

MetLife®



Kiegészítő biztosítás csomag

Privát nyugdíjprogramhoz

Budapest, 2015. május 20.

TARTALOMJEGYZÉK

Tájékoztató a Privát nyugdíjprogram mellé köthető kiegészítő biztosításokról	4
Kiegészítő biztosítási csomag Privát nyugdíjprogram termék általános feltételeihez	9
1. § A biztosított személye	9
2. § A biztosítás tartama, kockázatviselés kezdete, korhatárok	9
3. § Díjfizetés.	9
4. § Fogalmak	9
5. § Kizárások	10
6. § A biztosítás megszűnése	11
7. § Maradékjogok	11
A biztosított halálesetére szóló (kockázati) kiegészítő biztosítás (MET-282, MET-292, MET-283, MET-293) feltételei	12
A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás (MET-HA2, MET-EHE, MET-HA3, MET-EHF) feltételei.	13
A baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás (MET-HA5, MET-EHG, MET-HA6, MET-EHH) különös feltételei	14
A baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás (MET-R62, MET-ER8, MET-R63, MET-ER9) feltételei	15
A baleseti súlyos maradandó rokkantság esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás (MET-J39, MET-EJ1, MET-J40, MET-EJ2) különös feltételei	17
A Critical Care kiegészítő biztosítás (MET-C28, MET-C29, MET-C30, MET-C31, MET-C32, MET-C33, MET-C69, MET-C70, MET-C71, MET-C72, MET-C73, MET-C74) feltételei.	18
A csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítások (MET-F14, MET-EF2, MET-F15, MET-EF3) feltételei	24
A balesetből származó kórházi ellátásra (MET-N00, MET-EN0, MET-N10, MET-EN8) és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások (MET-S00, MET-ES0, MET-SA0, MET-ESA) feltételei.	26
A balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre (MET-NA7, MET-EN7, MET-NA8, MET-EN9) és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások (MET-SA7, MET-ES9, MET-SA8, MET-ESB) feltételei	28
1. számú melléklet a kiegészítő biztosítási csomaghoz: Választható kiegészítő biztosítási összegek	33
2. számú melléklet a kiegészítő biztosítási csomaghoz: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	34

TÁJÉKOZTATÓ A PRIVÁT NYUGDÍJPROGRAM MELLÉ KÖTHETŐ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOKRÓL



Kérdés

Válasz

Kinek szól az ajánlatunk?

Kiegészítő biztosításainkat azon ügyfeleinknek ajánljuk, akik amellett, hogy nyugdíjbiztosítással szeretnék gondoskodni az időskor nyugalmáról, balesetek és/vagy betegségek esetére is biztosítási védelmet szeretnének.

Milyen élethelyzetekben ajánljuk különösen?

- Családasként: ha Önnek családja van, kiemelten fontos, hogy anyagilag gondoskodjon olyan időszakokról, amikor hosszabb-rövidebb időre kieshet a munkából és nem keresőképes.
- Egyedülállóként: ha Ön egyedülálló, és baleset vagy betegség esetén nincs kire támaszkodnia, rendkívül fontos, hogy anyagi biztonságot teremtsen azokra az esetekre, amikor nem keresőképes.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

A biztosítási védelem a Privát nyugdíjprogram nyugdíjbiztosítás biztosítottjára vonatkozik.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

- **A halálesetre szóló (kockázati) kiegészítő biztosítás:**
Ha a biztosított baleset vagy betegség következtében életét veszti, a biztosító a főbiztosítás haláleseti szolgáltatásán felül kifizeti a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegét.



Példa

Ügyfelünk 500 000 Ft-ot fizet évente nyugdíjbiztosítási szerződésének főbiztosítási részére, amelyhez 1 000 000 Ft-os biztosítási összeget választott. Azonban úgy gondolja, hogy a főbiztosítási szolgáltatás nem lesz elegendő védelem családja számára, ezért további életbiztosítási védelem céljából kiegészítő biztosítást is köt. Ha a kiegészítő életbiztosítási védelemre 3 000 000 Ft a választott biztosítási összeg, és a biztosítottal váratlan tragédia történik, például a szerződés 3. évében, amikor a főbiztosítás aktuális értéke 1 285 700 Ft, akkor a tragédia bejelentését követően a biztosító a főbiztosításra kifizet 1 285 700 Ft-ot (az 1 000 000 Ft biztosítási összeg és a szerződés aktuális értéke közül a nagyobb), továbbá kifizeti a kiegészítő biztosítás biztosítási összegét is, azaz 3 000 000 Ft-ot a haláleseti kedvezményezett részére.

(Részletek a 12. oldalon.)

- **A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás**

Ha egy baleset következtében a biztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül életét veszti, a biztosító kifizeti a baleseti halál esetére meghatározott biztosítási összeget.



Példa

Ügyfelünk autóbalesetet szenvedett és a kórházba szállítást követően életét veszítette. Ilyen esetben a biztosító a főbiztosítás haláleseti szolgáltatásán és a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegén felül kifizeti a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegét is a haláleseti kedvezményezett részére.

Figyelem:
kiskorú kedvezményezett esetén a biztosító csak gyámhatósági számlára teljesíthet.



(Részletek a 13. oldalon.)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

Válasz

- **A baleseti halál esetére szóló járadékszolgáltatás kiegészítő biztosítás**
A biztosított baleseti halála esetén a választott biztosítási összegnek megfelelő havi járadékösszeget fizet a biztosító a kedvezményezett részére 10 éven keresztül.



Példa

Ha a biztosított baleset következtében életét veszti, a biztosító 10 éven keresztül minden hónapban 100 000 Ft-ot fizet ki a haláleseti kedvezményezettnek, ha a biztosítási összeg 100 000 Ft volt a baleset időpontjában.

(Részletek a 14. oldalon.)

- **A baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás**
 - A baleseti maradandó **teljes** rokkantság azt jelenti, hogy a biztosított egy baleset következményeként olyan maradandó rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, amelynek következtében képtelenné válik bármely foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a végzésére, és így keresésképtelenné válik legalább 12 egymást követő hónapon át, valamint ez az állapot maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősül. Ilyen esetben a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére.
 - Ha a biztosított egy baleset következményeként maradandó **részleges** rokkantságot szenved, a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összegből a maradandó részleges rokkantság mértékének megfelelő összeget fizeti ki. A részleges rokkantság mértékét a feltételekben található Térítési táblázat alapján a biztosító orvosa állapítja meg.



