

MetLife®



Critical Care

betegségbiztosítás feltételei

Budapest, 2015. július 31.

TARTALOMJEGYZÉK

Áttekintés a Critical Care biztosítási termék főbb feltételeiről	6
A MetLife Biztosító Zrt. Critical Care 1 (MET-801, MET-802, MET-803 és MET-804), Critical Care 7 (MET-805, MET-806, MET-807, MET-808) és Critical Care 32 (MET-809, MET-810, MET-811, MET-812) elnevezésű betegségbiztosításának feltételei	9
Melléklet: Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei	24
Tájékoztató a Critical Care betegségbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosításokról	25
Balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre (MET-NA1) és műtéti térítésre szóló biztosítások (MET-SA1) feltételei	27
1. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	34
Cégismertető.	35



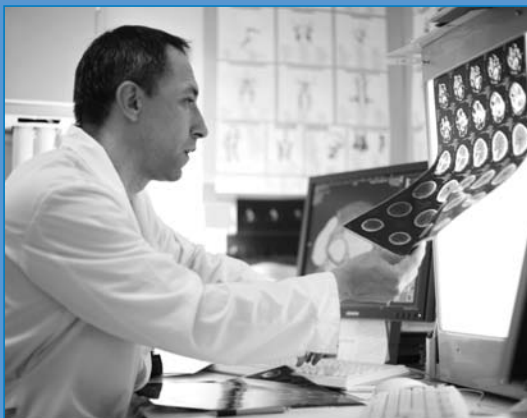
Amikor egyszer arról kérdezték a Dalai lámát, mi az, ami leginkább meglepi az emberiséggel kapcsolatban, ezt válaszolta:

*„Az ember.
Mert feláldozza
az egészségét,
hogy pénzt keressen,
aztán feláldozza
a pénzét, hogy
visszaszerezze az
egészségét.”*

A szomorú valóság hazánkban az, hogy minden évben

- minden negyedik ember kórházi ellátást vesz igénybe (2,5 millió fő), ez személyenként átlagosan 8 kórházban eltöltött napot jelent,
- több mint 59 ezer férfi és több mint 58 ezer nő hal meg rákban, krónikus légzőszervi, szív- és érrendszeri betegségben, illetve a cukorbetegség különböző szövődményeiben.

Forrás: KSH, 2011-es adatok szerint, WHO, 2010-es adatok szerint.

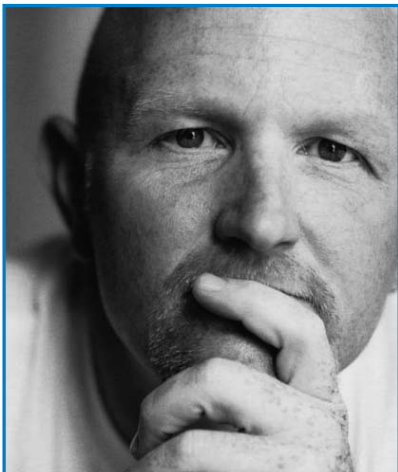


Belegondolt már abba, hogy egy kritikus betegség hogyan változtatná meg életét és családja mindennapjait?

Tudja a válaszokat az alábbi kérdésekre?

- Elegendő az Ön jövedelme ahhoz, hogy fedezze egy esetleges kórházi ellátás vagy otthoni ápolás költségeit?
- Megfelelő egzisztenciával rendelkezik ahhoz, hogy egy kritikus betegség bekövetkezése után is megőrizze jelenlegi életszínvonalát?
- Rendelkezik Ön pénzügyi stratégiával, amely abban az esetben nyújt támaszt, ha maradandó egészségkárosodást szenvedne?
- Számíthat biztos jövedelemre, ha Ön vagy akár partnere egy súlyos betegség következtében munkaképtelenné válna, vagy nem lenne képes korábbi munkájának elvégzésére?

A MetLife globális szakértője és szolgáltatója ezen váratlan helyzetek rendszeres, tervezhető költségű megoldásainak, kiszámítható pénzügyi biztonságot nyújt **32 kritikus betegség, illetve műtét esetén.**



Gondoskodjon előre az Ön és családja biztonságáról betegségbiztosítási programunk segítségével!

