonyítják. A diagnózist a benyújtott orvosi dokumentumok és szakorvosi vélemények alapján a biztosító orvos szakértője állapítja meg.

A nem szervi eredetű megbetegedések, neurózisok, pszichiátriai betegségek, és az alkoholfüggőség okozta agyi károsodások nem minősülnek biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

21) Heveny májgyulladás

Hepatitis vírus okozta, középsúlyostól a súlyosig terjedő jelentős májállomány elhalás, amely rohamosan vezet a máj működésének elégtelenségéhez. A szakorvos által felállított diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

- A máj méretének gyors csökkenése;
- Az állományelhalás/szövetelhalás a teljes májlebensyt elpusztítja, csak az összeesett kötőszöveti szerkezetet megtartva. a szerkezetkárosodott vázon;
- A májfunkciós tesztek gyors romlása;
- Mélyülő sárgaság;
- Hepato-encephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgeanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeként kóma, vagy más fókú eszmélet változások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulhatnak ki).

22) Elsődleges kisvérköri hipertónia

Az elsődleges pulmonális hypertónia diagnózisának legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbi négy közül. A szakorvos által felállított diagnózist vizsgálati eredményekkel kell alátámasztani, beleértve a szívkatéteres vizsgálatot is.

- Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;
- Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat (RV1 + SV5>1.05mV);
- Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;
- Szívtultrahang jobb kamra tágulatot mutat (d>30mm).

23) Végállapotú betegség

Olyan betegség diagnózisának egyértelmű megállapítása, melynek következtében a biztosított halála 12 hónapon belül várhatóan bekövetkezik. A diagnózist szakorvos véleménye alapján a biztosító orvos szakértője állapítja meg.

Az AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett felállított végállapotú betegség diagnózisa nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosítás az ilyen eseményekre nem terjed ki.

24) Jóindulatú agydaganat

A diagnózist neurológus vagy idegsebész szakorvos állítja fel, mágneses rezonanciás (MRI), komputertomografiás (CT) vagy más megbízható képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény alapján. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Az életfontos funkciókat veszélyezteti;
 - Agykárosodást okoz;
 - Túlnőtt a műtét eltávolíthatóság határain (inoperábilis);
 - Maradandó neurológiai károsodást okoz;
- A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:
- Ciszták;
 - Granulomák;
 - Érendellenesség;
 - Vérömleny;
 - Agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.

25) Agyvelőgyulladás

Az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladását okozó vírusfertőzés, amely tartós neurológiai károsodáshoz vezet. A tartós neurológiai

károsodásnak minimum 6 hétig folyamatosan fenn kell állnia, és a diagnózist neurológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A HIV vírus okozta agyvelőgyulladás a jelen feltételek szempontjából nem tekinthető biztosítási eseménynek.

26) A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás)

A Poliomyelitis diagnózist az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá.

- Azonosított Poliovírus a megbetegedés okozója,
- A végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább három hónapja folyamatosan fennálló bénulása

27) Bakteriális agyhártyagyulladás

Bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladással folyamatosan keresztlül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerincscapolással nyert gerinc-velő-folyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani:

A HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladás nem tekinthető biztosítási eseménynek.

28) Súlyos fejsérülés

Baleset eredményeként bekövetkező fejsérülés, ami olyan tartós neurológiai károsodást okoz, amely a balesetet követő 6. hét után is egyértelműen megítélhető. A diagnózist neurológus szakorvos állapítja meg MRI (Mágneses rezonancia), CT (Komputertomográfia) vagy más megbízható képalkotó eljárással végzett vizsgálat egyértelmű eredménye alapján.

A baleset a jelen feltételek szempontjából kizárólag a biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő külső, erőszakos behatás, amely független minden más tényezőtől. A gerincvelő sérülései és a fej bármilyen más okból bekövetkező sérülései nem tekinthetők biztosítási eseménynek.