Példa

Autóbalesetet szenvedett ügyfelünk a személygépkocsi vezetőjeként sérült. Koponyasérülést, bordatörést, mindkét oldali csípőcsont törést, tüdősérülést szenvedett el. Az agyi károsodás miatt féloldali bénulás és látásromlás lépett fel. Intenzív terápiás osztályon történt 1 hónapos kezelése után, rehabilitációs intézetben kezelték 3 hónapon keresztül. Folyamatos orvosi kezelés alatt állt, és több mint 12 hónapon keresztül teljesen munkaképtelen volt, tehát maradandó teljes egészségkárosodást szenvedett el. Munkaképtelensége a 12. hónap végén is fennállt, ezért a biztosítási összeg 100%-a került kifizetésre.

Ha az előző példában leírt autóbalesetben a biztosított nem sérült volna ilyen súlyosan, hanem csak a jobb alkarját törte volna és a radiális ideg teljes bénulását szenvedte volna el, akkor – mivel a jobb alkar radiális idegének teljes bénulását eredményező baleset esetén 20%-os térítés jár – például 9 000 000 Ft-os biztosítási összeg esetén 1 800 000 Ft-ot fizet ki a biztosító.

(Részletek a 15. oldalon.)

- **A baleseti súlyos maradandó rokkantság esetére szóló járadékszolgáltatás kiegészítő biztosítás**
A biztosított legalább 50%-os baleseti rokkantsága esetén a választott biztosítási összegnek megfelelő havi járadékösszeg rokkantsággal arányos mértékét fizeti a biztosító 10 éven keresztül.



Példa

Ha a biztosított baleset következtében olyan egészségkárosodást szenvedett, amely a rokkantsági táblázat alapján legalább 50%-os rokkantságnak minősül és a biztosítottunk a Privát nyugdíjprogram kiegészítőjeként 150 000 Ft havi járadékot fizető biztosítási összeget választott, akkor a biztosító 10 éven keresztül minden hónapban a 150 000 Ft havi járadékhoz a rokkantság fokával megegyező mértékű részét, azaz a 150 000 Ft 50%-át, 75 000 Ft-ot fizet ki a balesetet szenvedett biztosítottunknak.

(Részletek a 17. oldalon.)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

Válasz

- Critical Care kiegészítő biztosítás

A Privát nyugdíjprogramot választó ügyfelünk háromféle Critical Care kiegészítő biztosítás közül választhat.

- Critical Care 1 kiegészítő biztosítás választása esetén a biztosító kifizeti a biztosítási összeget, ha a biztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizáltak.
- Critical Care 7 kiegészítő biztosítás választása esetén a Critical Care kiegészítő biztosítás feltételeinek 2. §-ában 1) – 7) sorszám alatt felsorolt betegségek valamelyikét diagnosztizálják, a biztosító kifizeti a biztosítási összeget.
- Critical Care 32 kiegészítő biztosítás választása esetén a Critical Care kiegészítő biztosítás feltételeinek 2. §-ában 1) – 32) sorszám alatt felsorolt betegségek valamelyikét diagnosztizálják, a biztosító kifizeti a biztosítási összeget.

**Példák**

48 éves férfi ügyfelünknek előzmény nélkül erős mellkasi fájdalom jelentkezett, mely miatt sürgősséggel kórházi felvétel történt és EKG készült. Az EKG akut szívinfarktust igazolt. A kórházban koszorúérfestés történt, mely beavatkozás során koszorúér tágtást végeztek. Biztosítottunk állapota azóta gyógyszeres kezelés mellett stabil, és a munkáját teljes értékűen ellátja. A biztosító az orvosi dokumentumok megvizsgálása után kifizette a Critical Care 7 kiegészítő biztosításhoz tartozó biztosítási összeget.

45 éves nő ügyfelünknek rutin ultrahang vizsgálat során észlelték a bal emlő elváltozását. Diagnosztikus vizsgálat az emlő többgócú rosszindulatú daganatát mutatta ki. Sebészeti ellátás során a bal emlő eltávolításra került a környező megnagyobbodott nyirokcsomókkal együtt. A szövettani vizsgálat a rosszindulatú sejtek egészséges szövetek közé terjedését írta le, ezért a biztosító rosszindulatú daganat címen szolgáltatást teljesített. Ügyfelünk állapota jelenleg folyamatos ellenőrzés mellett kielégítő.

(Részletek a 18. oldalon)

- Csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítások

Csonttörés esetén a csonttörés fajtájától függ a szolgáltatás mértéke.

- Csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítások

**Példa**

Ha a biztosított például korcsolyázás közben eltöri a kezét, mivel egyszerű zárt törés esetén a biztosító a térítési táblázat alapján a biztosítási összeg 15%-át fizeti ki, 100 000 Ft-os biztosítási összeg választása esetén a biztosító 15 000 Ft-ot szolgáltat.

(Részletek a 24. oldalon.)

- Égési sérülés esetén az égési sérülés mélységétől és az égéssel érintett bőrfelület nagyságától függ a szolgáltatás mértéke.

**Példa**

Ha a biztosított vacsorafőzés közben megégeti a kezét, amennyiben a megégett terület a bőrfelület 4,5%-át teszi ki és másodfokú az égési sérülés, a biztosító a biztosítási összeg 16%-át fizeti ki, azaz pl. 100 000 Ft biztosítási összeg választása esetén 16 000 Ft lesz a kártérítés.

(Részletek a 24. oldalon.)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosítás?

Válasz

- **A balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások**
 - Baleseti kórházi napi térítés szolgáltatás esetén akkor térít a biztosító, ha a biztosított legalább 1 éjszakát kórházban töltött. A szolgáltatási összeg a kórházban töltött napok számát a biztosítási összeggel szorozva alakul ki. Ha a biztosított intenzív ellátásban részesül, az intenzív ellátás napjaira jutó térítés összege a normál ellátás összegének másfélszerese.
 - Baleseti műtéti térítés esetén akkor nyújt szolgáltatást a biztosító, ha a balesetet szenvedett biztosítottat kórházba utalják és orvos által előírt műtétet végeznek el rajta.

**Példa**

A biztosított egy kirándulás alkalmával megcsúszott és jobb alkarjára esett. Az orsócsont darabosan, a singcsont elmozdulás nélkül törött. Az orsócsont törését műtéti ellátás során karmos lemezzel rögzítették. A biztosított 4 napot töltött kórházban. A biztosító térítése: az orsócsont műtéti ellátása 25%-os műtéti kategória, azaz a biztosítási összeg 25%-a kerül kifizetésre, valamint a 4 kórházban töltött nap miatt a kórházi napi térítés biztosítási összegének négyszerese, tehát pl. 500 000 Ft biztosítási összegű műtéti térítés és 10 000 Ft biztosítási összegű kórházi napi térítés esetén összesen 165 000 Ft.

(Részletek a 26. oldalon.)