ÁTTEKINTÉS A CRITICAL CARE BIZTOSÍTÁSI TERMÉK FŐBB FELTÉTELEIRŐL¹



Az alábbi áttekintés a MetLife Biztosító Zrt. Critical Care 1 (MET-801, MET-802, MET-803 és MET-804), Critical Care 7 (MET-805, MET-806, MET-807, MET-808) és Critical Care 32 (MET-809, MET-810, MET-811, MET-812) elnevezésű betegségbiztosítási feltételeinek a 2003. évi LX. törvényben (Bit.) meghatározott jellemzőit, a Bit-ben meghatározott adat- és titokvédelmi, illetve adatkezelési tájékoztatását, valamint a biztosító főbb adatait tartalmazza. Ez az áttekintés kizárólag azt a célt szolgálja, hogy rövid összefoglalót adjon az ügyfeleknek ezen biztosítások főbb feltételeiről, így nem tekinthető a Bit. szerinti ügyfél-tájékoztatónak. A biztosítási szerződés további jellemzőiről és a biztosítás részletes feltételeiről a biztosítási feltételek nyújtanak tájékoztatást. A törvényben előírt tájékoztatási kötelezettségét a biztosító a biztosítási feltételek átadásával teljesíti. A kiegészítő tájékoztató és a biztosítási feltételek kizárólag együtt érvényesek és együttes ismeretük minősül ügyféltájékoztatásnak.

Kérdés

Válasz

Kinek szól az ajánlatunk?

A biztosítás megköthető minden 18 és 64 éves kor közötti személyre, aki biztosítási szerződés keretében szeretne gondoskodni a saját és/vagy családja anyagi biztonságáról a váratlan, súlyos betegségek előfordulása esetén.

Kik a biztosításban érintett személyek?

A *biztosított* az a természetes személy, akinek az egészségi állapotában bekövetkező változással, illetve kialakult betegségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön. A biztosítás 18 és 64 éves kor között lévő személyekre köthető.

A *szerződő* az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a díj fizetésére kötelezettséget vállal.

A *kedvezményezett* az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult. (Részletek a 9. oldalon)

Hogyan jön létre a biztosítás?

A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító kölcsönös megállapodása alapján jön létre a biztosított hozzájárulásával. (Részletek a 10. oldalon)

Mikortól érvényes a biztosítás?

A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájkor kezdődik, amikor a szerződő az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, feltéve, hogy a betegségbiztosítási szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön.

A **várakozási idő** a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási esemény esetén a biztosító nem szolgáltat és az addig befizetett díjakat visszafizeti. (Részletek a 10. oldalon)

Milyen hosszú a biztosítás tartama?

A biztosítás egy éves időtartamra szól és minden esetben egy újabb ével meghosszabbodik, ha azt a biztosítási év eltelte előtt legalább 30 nappal egyik fél sem mondja fel. (Részletek a 10. oldalon)

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?

Ha a biztosított a várakozási időt követően a következő betegségek, állapotok vagy műtéti beavatkozások egyikét elszenvedi – feltéve, hogy a pontos diagnózis felállítását vagy a műtéti beavatkozást követően a biztosított legalább 30 napig életben van – a biztosító kifizeti a szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatást és a szerződés megszűnik.

- Critical Care 1 (MET-801, MET-802, MET-803, MET-804): rosszindulatú daganat.
- Critical Care 7 (MET-805, MET-806, MET-807, MET-808): 1. rosszindulatú daganat, 2. szívizominfarktus, 3. agyi érkatasztrófa, 4. szívkoszorúér műtét, 5. veseelégtelenség, 6. aplasztikus anémia, 7. vakság.
- Critical Care 32 (MET-809, MET-810, MET-811, MET-812): 1. rosszindulatú daganat, 2. szívizominfarktus, 3. agyi érkatasztrófa, 4. szívkoszorúér műtét, 5. veseelégtelenség, 6. aplasztikus anémia, 7. vakság, 8. szívbillentyű műtét, 9. aorta műtét, 10. egyéb súlyos szív-koszorúér betegség, 11. elsődleges kisvérkőri hipertónia, 12. végállapotú tüdőbetegség, 13. végállapotú májbetegség, 14. végállapotú betegség, 15. heveny, középsúlyostól súlyosig terjedő B, C hepatitis vírus okozta májgyulladás, 16. szervátültetés, 17. kóma, 18. apalliumos szindróma, 19. agyvelőgyulladás, 20. bakteriális agyhártyagyulladás, 21. poliomyelitis, 22. Alzheimer kór, 23. Parkinson kór, 24. súlyos fejsérülés, 25. szklerózis multiplex, 26. végtagbénulás, 27. beszédképesség elvesztése, 28. siketség, 29. nagyfokú égési sérülés, 30. jóindulatú agydaganat, 31. scleroderma progresszív, 32. szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel.