29) Vigil kóma (Apalliumos szindróma)

Az agykéreg általános elhalása, az agytörzs érintettsége nélkül. Az egyértelmű diagnózist egy erre a célra akkreditált kórház neurológusának és pszichiáter orvos szakértőjének együttes, egybehangzó szakvéleményével kell alátámasztani, az állapot legalább egy hónapja történő fennállását bizonyító orvosi dokumentumok benyújtásával egyidejűleg.

30) Egyéb súlyos szív-koszorúér betegség

A szív-koszorúér átmérőjének, koszorúér-festéssel igazolt, legalább 75 %-os beszűkülése, vagy másik két artéria 60 %-os lumen csökkenése, függetlenül attól, hogy műtét beavatkozás történt-e. A jelen definíció szempontjából a szív koszorú-érrendszer részei a következők: bal főtörzs, bal elülső leszálló ág (LAD, RDA), a körbefutó ág (RCX) és a jobb koszorúér (RCA, ACD).

A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Csökkent fizikai aktivitás;
- Terheléses EKG ST depresszióval (minimum 2 mm 2 elvezetésben);
- Terheléses szívtultrahang vizsgálattal alátámasztott, legalább két szívizom szegmensre kiterjedő mozgászavar.

31) Előrehaladott bőrkérgesedés (Scleroderma progressiva)

A szisztémás kollagén-érrendszer megbetegedése, amely tovaterjedő kötőszövetes átalakulást okoz a bőrben, az erekben és a belső szervekben. A diagnózist biopsziás,

és szerológiai vizsgálat egyértelmű eredményével kell alátámasztani és bizonyítani kell a szív, a tüdő vagy a vese érintettségét.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- Helyi bőrkéregesedés (scleroderma linearis, morphoea);
- Fascitis eosinophylia;
- CREST szindróma.

32) Szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel (SLE)

Több szervet érintő autoimmun megbetegedés, amit a saját veseszövet elleni auto-antitestek termelése jellemez. A jelen feltételek értelmében az SLE diagnózisát azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE a vesét érinti (vesebiopsziával igazolt Class III – Class V lupus nephritis, a WHO osztályozás szerint.).

A diagnózis tényét reumatológus, immunológus vagy nefrológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

Class I: lupus glomerulonephritis minimális elváltozással

Class II: mezangiális lupus glomerulonephritis

Class III: fokális szegmenseket érintő proliferatív lupus glomerulonephritis

Class IV: diffúz proliferatív lupus glomerulonephritis

Class V: membranózus lupus glomerulonephritis

Class VI: Előrehaladott szklerotikus glomerulonephritis

6. A biztosító teljesítése

(1) A biztosítási eseményt, annak bekövetkeztétől számított 10 napon belül a biztosítónak írásban be kell jelenteni.

(2) A szolgáltatás igénybevételéhez a következő iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni:

- a. a biztosító erre a célra szolgáló kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványát,
- b. a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
- c. a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos- vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentációt (zárájtelesek, vizsgálati- és szövettani eredmények),
- d. szükség esetén a biztosítási eseményt alátámasztó, aktuálisan elvégzett szakorvosi vizsgálati eredményt,
- e. a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb iratot vagy dokumentumot, illetve vizsgálati eredményt.

(3) A biztosító által meghatározott, a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges iratokat legkésőbb a diagnózis megállapítását, illetve a kórházból történő elbocsátást követő 30 napon belül be kell nyújtani a biztosító részére. Ennek elmulasztása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.

(4) Az igényelbírálás tartama alatt a biztosító jogosult a saját költségén és az általa megnevezett orvosokkal a biztosítottat megvizsgáltatni. A biztosítási esemény megállapítása érdekében a biztosító szükség esetén egyéb okiratokat vagy igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat. Amennyiben a biztosított megtagadja a szükséges orvosi vizsgálatok elvégzését vagy a benyújtott vizsgálati eredmények elégtelenek a kárigény megítéléséhez a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.

(5) A szükséges iratok beszerzésével kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényét a biztosítóval szemben érvényesíteni kívánja.

(6) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A szolgáltatási összeg kifizetésével kapcsolatban felmerülő költségek az igényjogosultat terhelik.

7. Kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon megbetegedésekre, illetve műtétekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van az alábbiakkal:

- a. a biztosított által szándékosan okozott sérülés vagy megbetegedés (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára);
- b. a biztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;
- c. a biztosított mértéktelen alkohol fogyasztása, illetve alkoholbetegsége;
- d. a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő jogellenes részvétele;
- e. a biztosított AIDS betegsége vagy HIV-vírussal való fertőzöttsége;
- f. maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák;
- g. mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja;
- h. a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség. (Amennyiben a biztosított a szerződéskötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegségre, illetve azok kezelésére nem terjed ki.).

8. A biztosítási díj

(1) A biztosítási díj az az összeg, amelynek fizetésére a szerződő kötelezettséget vállal a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatások érdekében. A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, a választott betegségcsoport típusának, a választott díjfizetési tartamnak és a biztosítási összeg nagyságának a figyelembevételével történik. A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor, illetve a biztosítás megújításakor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

(2) A választható díjfizetési tartamok a következők

- Megújítható 1 éves díjfizetési tartam. A megújítható 1 éves tartamú biztosítás esetén a szerződő választásától függően a biztosítás tartama és egyben a díjfizetési tartama minden egyes biztosítási évfordulón egy újabb évvel meghosszabbodik, ha a szerződő a biztosítási évfordulón betöltött életkornak megfelelő biztosítási díjat megfizeti.
- Megújítható 5 éves díjfizetési tartam. A megújítható 5 éves díjfizetési tartamú biztosítás esetén a szerződő választásától függően a díjfizetési tartam minden ötödik (5.) biztosítási évfordulón újabb öt évvel meghosszabbodik, ha a szerződő az ötödik (5.) biztosítási évfordulón betöltött életkornak megfelelő biztosítási díjat megfizeti és a biztosítási évfordulón betöltött életkora kisebb, mint 61 év. A biztosítás 5 éves tartama alatt a biztosítás díja a biztosított életkorának változása miatt nem változik.

c. Megújítható 10 éves díjfizetési tartam. A megújítható 10 éves díjfizetési tartamú biztosítás esetén a szerződő választásától függően a díjfizetési tartam minden tizedik (10.) biztosítási évfordulón újabb 10 évvel meghosszabbodik, ha a szerződő a tizedik (10.) biztosítási évfordulón betöltött életkornak megfelelő biztosítási díjat megfizeti és a biztosítási évfordulón betöltött életkora kisebb, mint 56 év. A biztosítás 10 éves tartama alatt a biztosítás díja a biztosított életkorának változása miatt nem változik.

d. 65 éves életkorig szóló díjfizetési tartam. A 65 éves életkorig szóló biztosítás esetén a biztosítás tartama alatt a biztosítás díja a biztosított életkorának változása miatt nem változik.

(3) A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját a biztosítási évfordulón felülvizsgálja és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapítson meg, amelyek minden hatályban lévő biztosításra egységesen érvényesek. A díjmódosítás mértékéről a biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt oly módon, hogy a szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évforduló előtt kézhez kapja az értesítést. Amennyiben a szerződő a módosított díjat elutasítja, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási évfordulót megelőzően kell eljuttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen biztosítás az első módosított díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

9. Díjfizetés esedékessége, fizetési késedelem

(1) A biztosítás rendszeres éves díjfizetésű. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő évesről, fél éves, negyed éves vagy havi díjfizetésre módosíthatja. Az erre irányuló kérést a biztosítási évforduló előtt 60 nappal írásban kell jelezni. Az első díj a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő díj(ak) esedékességéről nem köteles a szerződőt az esedékességet megelőzően értesíteni. Az értesítés elmaradására az ügyfél követelést nem alapíthat.

(2) A biztosítás díjait a kötvényen feltüntetett pénznemben kell megfizetni a biztosító által megadott, erre a célra fenntartott bankszámlaszámra. A díjfizetés felmerülő költségei a szerződőt terhelik. A biztosító díjfizetesként a megadott számlaszámra, a megadott pénznemben történő jóváírást fogadja el. A díjfizetés időpontja az esedékes díj, megadott számlaszámra történő jóváírásának időpontja. A megadott számlaszámtól eltérő számlaszámra történő utalás nem minősül díjfizetésnek, és az ilyen téves utalásból adódóan a biztosított a biztosítási szerződésre vonatkozó kötelezettség nem terheli, illetve a téves utaláshoz kapcsolódó esetleges átváltással összefüggésben felmerült árfolyamkülönbséget a szerződőt terheli/illeti.