- **A balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások**
 - Baleseti vagy betegségi kórházi napi térítés szolgáltatás esetén akkor térít a biztosító, ha a beteg, vagy balesetet szenvedett biztosított legalább 1 éjszakát kórházban töltött. A szolgáltatási összeg a kórházban töltött napok számát a biztosítási összeggel szorozva alakul ki. Ha a biztosított intenzív ellátásban részesül, az intenzív ellátás napjaira jutó térítés összege a normál ellátás összegének másfélszerese. A biztosító a napi térítés összegén felül rehabilitációra szóló térítésként a kórházi napokra megállapított térítés összegének ötven százalékát teljesíti.

**Példa**

Ha a biztosított egy hetet kórházban tölt, amiből 2 napot intenzív osztályon fekszik és a biztosítási összeg 5 000 Ft, akkor a biztosító szolgáltatása $(5\,000\text{ Ft} \cdot 5\text{ nap} + 7\,500\text{ Ft} \cdot 2\text{ nap} + 2\,500\text{ Ft} \cdot 7\text{ nap})$ összesen 57 500 Ft.

- Baleseti műtéti térítés esetén akkor nyújt szolgáltatást a biztosító, ha a beteg, vagy a balesetet szenvedett biztosítottat kórházba utalják és orvos által előírt műtétet végeznek el rajta.

**Példa**

Ha a biztosított egy hetet kórházban tölt, mialatt mandulaműtétet végeznek, akkor kórházi napi térítésre $7 \cdot 10\,000\text{ Ft}$ -ot, azaz 70 000 Ft-ot (ha például 10 000 Ft a biztosítási összeg) fizet ki a biztosító, plusz kifizet 35 000 Ft-ot rehabilitációra szóló térítésként. Műtéti térítésre további 125 000 Ft-ot szolgáltat a biztosító 500 000 Ft-os biztosítási összeg választása esetén, mivel a mandulaműtét a műtéti beavatkozások százalékos térítésének táblázata alapján 25%-os műtétnek minősül és a biztosító összes szolgáltatása a mandulaműtét után: 230 000 Ft.

(Részletek a 28. oldalon.)

Figyelem!

A biztosítási védelem kialakítható egyénileg, teljesen ügyféligényre szabva, vagy előre összeállított biztosítási csomagok közül is választhat az egyszerű és gyors megoldásokat kereső ügyfelünk.



Kérdés

Válasz

Mikortól érvényes a biztosítás?

Ha a kiegészítő biztosítási ajánlatot a főbiztosítási ajánlattal együtt nyújtják be, akkor a kiegészítő biztosítások a főbiztosítással együtt jönnek létre. Már meglévő főbiztosítás mellé is felvehető kiegészítő biztosításra tett ajánlat a főbiztosítás évfordulója előtt legalább 30 és legfeljebb 15 nappal. Ha a biztosító kockázatbírálása elfogadja a kiegészítő biztosításra tett ajánlatot, a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete a főbiztosítás évfordulója lesz. (Részletek a 9. oldalon.)

Milyen hosszú a biztosítás tartama?

A kiegészítő biztosítások tartama 1 év, mely minden évfordulón automatikusan meghosszabbodik, amíg a biztosított el nem éri a 65. életévét (betegségbiztosítási elemet is tartalmazó kiegészítő biztosítások esetén a 60. életévét). A biztosított 65. (betegségbiztosítások esetében 60. születésnapja utáni biztosítási évfordulón) születésnapján a kiegészítő biztosítások megszűnnek. (Részletek a 9. oldalon.)

Mikor kell a díjat megfizetni?

A kiegészítő biztosítás díját a főbiztosítás díjával együtt kell fizetni. (Részletek a 9. oldalon.)

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

A főbiztosítási feltételek tartalmazzák a kizárások eseteit. A kiegészítő biztosításokra a főbiztosítási feltételekben felsorolt kizárt eseményeken kívül is vonatkoznak kizárások. Kifejezetten az egyes kiegészítő biztosításokra vonatkozó kizárásokat a kiegészítő biztosítások különös feltételei tartalmazzák. (Részletek a 10. oldalon, a Critical Care kiegészítő biztosításra vonatkozó további kizárások eseteiről részletek a 23. oldalon, a csonttörés és égési sérülésre vonatkozó további kizárások eseteiről részletek a 25. oldalon, a baleseti kórházi ellátás eseteire és baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosításokra vonatkozó további kizárásokról részletek a 26. oldalon, a kórházi napi térítés és műtéti térítés kiegészítő biztosításokra vonatkozó további kizárásokról részletek a 28. oldalon.)

Mikor szűnik meg a biztosítás?

A biztosítás a következő esetekben szűnik meg:

- amikor a főbiztosítás bármely okból megszűnik, a kiegészítő biztosítás díjjal fedezett tartamának végén, de legkésőbb a szerződés létrejöttékor érvényes öregségi nyugdíjkorhatár biztosított általi betöltésekor;
- ha a szerződő a kiegészítő biztosítások díját az esedékességkor nem fizeti meg, a biztosító a díjmaradás 30. napján a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő kitűzésével a teljesítésre írásban felszólítja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a kiegészítő biztosítások a 61. napon megszűnnek;
- 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) kisegítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít, bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

(Részletek a 11. oldalon, a Critical Care kiegészítő biztosításra vonatkozó további megszűnés eseteiről részletek a 23. oldalon.)

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?

A biztosítónak a biztosítási fedezettől és a káreseménytől függően eltérő adatokra van szüksége az igény elbírálásához. A kárigény intézését elősegítendő, a benyújtandó dokumentumokról részletes lista található a termékfeltételek 2. sz. mellékletében. (Részletek a 34. oldalon.)

KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI CSOMAG PRIVÁT NYUGDÍJPROGRAM TERMÉK ÁLTALÁNOS FELTÉTELEIHEZ

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Mikortól érvényes a biztosítás és milyen hosszú a biztosítás tartama?