¹ Ez az áttekintés kizárólag azt a célt szolgálja, hogy rövid összefoglalót adjon az ügyfeleknek a kockázati életbiztosítás főbb feltételeiről, így nem tekinthető a biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény szerinti ügyfél-tájékoztatónak. A törvényben előírt tájékoztatási kötelezettségét a biztosító a biztosítási feltételek átadásával teljesíti.

Kérdés

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



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 tágitást 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 biztosításhoz tartozó biztosítási szolgáltatást. A szerződés kötések az ügyfél 5 000 000 Ft-ot választott biztosítási összegként, így a biztosító 5 000 000 Ft-ot szolgáltatott. A szolgáltatással a Critical Care 7 biztosítás megszűnt.

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 címén szolgáltatást teljesített. Ügyfelünk állapota jelenleg folyamatos ellenőrzés mellett kielégítő. Ajánlatfelvételkor az ügyfél 3 000 000 Ft biztosítási összeget választott, így a biztosító a betegség diagnosztizálásakor 3 000 000 Ft-ot szolgáltatott.

(Részletek a 11. oldalon)

Mit kell tenni, ha káresemény történik?

A biztosítási eseményt 10 napon belül a biztosítónak írásban kell bejelenteni a kárbejelentő nyomtatványon. A kárbejelentő nyomtatványhoz csatolni kell az eredeti kötvényt és a biztosítási eseményt leíró és alátámasztó, szakorvos- vagy intézmény által igazolt orvosi dokumentációt. A szolgáltatási igény bejelentéséhez szükséges iratok felsorolását a 8. § tartalmazza.

(Részletek a 16. oldalon)

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

A biztosító nem szolgáltat azokra a megbetegedésekre, sérülésekre, illetve műtétekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van az alábbiakkal:

- a biztosított által szándékosan okozott sérülés vagy megbetegedés (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára);
- a biztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;
- a biztosított alkoholizmusa vagy alkoholos befolyásoltsága;
- a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő részvétele;
- a biztosított AIDS betegsége vagy HIV-vírussal való fertőzöttsége;
- maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák;
- mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja;
- a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség.

Amennyiben a biztosított a szerződéskötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegségekre, illetve azok kezelésére nem terjed ki.

(Részletek a 16. oldalon)

Mikor kell a díjat megfizetni?

Az első díj az ajánlat megtételekor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. A díjfizetés történhet éves, féléves, negyedéves vagy havi részletekben.

(Részletek a 17. oldalon)

Mikor szűnik meg a biztosítás?

A biztosítási szerződés a következő esetekben szűnik meg:

- a biztosított halálával;
- a biztosítási összeg kifizetésével;
- a díjfizetés elmaradása miatt;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- a 3 hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével;
- a szerződés írásbeli felmondásával.

(Részletek a 18. oldalon.)

Kérdés

Válasz

Milyen kötelezettségei vannak az ügyfélnek?

A biztosított és a szerződő a szerződéskötéskor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn.
(Részletek a 18. oldalon)

Mit tesz a biztosító az adataim biztonsága érdekében?

A biztosító a biztosítási titokra és személyes adatokra vonatkozó törvények és előírások alapján jár el, amelyeket a termékfeltételek külön fejezetekben részleteznek.
(Részletek a 19. oldalon)

Panasz esetén hova lehet fordulni?

A biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszt szóban vagy írásban a következő elérhetőségek bármelyikén elő lehet terjeszteni: Központi Ügyfélszolgálatunk az alábbi elérhetőségeken áll rendelkezésére: MetLife Biztosító Zrt., 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.; info@metlife.hu telefonszám: 06-40-444-445, telefax: 06-1-391-1660
A panasz elutasítása esetén a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál (MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) eljárását kezdeményezheti.
(Részletek a 23. oldalon)

Melyek az alkalmazandó jogszabályok?

A szerződésre, illetve az abból származó jogviták elbírálására a mindenkor hatályos magyar jogszabályok az irányadóak, különös tekintettel az 2013. évi V. törvény (Polgári Törvénykönyv), a 2003. évi LX. törvény (biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló törvény), a 2011. évi CXII. törvény (az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról) és az 1995. évi CXVII. törvény (a személyi jövedelemadó) rendelkeznek.

Mit érdemes tudni a biztosítóról?

A biztosító a MetLife Biztosító Zrt., az a jogi személy, amellyel a szerződő szerződést köt, és amely társaság a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.
A termékfeltételek végén található Céginformációból részletesen tájékozódhat az anyavállalatról és a MetLife Biztosító Zrt.-ről.
(Részletek a 35. oldalon)

Budapest, 2015. július 31.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT.

CRITICAL CARE 1 (MET-801, MET-802, MET-803 ÉS MET-804), CRITICAL CARE 7 (MET-805, MET-806, MET-807, MET-808) ÉS CRITICAL CARE 32 (MET-809, MET-810, MET-811, MET-812) ELNEVEZÉSŰ BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSÁNAK FELTÉTELEI

A Critical Care 1 (MET-801, MET-802, MET-803, MET-804), Critical Care 7 (MET-805, MET-806, MET-807, MET-808) és Critical Care 32 (MET-809, MET-810, MET-811, MET-812) elnevezésű betegségbiztosítási szerződés a MetLife Biztosító Zrt. és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A szerződő díjfizetése ellenében a biztosító vállalja, hogy a szerződésben leírt biztosítási események bekövetkeztekor biztosítási szolgáltatást teljesít a szerződésben megfogalmazottak szerint, a szerződés érvényességi ideje alatt. A feltételekben és a szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

Kik a biztosításban érintett személyek?



1. § A biztosítási szerződés alanyai

(1) A biztosító: a MetLife Biztosító Zrt. - az a jogi személy, amely a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.

(2) A szerződő: az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és a díj fizetésére kötelezettséget vállal.

(3) A biztosított: az a természetes személy, akinek az egészségi állapotában bekövetkező változással, illetve kialakult betegségével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön. A biztosítás 18 és 64 éves kor között lévő személyekre köthető.

Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

(4) A kedvezményezett: az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult. A jelen szerződés szolgáltatásainak kedvezményezettje maga a biztosított, kivéve, ha a szerződésben a biztosítási esemény bekövetkezéséig más névszerinti kedvezményezett került megjelölésre. A biztosított halála esetén a biztosítottat illető valamennyi biztosítási

szolgáltatás a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

2. § A biztosítási szerződést érintő alapfogalmak

(1) A biztosítási szerződés: részét képezi a jelen biztosítási feltétel, a biztosító hiánytalanul kitöltött ajánlati nyomtatványa, az ajánlathoz csatolt nyilatkozatok, a szerződésről kiállított biztosítási kötvény.

(2) A biztosítási összeg: a kötvényben feltüntetett, az adott biztosítási esemény bekövetkeztekor a szerződés feltételei szerint maximálisan kifizethető összeg.

(3) A biztosítás kezdete: a biztosító kockázatviselése a biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön. Ha a szerződő a díjat a biztosító ügyletkötőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni; a szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

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

(5) A biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló között eltelt időszak.

(6) Biztosítási esemény: a szerződésben meghatározott esemény, amelynek a biztosítás hatálya alatt történő bekövetkeztekor a biztosító a szerződésben szabályozott módon biztosítási szolgáltatást teljesít.

(7) Várakozási idő: A biztosító a kockázatviselés kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki. A biztosító a biztosítási esemény kockázatát csak a várakozási idő eltelte után vállalja. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik.