(3) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli (tűrelmi idő). Ha a szerződő az elmaradt díjat a tűrelmi időn belül nem fizeti meg a biztosítás a 30 napos határidő elteltével, a 31. napon kifizetés nélkül megszűnik.

(4) Amennyiben a tűrelmi időn belül biztosítási esemény következik be, a biztosító a fizetendő szolgáltatási összegből levonja az elmaradt esedékes díjat és csak a különbözetet fizeti ki.

(5) A biztosítás díja a biztosítás lejáratáig vagy a biztosítási eseményt közvetlenül követő díjesedéesség időpontjáig fizetendő, ha a szerződés másképpen nem rendelkezik. Tartamon túli díjfizetéssel nem keletkezik jogosultság biztosítási szolgáltatásra. A tartozatlanul fizetett díjakat a biztosító kamatok nélkül fizeti vissza.

10. A biztosítás újra érvénybehelyezése

A biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás az elmaradt díj esedékességét követő 75 napon belül újra érvénybehelyezhető, az összes elmaradt díj befizetésével. Újra érvénybehelyezés esetén a biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak befizetését követő nap 0 órájától folytatódik, feltéve, hogy a biztosító a szerződés újra érvénybehelyezését nem utasítja el. Az újra érvénybehelyezés vonatkozásában a biztosító jogosult kockázatbírálásra, egészségi nyilatkozatot kérhet, szükség szerint a biztosított orvosi vizsgálatát is előírhatja, de az összes előírt dokumentum birtokában sem kötelezett a szerződés újra érvénybehelyezésére.

11. A biztosítás pénzneve

A biztosítási szerződés díjainak és szolgáltatásainak pénzneve a biztosítási kötvényen kerül feltüntetésre.

12. Konverziós szabályok

Euró alapú biztosítási szerződés esetén a szerződő és a biztosító megállapodnak abban, hogy a szerződésben vállalt kötelezettségeiket a biztosítási szerződés kötvényoldalán meghatározott Euró pénznemben teljesítik.

Megállapodnak továbbá abban, hogy amennyiben a kötvényoldalon meghatározott pénznem a Magyar Köztársaság területén a szerződés hatályba lépését követően nem minősül jogszerű fizetőeszköznek, vagy ha:

- (i) A Magyar Nemzeti Bank és/vagy a Magyar Köztársaság kormányának árfolyam-politikája, monetáris politikája vagy egyéb gazdaságpolitikai döntése, vagy
- (ii) bármilyen jogszabályi rendelkezés, korlátozás illetve tilalom, vagy
- (iii) a Biztosító befolyásán kívül eső bármely egyéb körülmény következtében:

- a. a Biztosítónak vagy a Szerződőnek nincs jogszerű lehetősége az Euró pénznem Magyar Köztársaság területén történő beszerzésére, vagy
- b. a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a tartalékoknak vagy a befektetéseknek Európában, a Magyar Köztársaság területén történő fenntartására, vagy
- c. A Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a Magyar Köztársaság területén létrejött Euró alapú szerződéseinek tartalékait a Magyar Köztársaság területén kívül Euró eszközökbe fektetni és / vagy ezen befektetéseket fenntartani

úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérlegelése és saját döntése alapján – jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség (biztosítási összeg, szolgáltatási összeg, visszavásárlási összeg, biztosítási díj stb.) pénznemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes nemzeti pénznemére átváltani (konvertálni) és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénznemben kifejezni.

Az átváltás időpontjától kezdve a Biztosító és a Szerződő a kötelezettségeiket az új pénznemben kötelesek teljesíteni, a szerződés bármely, Euró pénznemre történő hivatkozása érvénytelenné válik. A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan – és saját döntése alapján – vagy a Magyar Nemzeti Bank vagy egy, a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által hivatalosan közzétett devizaárfolyam alapján végzi el. Az átváltást követően a Biztosító új kötvényoldalt bocsát ki a biztosítási összeg és a biztosítási díj új pénznemben történő feltüntetésével.