2. § A biztosítás tartama, kockázatviselés kezdete, korhatárok

- (1) A kiegészítő biztosítás köthető:
- a főbiztosítással együtt, amennyiben a biztosító a szerződő főbiztosításra és kiegészítő biztosításra tett ajánlatát egyaránt elfogadja;
 - már érvényben lévő főbiztosítás mellé, a főbiztosítás biztosítási évfordulója előtt legalább 15 és legfeljebb 30 nappal felvett ajánlat elfogadása révén.
- (2) A kiegészítő biztosítás az ajánlatnak a biztosító által történő elfogadásával jön létre.
- (3) A kiegészítő biztosítás tartama 1 év.
- A kiegészítő biztosítás a főbiztosítás biztosítási évfordulóján automatikusan, újabb 1 évvel hosszabbodik meg, ha a felek a főbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően 30 nappal másképp nem nyilatkoznak.
 - Az automatikus hosszabbítás esetén feltétel, hogy a főbiztosítás is hatályban maradjon és a biztosított még ne töltse be a 65. életévét.
 - Az automatikus hosszabbítás esetén feltétel, hogy a főbiztosítás is hatályban maradjon és a balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások, valamint a balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások esetén feltétel, hogy a főbiztosítás is hatályban maradjon és a biztosított még ne töltse be a 60. életévét.
- (4) A kiegészítő biztosítás 18 és 64 éves kor között lévő személyekre köthető, de a biztosított életkora a lejáratkor nem haladhatja meg a 65 évet; a balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások, valamint a balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások esetén a kiegészítő biztosítás is megszűnik.
- (6) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete:
- amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be, akkor a kockázatviselés kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével;
 - amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás hatálybalépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő biztosítási évforduló, amikor a biztosító kockázatelbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

tésre és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások esetén a kiegészítő biztosítás 18 és 59 éves kor között lévő személyekre köthető, de a biztosított életkora lejáratkor nem haladhatja meg a 60 évet.

(5) A befektetési egységekhez kötött főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

(6) A kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete:

- amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be, akkor a kockázatviselés kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével;
- amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot már a főbiztosítás hatálybalépését követően nyújtották be, akkor a kiegészítő biztosítás kockázatviselésének kezdete az azt követő biztosítási évforduló, amikor a biztosító kockázatelbírálásra jogosult szerve a benyújtott kiegészítő ajánlatot elfogadta.

Mikor kell a díjat megfizetni?



3. § Díjfizetés

A biztosítás díja a főbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás lejáratáig, vagy a biztosított halálát közvetlenül követő díjesedékesség időpontjáig.

4. § Fogalmak

a) 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 biztosítási eseményt okozza.

b) Betegség

Olyan egészségkárosodást jelent, amelyet a biztosított a kiegészítő biztosítás hatálybalépését követően, első alkalommal szenved el.

c) Várakozási idő

a biztosító a biztosítási eseményre vállalt biztosítási szolgáltatást csak várakozási idő után nyújtja. A várakozási idő az ajánlat megtételétől számított 60 napig tart. A várakozási idő nem vonatkozik az ezen időszak alatt bekövetkező baleseti eseményből eredő szolgáltatásokra való jogosultságokra.

d) **Csonttörés**

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

e) **Patológiás törés**

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

f) **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.

g) **Teljes törés (Komplett törés)**

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

h) **Nyílt törés**

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

i) **Stressz törés (Fáradásos törés)**

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

j) **Égési sérülés**

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

k) **Bennfekvő beteg**

A jelen biztosítás szempontjából bennfekvő beteg az a személy, aki a 180 napnál nem korábban elszenvedett balesete miatt benn fekvőként, legalább 24 órán folyamatosan kórházi ellátásban részesült.

l) **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 alkohol- vagy kábítószer függőségi terápiával,
- nem lakása a biztosítottnak.

m) **Intenzív ellátás**

A jelen biztosítás szempontjából intenzív ellátásnak minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügye-

let biztosító és intenzív elnevezés alatt működő különálló egységében nyújtott ellátás.

n) **Orvos**

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

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



5. § Kizárások

A kiegészítő biztosítások szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, és a biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosítási esemény közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség,
- b) baleseti eredetű kiegészítő biztosítások esetén bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- c) a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- d) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, illetve ezeknek a kísérlete (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- e) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásüktől függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- f) bármely sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,
- g) 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 bármi mutáns származékát vagy változatát, Továbbá nem terjed ki a kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:
- h) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- i) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,

j) amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik,

k) a biztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél.

Továbbá a főbiztosítás feltételeiben meghatározott kizárások ezen kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



6. § A biztosítás megszűnése

(1) A kiegészítő biztosításokat a szerződő (biztosított) bármely díjesedékeség időpontjára – 30 nappal az esedékeség előtt – írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt. A kiegészítő biztosítás nélküli szerződésről a biztosító módosított kötvényt állít ki.

(2) A kiegészítő biztosítás és a biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik:

a) amikor a főbiztosítás bármely okból megszűnik, a kiegészítő biztosítás díjjal fedezett tartamának végén, de

legkésőbb a szerződés létrejöttekor érvényes öregségi nyugdíjkorhatár biztosított általi betöltésekor;

b) ha a szerződő a kiegészítő biztosítások díját az esedékeségkor nem fizeti meg, a biztosító a díjelmaradás 30. napján a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett - 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felszólítja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a kiegészítő biztosítások a 61. napon megszűnnek;

c) amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;

d) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;

e) amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kisegítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

7. § Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítási csomag maradékjogokkal nem rendelkezik.

Budapest, 2015. május 20.

A BIZTOSÍTOTT HALÁLESETÉRE SZÓLÓ (KOCKÁZATI) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-282, MET-292, MET-283, MET-293) FELTÉTELEI

A biztosított halálesetére szóló (kockázati) kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók. Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



1. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben (kötvényben) meghatározott biztosítási összeget fizeti. Ha a biztosított él a biztosítás lejáratakor, a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

Budapest, 2015. május 20.

A BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-HA2, MET-EHE, MET-HA3, MET-EHF) FELTÉTELEI

A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



1. § 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 halál esetére meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a biztosítás a baleset bekövetkeztekor érvényben volt.

2. § A biztosító teljesítése

(1) Amennyiben a biztosított ugyanazon baleseti testi sérülés következtében megrokkban, 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.

(2) 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.

Budapest, 2015. május 20.

A BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉK SZOLGÁLTATÁS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-HA5, MET-EHG, MET-HA6, MET-EHH) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a főbiztosításban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) Amennyiben a biztosított olyan baleseti testi sérülést szenved, amelynek következtében a baleset időpontját követő 180 napon belül meghal, a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott havi járadék összeget teljesíti a haláleseti kedvezményezett részére havi rendszerességgel 10 éven keresztül.

(2) A járadék első kifizetése az azt követő hónap 10. napján kezdődik, amely hónap 15. napjáig az igényelbíráláshoz szükséges dokumentumok hiánytalanul a biztosítóhoz érkeztek és az igényjogosultságot a biztosító elismerte.

Budapest, 2015. május 20.

A BALESETI MARADANDÓ ROKKANTSÁG ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-R62, MET-ER8, MET-R63, MET-ER9) FELTÉTELEI

A baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



1. § 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 maradandó rokkantságot szenved.

Baleseti maradandó teljes rokkantság

Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül olyan maradandó 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 maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősült.