(8) Biztosítási időszak: a rendszeres díjas biztosítások esetén a díjfizetés esedékességétől a következő díjfizetés esedékességéig terjedő egyéves, féléves, negyedéves vagy egy havi időszak.

a) A biztosítási időszak kezdete (fordulónap) mindig a tárgyhónapnak a biztosítás hatálybalépésének napjával megegyező napja.

b) Amennyiben a biztosítási időszak fordulónapja munkaszüneti napra esik, akkor a fordulónap az ezt követő első munkanap.

c) A szerződőnek lehetősége van az évfordulóig díjjal rendezett szerződés díjfizetési gyakoriságát a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, vagy a 22. § (2) bekezdésében található telefonos elérhetőségen történő bejelentéssel megváltoztatni. Az új díjfizetési gyakoriság a díjjal rendezett évfordulótól lép hatályba.

(9) Fogyasztó: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

(10) Vállalkozás: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körében eljáró személy.

Hogyan jön létre a biztosítás?



3. § A biztosítási szerződés létrejötte

(1) A biztosítási szerződés a szerződő (biztosított) és a biztosító kölcsönös megállapodása alapján jön létre.

(2) Ha a szerződő nem a biztosított, a biztosítási szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosított visszavonó nyilatkozatával a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.

(3) Ha a szerződő fogyasztó, a biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon – belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ilyen esetben a szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történt átadásának időpontjára viszszamenő hatállyal jön létre.

(4) Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér jelen szerződési feltételektől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést jelen szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

(5) A szerződő az ajánlatát írásban, a biztosító ajánlati nyomtatványán terjeszti elő. A szerződő

az ajánlatát a szerződés létrejötte előtt bármikor írásban visszavonhatja. Ha a szerződő a szerződés létrejötte előtt írásban visszavonja a szerződés megkötésére tett ajánlatát, akkor a biztosító az összes befizetést – kamat nélkül – visszafizeti a szerződőnek.

(6) Az ajánlat elfogadása esetén a biztosító a szerződésről kötvényt állít ki. A megállapodás szerinti módozatot, biztosítási összeget és fizetendő díjat a biztosítási kötvény tartalmazza.

(7) A biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetének napján lép hatályba, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot nem utasítja vissza és az első esedékes díj befizetésre került.

(8) Az ajánlat esetleges elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

(9) A biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe a szerződő helyébe bármikor beléphet. A belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződőt megillető jogok és kötelezettségek összessége – ideértve a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettséget – a biztosítottra szállnak át. Belépés esetén a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződővel egyetemlegesen felelős.

Mikortól érvényes a biztosítás?



4. § A kockázatviselés kezdete – várakozási idő

A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájakor kezdődik, amikor a szerződő az első díjat megfizette, feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön. **A biztosító a kockázatviselés kezdetétől számítva 3 hónap várakozási időt köt ki, amely alatt a biztosítási esemény kockázatát nem vállalja. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti és ezzel a biztosítás megszűnik.**

Milyen hosszú a biztosítás tartama?



5. § A biztosítás tartama

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

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



6. § Biztosítási esemény és biztosítási szolgáltatás

(1) A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújt, és a kockázatviselés kezdetét követően, a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkező, jelen biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbi szolgáltatásokat teljesíti.

(2) A biztosítottnak a biztosítás lejárata előtt, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási idő eltelte után a jelen szerződés 7. §-ában,

a) Critical Care 1 (MET-801, MET-802, MET-803 és MET-804) esetén 1),

b) Critical Care 7 (MET-805, MET-806, MET-807 és MET-808) esetén 1)-7),

c) Critical Care 32 (MET-809, MET-810, MET-811 és MET-812) esetén 1)-32)

sorszám alatt meghatározott és leírt betegségek, állapotok egyikének első alkalommal történő elszenvedése, vagy a meghatározott műtéti beavatkozások egyikének első alkalommal történő végrehajtása esetén, a biztosító a biztosított részére (lásd 6. § (5) bekezdés) kifizeti a 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 feltételek alapján a biztosítási összeg csak egyszeresen kerülhet kifizetésre. Több betegség egyidejű, vagy egymást követő fellépése esetén a biztosító nem teljesít többszöri kifizetést.

(4) A biztosítási események bármelyikének a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási idő eltelte előtt történő bekövetkezése esetén a biztosító a biztosításra befizetett díjakat a szerződőnek visszafizeti, és ezzel a biztosítás megszűnik.