13. A biztosítási szerződés megszűnése

(1) A biztosítási szerződés automatikusan megszűnik a következő esetekben:

- a) annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti,
- b) a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával,
- c) a biztosítási összeg kifizetésével,
- d) ha a szerződés szerinti alapbiztosítás vagy a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve a feltételek szerinti türelmi időn belül nem fizetik meg,

- e) amikor a szerződés szerinti alapbiztosítást visszavásárolják, díjmentesen leszállítják vagy bármely okból megszűnik,
- f) a rokkantsági díjmentesítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásának kezdetekor,
- g) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével,
- h) a szerződő írásbeli felmondásával.

(2) A szerződést írásban a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A biztosítási időszak egy év. A felmondási idő 30 nap. A felmondással a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén teljesen megszűnik.

(3) A biztosítás megszűnése esetén a biztosító a befizetett díj meg nem szolgáltat részét visszafizeti. A biztosítás megszűnése után tartozatlanul fizetett díjak az ilyen díjak visszafizetésén kívül másra nem kötelezik a biztosítót. A biztosítás megszűnése a függőkére elbírálását nem érinti.

14. Maradékjogok

A jelen biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, de amennyiben a díjfizetés elmulasztása miatt a szerződés szerinti alapbiztosításra automatikus díjkölcsön lép életbe, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai - az alapbiztosítás díjtartalékának terhére - szintén automatikus díjkölcsönrel kerülnek kiegyenlítésre.

15. Többlethozam

A jelen kiegészítő biztosítás a befektetések hozamából nem részesedik.

16. Indexálás

A jelen kiegészítő biztosítás nem indexálható.

17. Egyéb feltételek

A jelen kiegészítő biztosításban nem szabályozott kérdésekben az alapbiztosítás feltételei érvényesek, az alábbi kivételekkel: a) a biztosítási szerződés átruházása-hitelfedezet, b) kifizetési és járadékopciók, c) maradékjogok.

Útmutató a biztosítási díj (díjelőleg) utalásához forint alapú életbiztosítás esetén

A forint alapú biztosítás díjának (díjelőlegének) befizetése banki vagy postai utalással történhet. Postai utalás esetén a mellékelt KÉSZPÉNZÁTUTALÁSI MEGBÍZÁST kell használni, amelyen szerepel az 5-ös számmal kezdődő befizető azonosító, amely egyben a forint alapú biztosítás ajánlatszám is. A postai utalást követően kérjük, hogy a feladóvevény másolatát az ajánlat mellékleteként társaságunk részére juttassa el. Banki utalás esetén a forintban fizetendő díj (díjelőleg) összegét az AHICO Biztosító Zrt., mint kedvezményezett részére, a Citibank Zrt.-nél vezetett 10800007-59003029-00000000 számú bankszámlaszámra forint pénznemben utalja. Az átutalási megbízás megadása során, kérjük ne felejtse el a közlemény rovatba a megfelelő **5-ös számmal kezdődő ajánlatszámot** feltüntetni. Az utalást követően a bank által kiadott, az utalásról szóló igazolás másolatát a biztosítási ajánlat mellékleteként társaságunk részére juttassa el.

Megbízó neve, címe:	Szerződő neve, címe		
Kedvezményezett neve:	AHICO Biztosító Zrt.		
Kedvezményezett címe :	1083 Budapest, Szigetvári u. 7.		
Kedvezményezett bankja:	Citibank Zrt.		
Kedvezményezett bankjának címe:	1051 Budapest, Szabadság tér 7.		
Bankazonosító (SWIFT kód):	CITIHUHX		
Kedvezményezett bankszámlaszáma:	HU12 10800007-59003029-00000000		
Pénznem:	FORINT		
Összeg:	Az ajánlaton forintban megjelölt összeg		
Kedvezményezettel közlendő közlemény:	5-ös számmal kezdődő ajánlatszám		