A biztosító az előző meghatározástól függetlenül maradandó 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, illetve kéz és egy láb, illetve lábfej teljes elvesztése	100%

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

Baleseti maradandó részleges rokkantság

Amennyiben a biztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül maradandó részleges rokkantságot (egészségkárosodást) szenved, a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összegből a maradandó 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 felsőállkapocscsont teljes vagy részleges eltávolítása (csonkolása)	40%	
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	40%	
Egy fül hallóképességének teljes elvesztése	30%	
Felső végtagok	Jobb	Bal
Egy kar vagy egy kéz teljes elvesztése	60%	50%
A kar csontállományának lényeges vesztesége (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	50%	40%
A felső végtag teljes bénulása (az idegek gyógyíthatatlan sérülése)	65%	55%
A circumflex ideg teljes működésképtelensége	20%	15%
Váll ízületmerevsége (ankylosis)	40%	30%
Könyök ízületmerevsége		
- kedvező állapotú (15 fokos mozgás 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 bénulása	30%	25%
A kéz radiális idegének teljes bénulása	20%	15%
A cubitális ideg teljes bénulása	30%	25%

Csukló ízületmerevsége (ankylosis) kedvező állapotban (kiegyenesítés, behajlítás)	20%	15%
Csukló ízületmerevsége kedvezőtlen állapotban (hajlított, feszítve kinyújtott vagy ernyedtt állapotban)	30%	25%
Hüvelykujj teljes elvesztése	20%	15%
Hüvelykujj teljes ízületmerevsége (ankylosis)	20%	15%
Mutatóujj teljes amputációja	15%	10%
Hüvelykujj és mutatóujj egyidejű teljes 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 (combtőlig)	60%	
Comb és láb teljes elvesztése combközéptől	50%	
Lábfej teljes elvesztése (ízületi csonkolás a sípcsont és lábtőcsontok között)	45%	
Lábfej részleges elvesztése (ízületi csonkolás a külső bokacsont és a lábtőcsontok között)	40%	
Lábfej részleges elvesztése (ízületi csonkolás a lábtőcsontok között)	35%	
Lábfej részleges elvesztése (ízületi csonkolás a lábtőcsontok és a lábközépcsontok 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 szilankosodással és a láb tényleges megerőltető mozgásával	40%	
Térdkalács csontállományának vesztesége 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 teljes 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 feltünteteti 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.

2. § A biztosító teljesítése

- (1) 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.
- (2) 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.
- (3) A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

Budapest, 2015. május 20.

A BALESETI SÚLYOS MARADANDÓ ROKKANTSÁG ESETÉRE SZÓLÓ JÁRADÉK SZOLGÁLTATÁS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-J39, MET-EJ1, MET-J40, MET-EJ2) KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A baleseti súlyos rokkantság esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

1. § A biztosított személye

A jelen biztosítás biztosítottja a főbiztosításban biztosítottként megnevezett természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) Amennyiben a biztosított baleseti testi sérülés következményeként a baleset időpontját követő 180 napon belül a baleseti maradandó rokkantság esetére szóló biztosítás különös feltételeiben leírt és az ott szereplő szolgáltatási táblázatban meghatározott 50%-os, vagy annál magasabb fokú maradandó rokkantságot szenved, a biztosító a szerződésben meghatározott havi járadéknak a rokkantság fokával megegyező mértékű részét teljesíti havi rendszerességgel 10 éven keresztül. A havi járadék összege a biztosított életben léte alatt a biztosított részére, a biztosított halála esetén a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

(2) A járadék első kifizetése az azt követő hónap 10. napján kezdődik, amely hónap 15. napjáig az igényelbíráláshoz szükséges dokumentumok hiánytalanul a biztosítóhoz érkeztek és az igényjogosultságot a biztosító elismerte.

(3) A rokkantság mértékét a baleseti maradandó rokkantság esetére szóló biztosítás különös feltételeiben szereplő térítési táblázat szerint kell megállapítani. A táblázatban nem említett maradandó egészségkárosodások a táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján, súlyosságukkal arányosan kerülnek elbírálásra a biztosított foglalkozásának figyelmen kívül hagyásával. A rokkantság bekövetkezését, annak mara-

dandó jellegét és a maradandó rokkantság mértékét az igényelbírálás tartama alatt a biztosító orvos szakértője állapítja meg, aki e döntését más orvos szakértői testület megállapításától függetlenül hozza meg.

(4) Az ugyanazon baleseti eseményből származó több egészségkárosodás esetén a különböző százalékok összegzésre kerülnek, de a biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási kötvényben a járadékszolgáltatásra meghatározott biztosítási összeget.

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

Budapest, 2015. május 20.

A CRITICAL CARE KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-C28, MET-C29, MET-C30, MET-C31, MET-C32, MET-C33, MET-C69, MET-C70, MET-C71, MET-C72, MET-C73, MET-C74) FELTÉTELEI

A Critical Care elnevezésű, kritikus betegségek esetére szóló kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás rendelkezései az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



1. § Biztosítási esemény és biztosítási szolgáltatás

(1) A szerződő biztosítási ajánlaton történő választása és díjfizetése alapján a kockázatviselés a jelen feltételek 2. §-ában meghatározott és leírt betegségek, állapotok, műtéti beavatkozások három csoportjára terjedhet ki.

A **Critical Care-1** (MET-C28, MET-C31, MET-C69, MET-C72) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen feltételek 2. §-ában az 1) sorszám alatt meghatározott betegségekre terjed ki.

A **Critical Care-7** (MET-C29, MET-C32, MET-C70, MET-C73) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen feltételek 2. §-ában az 1)-től 7)-ig terjedő sorszámok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

A **Critical Care-32** (MET-C30, MET-C33, MET-C71, MET-C74) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen feltételek 2. §-ában az 1)-től 32)-ig terjedő sorszámok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

(2) A biztosítottnak a biztosítás lejárata előtt, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási idő eltelte után a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen feltételek 2. §-ában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt betegségek, állapotok, egyikének első alkalommal történő elszívódása vagy a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen feltételek 2. §-ában, 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.

2. § 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 kóroncnok 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, ideszámítva az ins situ mell-daganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat;
- Hiperkeratózisosok, 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 papilláris mikrokarcinómája, a hólyag papilláris 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 pókhálókátrá alatti) 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, kóros 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);
- Baleseti sérülés, fertőzés, érgyulladás vagy gyulladásos betegség következtében kialakult agykárosodás;
- A szemet vagy látóideget érintő érbetegség;
- Az egyensúlyi 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 tágitásra 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 beszűkült, 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 thrombocitopéniában (csökkent thrombocitaszám) nyilvánul meg, és kezelése az alábbiak közül legalább egy beavatkozást igényel:

- Csonvelő stimuláció;
- Immunszuppresszív (immunrendszert gátló) szerek alkalmazása;
- Csonvelő átültetése.
- Vérekészítmény átömlesztése (vérátömlesztés);

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:

- FEV 1 teszt eredménye következetesen kevesebb mint 1 liter. A FEV1 az egy mp alatt erőltetett légzéssel kilégtetett levegő mennyisége;
- Állandó oxigénpótló kezelés a hipoxémiára (vér oxigénhiányos állapotára);
- Artériás vérgáz vizsgálat során az oxigén parciális nyomása 55 Hgmm (higanymilliméter) vagy kevesebb (PaO₂ ≤ 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 diagnosztizálásához 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)

Kómának 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) Siketség

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

A teljes hallóképesség 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 szívkatéteres 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 diagnózisát 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 betegségekre (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, tolésszék-ből történő felállás és az azokra történő leülés képessége,

IV. Mozgásképesség: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;

V. Mellékhelység használata: széklet vagy vizeletürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné 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, közepsúlyostól 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 májle-benynt elpusztítja, csak az összeesett kötőszöveti szerkezetet megtartva. a szerkezetkárosodott vázon;
- A májfunkciós tesztek gyors romlása;
- Mélyülő sárgaság;
- Hepato-encephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövödménye, amikor a felszaporodott méreganyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszmélet változások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulhatnak ki).

22) Elsődleges kisvérköri hipertónia

Az elsődleges pulmonáris hipertónia 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;
- Szívultrahang 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 alátámasztá-

sához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Az életfontos funkciókat veszélyezteti;
- Agykárosodást okoz;
- Túlnőtt a műtéti 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 diagnózisát 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 járó folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerincscapolással nyert gerincvelőfolyadékban 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 műtéti 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 elvezetésben);
- Terheléses szívultrahang 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 bőrkérgesedés (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

3. § A biztosító teljesítése

- (1) A biztosítási eseményt, annak bekövetkeztétől számított 10 napon belül a biztosítónak írásban be kell jelenteni.
- (2) A szolgáltatás igénybevételéhez a 2. számú mellékletben felsorolt iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni.
- (3) A biztosító által meghatározott, a szolgáltatás igénybevételének elbírálásához 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.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



4. § 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 hatálybalépése 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 kezelésre nem terjed ki.).

Mikor szűnik meg a biztosítás?



5. § A biztosítási szerződés megszűnése

A kiegészítő biztosítások általános feltételeiben meghatározottakon túl a biztosítás automatikusan megszűnik:

- a) a biztosítási összeg kifizetésével;
- b) a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével.

Budapest, 2015. május 20.

A CSONTTÖRÉS ÉS ÉGÉSI SÉRÜLÉS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (MET-F14, MET-EF2, MET-F15, MET-EF3) FELTÉTELEI

A jelen kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



1. § 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.

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):	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	100%
- Minden egyéb nyílt törés	50%
- Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30%
- Egyszerű zárt törések	20%
Combcsont vagy sarokcsont törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	50%
- Minden egyéb nyílt törés	40%
- Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30%
- Egyszerű zárt csonttörések	18%
Koponya alapi törések	50%
A sípcsont, felkarcsont, orsócsont vagy csukló törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	40%
- Minden egyéb nyílt törés	30%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	20%
- Egyszerű zárt csonttörések	15%
Felső vagy alsó állkapocs, külső boka, belső boka singcsont törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	30%
- Minden egyéb nyílt törés	20%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	16%
- Egyszerű zárt törések	10%
Lapocka, kulcsont, térdkalács, szegycsont, lábtő-, lábközépcsontok törései:	
- Nyílt törések	20%
- Zárt törések	13%
Gerinc törések (farkcsont törés kivételével):	
- Csigolyatestek kompressziós törése	20%
- Tövisnyúlvány, harántnyúlvány, ízületi nyúlvány törései	7%

Homlok, halánték, falcson vagy nyakszirtcsont törései:	
- csontszilánkok benyomódásával	30%
- csontszilánkok benyomódása nélkül	10%
Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárkapocscsont (kivéve boka) törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	16%
- Minden egyéb nyílt törés	12%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	8%
- Egyszerű zárt csonttörések	5%
Kézujj és lábujj törések:	
- Nyílt törések	5%
- 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%

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



2. § Kizárások

A főbiztosítás feltételeiben és a kiegészítő biztosítási csomag Privát nyugdíjprogram termékhez általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a biztosítás nem terjed ki azon törésekre és égési sérülésekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

- veszélyeztetett rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- bármely betegségre visszavezethető csontgyengülés, patológiás csonttörések,
- a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések),

Budapest, 2015. május 20.

A BALESETBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁSRA (MET-N00, MET-EN0, MET-N10, MET-EN8) ÉS MŰTÉTI BEAVATKOZÁS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (MET-S00, MET-ES0, MET-SA0, MET-ESA) FELTÉTELEI

A balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozásra szóló kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



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.

Balesetből származó kórházi ellátásra szóló napi térítés

Amennyiben a biztosított személy, a biztosítási szerződés hatályba 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 térítés 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.

Balesetből származó műtét esetén fizetendő térítés

Ha a biztosított személy a biztosítási szerződés hatályba 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.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



2. § Kizárások

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

- bármilyen betegség, bakteriális fertőzések (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével),**
- kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,**
- a kórházi ellátás tartama alatt elszennvedett bármilyen fertőzés,**
- bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben,**

rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek.

(2) Továbbá a főbiztosítás feltételeiben 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.

Budapest, 2015. május 20.

A BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, NAPI TÉRÍTÉSRE (MET-NA7, MET-EN7, MET-NA8, MET-EN9) ÉS MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (MET-SA7, MET-ES9, MET-SA8, MET-ESB) FELTÉTELEI

A jelen kiegészítő biztosítás a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

Amennyiben e különös feltételek bármely rendelkezése eltér a főbiztosítás feltételeiben foglaltaktól, úgy a különös feltételek az irányadók.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



1. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

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.

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.

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 kórházi ellátás tartamának legalább egy (1) napos megszakítása esetén a biztosító a következő kórházi ellátás(ok)at 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.

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.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



2. § Kizárások

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:

- születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés, vagy abortusz,
- a szerződés hatályba lépését követő első hatvan (60) napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtéti beavatkozás,
- a szerződés hatályba lépését követő első száznyolcvan (180) nap alatt végrehajtott, a mandula, ill. orrpolip eltávolítását célzó műtét, ill. kórházi gyógykezelése,

- e) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- f) 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,
- g) elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- h) a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,
- i) bármely olyan kezelés vagy gyógymód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek.

3. § Díjfizetés

A kiegészítő biztosítás díja a főbiztosítás 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 a módosításra alapot adó ok fennállása esetén 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 esedéességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. A nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen kiegészítő biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

4. § A biztosító teljesítése

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

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 igénybevételéhez a 6. számú mellékletben felsorolt iratokat kell a biztosító részére benyújtani.

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

Budapest, 2015. május 20.

MŰTÉTI BEAVATKOZÁSOK SZÁZALÉKOS TÉRÍTÉSÉNEK TÁBLÁZATA a balesetből vagy balesetből és betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló biztosításokhoz	
MŰTÉTI BEAVATKOZÁS LEÍRÁSA	A maximális szolgáltatási összeg %-a
FEJ, NYAK	
Pajzsmirigy eltávolítása	75%
Száj daganatának műtéti ellátása	25%
Fültőmirigy daganat	50%
Thyreoglossus ciszta vagy tályog kimetszése	50%
MELLKAS, MELL	
Mellkas megnyitása, mellkas plasztika	100%
Tüdő vagy tüdőlebeeny eltávolítása	100%
Echinococcus ciszta eltávolítása a tüdőből	75%
Nyelőcsőműtét	75%
Szív vagy aortaműtét	100%
Egy - vagy kétoldali radikális melleltávolítás	75%
Egy - vagy kétoldali egyszerű melleltávolítás	50%
Mell részleges eltávolítása	25%
Melldaganat vagy ciszta kimetszése	25%
Légcsőmetszés	25%
Becsővezés mellkas csapoláshoz	25%
Mellkas csapolás	10%
Mediasztinum daganat eltávolítása a szegycsont felvágásával	75%
Mellhártya összenövésének felszabadítása	25%
Tüdőbeékelődés eltávolítása	50%
Légmellkezelés a mellkas megnyitásával	50%
Diagnosztikus mellkas feltárás	50%
Hörgő- vagy légcsősztent behelyezése	50%
Hörgő ciszta vagy tályog eltávolítása	50%

HAS	
Has feltárása	50%
Vakbélműtét	25%
Hasi tályog becsövezése	25%
Sérvek műtéti ellátása: bubonokéle, omphalokéle, merokéle, hidrokéle, cirsokéle, heresér, hasfali sér, műtét utáni sér	25%
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombél-fekély	50%
Fekély perforációjának elvarrása	50%
Béltávolítás	50%
Hasüregi daganat eltávolítása	75%
Végbél eltávolítás hasi behatolással	100%
Végbél előreesés műtéti ellátása hasi behatolással	75%
A végbél záró izomzatának berepedése, tályog vagy ciszta	25%
Aranyérműtét	25%
Májtályog (feltárással)	50%
Echinococcus ciszta a májban	75%
Részleges májeltávolítás	75%
Epehólyag eltávolítása	75%
Hasnyálmirigyműtét	100%
Lép eltávolítása	75%
Vastagbél-, vékonybél-, hólyag sztóma készítése	50%
Bél anasztomózis	50%
Teljes vastagbél eltávolítás	75%
Záróizom plasztika, epevezeték beszájaztatása	75%
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészeti beavatkozás egyetlen műtétnek számít.	
NYIROKCSOMÓK	
Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból	50%
HÚGY ÉS IVARSZERVEK	
Vese eltávolítása	75%
Daganat, kő, húgycső, húgyhólyag eltávolítása:	
– sebészi úton	75%
– 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%
Vesekő, epekő vagy húgycsőben lévő kő zúzása	50%
Pig-Tail katéter felhelyezése	10%
Barlangos test plasztika	50%
Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással	50%
Teljes pénisz eltávolítás a nyirokcsomó eltávolításával	100%
Teljes prosztatata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással	100%
Körülmetelés	10%
Ondózsínór lekötése	25%
Hólyag diverticulum eltávolítása	50%
ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK	
Hosszú csöves csontok korrekciós műtéti ellátása	50%
Egyéb csontok korrekciós műtéti ellátása	25%
Törések egyszerű rögzítése	10%
Kulcscsont, bordák, ujjpercek, csukló, kézközépcsontok, lábtő és lábközépcsontok, csontnyúlványok, csigolyák törésének rögzítése	10%
Izületi metszés, beleértve az ízületi szabdtest eltávolítását	50%
Ganglion eltávolítása	10%
Csontkinövés eltávolítása	25%
Alagút szindróma műtéti ellátása	25%
Váll-, könyök-, csukló-, boka-, csípő-, térdícam rögzítése	10%
Térdkalács ficamának rögzítése	10%
Patella sebészeti eltávolítása	50%
Ujjícam 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 vagy elmerevítése	100%
VÉNÁK	
Varicosus véna eltávolítása (visszértműtét)	
– egy lábon	25%
– mindkét lábon	50%
Varicosus vénák leköte	10%
Véna elvarrása sérülés után	25%
Vénás thrombus eltávolítása	25%
FÜL - ORR – GÉGE	
Külső-, vagy középfül műtét	25%
Mandulaeltávolítás - adenoid vegetáció eltávolítása	25%
Légcsőmetszés	25%
Gége kiirtása	75%
Hangszalagműtét	25%
Nyelvcsap eltávolítása	25%
Légcsőmetszés, sztóma készítése	25%
Tubus vagy lélegeztető cső eltávolítása	10%
Rekesztályog, vérömleny bemetszése	10%
Fülpolip eltávolítása	10%
Mandula körüli tályog kimetszése	10%
Nyelvfék átvágása	10%
Dobhártya bemetszése és tubus behelyezése	10%
Külső hallójáratokból csontkinövés vagy csontdaganat eltávolítása	25%
Teljes vagy részleges állkapocs eltávolítás	75%
Gége-, garat-, nyelőcső eltávolítás	75%
Egyensúlyozó ideg kimetszése	75%
Kengyel eltávolítása	50%
Dobhártya plasztika	50%
Labirintus szerv eltávolítása	50%
Ékcsonton keresztüli rostacsont eltávolítása	50%
Teljes fültömirigy eltávolítás	75%
Koponyalékelés az üregek felől	50%

Hangszalag eltávolítása	75%
Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25%
Nyelvfék kimetszése	10%
Fültömirigy eltávolítása	75%
DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK	
Gégetükrözés	10%
Hörgő-, nyelőcső-, vastagbél-, szigmbél-, végbélükrözés, húgyhólyagtükrözés	10%
Laparoszkópia,	25%
ÉRSEBÉSZETI MŰTÉTEK	
Érplasztika (katéteres tágitás)	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%
ÁLTALÁNOS SEBÉSZET	
Körömetávolítás	5%
Tályog bemetszése	5%
Polip eltávolítása a bélből	25%
KÜLÖNLEGES MŰTÉTEK	
Csontvelő átültetés	100%
BŐRGYÓGYÁSZAT	
Bőrbíopszia	5%
Faggyúciszta bemetszése	5%
Szemölcs eltávolítása	5%
NŐI NEMI SZERVEK	
Teljes méheltávolítás	75%
Részleges méheltávolítás	50%
Petevezeték eltávolítása	50%
Petefészek eltávolítása	50%
Myoma eltávolítása	50%
Méhnyak polip eltávolítása	10%
Bartholin-mirigy ciszta kimetszése vagy kivarrása	25%
Méhnyak csonkolása	25%
Hüvelyplasztika	25%
Vulva teljes kimetszése	50%
Méhkürtplasztika	50%
Petefészek ékrezekciója	25%
Endoszkópia (invazív laparoszkópia)	50%

Endoszkópia (invazív hiszteroszkópia)	25%
SZEMÉSZET	
Szaruhártya varrat	10%
Kötőhártya varrat	10%
Elülső üvegtest műtét	10%
Hátsó üvegtest műtét	50%
Jégárpa eltávolítása	10%
Szürkehályog eltávolítása	50%
Zöldhályog műtét	25%
Szem eltávolítása	50%
Röphártya kimetszése	10%
Szemhéj be vagy kifordítása műtétileg	25%
Retinaleválás műtėti ellátása	50%
Könnycsatorna kimetszése	25%
Szívárványhártya eltávolítása vagy bemetszése	25%
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt	25%
Kancsalság műtėti ellátása	50%
Könnytömlő kimetszése	50%
Inhártyaplasztika	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 szürkehályogműtét)	25%
Membráneltávolítás	10%
PLASZTIKAI SEBÉSZET	
Hegkimetszés	10%
Bőrleány kimetszése átültetésre	25%
Többszörös ín és idegvarrat	50%

Arcideg dekompresziós műtétje	75%
Homlok vagy arccsont csontvessése	100%
IDEGSEBÉSZET	
Koponyatörés műtėti ellátása	75%
Koponyaplasztika	100%
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés	100%
Agyi aneurizma eltávolítása	100%
Agyállományi műtét	100%
Agy vagy agyhártyák műtėti ellátása	100%
Meningeoma eltávolítása	100%
Koponyalékelés	100%
Rosszindulatú agyi érelváltozás	100%
Hallóideg műtét	75%
Gerincvelő daganatok	100%
Ideggyök kimetszése	50%
Idegvarrat	50%
Neurinóma kimetszése	50%
Szimpatikus ideg átmetszése	75%
DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK	
Gégetükrözés	10%
Hörgő-, nyelőcső-, gyomor-, végbél-, szigmabél-, vastagbél-, húgyhólyagtükrözés	10%
Laparoszkópia	25%
Lumbalpunkció	10%
DAGANATOK	
Ugyanazon daganat műtėti ellátására és sugárkezelésére összességében fizethető szolgáltatási összeg megegyezik, a daganat sebészi eltávolításáért fizethető maximális szolgáltatási összeggel.	

Budapest, 2015. május 20.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI CSOMAGHOZ

Választható kiegészítő biztosítási összegek

A szerződő a biztosítási ajánlaton az alábbi biztosítási összegek közül választhat.

A szerződés létrejöhet kiegészítő biztosítások nélkül is a minimális biztosítási összeggel.

A biztosított halálesetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 250 000 Ft / 850 €
- maximuma: 50 000 000 Ft / 170 000 €

Baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 500 000 Ft / 1 700 €
- maximuma: 50 000 000 Ft / 170 000 €

Baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 75 000 Ft / 250 € / hó
- maximuma: 150 000 Ft / 500 € / hó
- a baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás csak a baleseti súlyos maradandó rokkantság esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítással együtt köthető azonos biztosítási összeggel

Baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 500 000 Ft / 1 700 €
- maximuma: a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének négyszerese, de maximum 50 000 000 Ft / 170 000 €

Baleseti súlyos maradandó rokkantság esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 75 000 Ft / 250 € / hó
- maximuma: 150 000 Ft / 500 € / hó
- a baleseti súlyos maradandó rokkantság esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítás csak a baleseti halál esetére szóló járadék szolgáltatás kiegészítő biztosítással együtt köthető azonos biztosítási összeggel

Critical Care kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 1 000 000 Ft / 3 300 €

- maximuma: 50 000 000 Ft / 170 000 €

Balesetből származó kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 2 000 Ft / 7 €
- maximuma: 16 000 Ft / 53 €
- a balesetből származó kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás a baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 2 000 Ft / 7 €
- maximuma: 16 000 Ft / 53 €
- a kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás a műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft / 330 €
- maximuma: 800 000 Ft / 2 700 €
- a baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás a baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft / 330 €
- maximuma: 800 000 Ft / 2 700 €
- a műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás a kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető

Csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft / 330 €
- maximuma: 800 000 Ft / 2 700 €
- a csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás a baleseti halál és baleseti maradandó rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítások nélkül nem köthető

2015. május 20.



Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?

2. SZÁMÚ MELLÉKLET A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI CSOMAGHOZ

Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat szükséges benyújtani.

Valamennyi baleseti és betegségi szolgáltatási igény esetén:

- a biztosító erre a célra szolgáló, kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványa
- a biztosítási eseményt okozó eseményre vonatkozó (annak bekövetkezésében szerepet játszó betegség, baleset), illetve az azt követő valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatai
- hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárást befejező/elutasító határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához
- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása

Baleset esetén:

- rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv és a hivatalos hatósági dokumentáció hiteles másolata (ha készült)
- véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült)
- toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (ha készült)

Critical Care esetén:

- a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos- vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentációt (zárójelentések, vizsgálati- és szövettani eredmények)
- szükség esetén a biztosítási eseményt alátámasztó, aktuálisan elvégzett szakorvosi vizsgálati eredményt
- a biztosító által a bejelentést követően meghatározott egyéb iratot vagy dokumentumot, illetve vizsgálati eredményt

Csonttörés, égési sérülés esetén:

- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló dokumentáció (zárójelentés) másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi 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)
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek

Kórházi ellátás esetén:

- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló orvosi dokumentáció (zárójelentés) másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi 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)
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek

Baleseti rokkantság esetén:

- az orvosi jelentést valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek

Halál, baleseti halál esetén:

- hitelesített halotti anyakönyvi kivonat
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata

- boncjegyzőkönyv másolata (amennyiben készült)
- háziorvosi betegkarton másolata
- azon okiratok, amelyek a kedvezményezetti jogosultság (személyazonosítás, illetve kedvezményezetti vagy örökös státusz) igazolásához szükséges
- halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentés
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyaték-átadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a kedvezményezettet név szerint nem nevezték meg)
- gyámhatósági határozat (kiskorú kedvezményezett esetén)
- eredeti, érvényben lévő biztosítási kötvény vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával

- orvosi nyilatkozat*
- haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatvány
- továbbá mindazon okiratok, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek

* A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.

2015. május 20.