(5) A biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje a biztosított, ha a szerződő által írásban tett, a biztosítóhoz eljuttatott nyilatkozaton más kedvezményezettet a biztosítási esemény bekövetkeztéig nem neveztek meg. Amennyiben a biztosított részére kifizetendő szolgáltatás a biztosított halála miatt nem kézbesíthető, a szolgáltatási összeget a biztosító a halálesi kedvezményezett részére teljesíti.

7. § 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 kórboncnok állítja fel. **A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:**

- Természetes helyzetében kialakuló, a környezetét nem elárasztó, határokat át nem törő, helyben lévő (in situ) rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag premalignus (a környezetbe nem törő olyan daganatok, amelyek korai rosszindulatúvá válás jeleit mutatják) vagy noninvazív, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az in situ mell-daganatokat és a szövettani besorolás alapján CIN-1, CIN-2, CIN-3 osztályba sorolt méhnyaki diszpláziákat (olyan szövettani elváltozás vagy jelenség, amely már bizonyos átalakulást jelent a daganat irányában);
- Hiperkeratózisos (a bőr szarurétegének túlbujánzása), bazalióma (a bőr legfelső rétegét alkotó hám alsó területéről kiinduló rosszindulatú daganat), és pikkelyes bőrrák, áttét nélküli melanómák, ha a tumor vastagsága (Breslow-féle osztályozás szerint) 1,5 mm alatt van, vagy a Clark szerinti osztályozás szerinti 3-as 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 kapilláris mikrokarinómája, a hólyag papilláris mikrokarcinómája, RAI 3 stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus limfoid leukémia (a nyirokrendszer burjánzásával a limfociták termelésével járó daganatos betegség);
- AIDS megbetegedés illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

2) Szívizominfarktus

A szívizominfarktus a szívizom egy részének az elhalása a szívizomzat elégtelen vérrellátása 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 (elektrokardiogram) elváltozások;
- a Troponin T vagy I koncentráció típusos emelkedése;
- szívizoenzim koncentrációjának jelentős emelkedése (CK-MB);
- az eseményt követő 3 hónap után készült szívultrahangból számítható, a bal kamra funkcióra utaló ejekciós frakció 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 pókhálókórtálya 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 Transiens Ischemic Attack (átmeneti, 24 óránál rövidebb ideig tartó, maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarok);**
- **Baleset sérülés, fertőzés, érgyulladás vagy gyulladásos betegség következtében kialakult agykárosodás;**
- **A szemet vagy látóideget érintő érbetegség;**
- **Az egyensúlyrendszert érintő iszkémiás (vérellátás csökkenést okozó) 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:

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

A diagnózist hematológus által készített szakvéleménnyel kell alátámasztani.

7) Vakság

Mindkét szem látóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. **A súlyos látásgyengülés, csökkent fényérzékelés, látótér csökkenés vagy részleges vakság jelen feltételek szempontjából nem tekinthető biztosítási eseménynek.** Az állapot bekövetkezésének időpontja a teljes vakság diagnosztizálásának időpontja, amelyet szemész szakorvos véleménye igazol.

8) 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.

9) 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.

10) Egyéb súlyos szív-koszorúér betegség

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

A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Csökkent fizikai aktivitás;

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

11) Elsődleges kisvérköri hipertónia

Az elsődleges pulmonáris hypertónia (tüdő vérnyomásának emelkedése) 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) (jobb kamra megvastagodásának jelei);
- Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;
- Szívultrahang jobb kamra tágulatot mutat (d > 30mm).

12) Végállapotú tüdőbetegség

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

- FEV1 teszt eredménye következetesen kevesebb, mint 1 liter. A FEV1 az egy mp alatt erőltetett légzéssel 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.

13) Végállapotú májbetegség

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

- Állandó sárgaság;
- Hasvízkór (hasi folyadékgyülem);
- Hepatoencephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgezőanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszméletváltozások, 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.

14) 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.

15) Heveny, középsúlyostól súlyosig terjedő B, C hepatitis vírus okozta májgyulladás

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

- A máj méretének gyors csökkenése;
- Az állományelhalás/szövetelhalás a teljes májlebenyt elpusztítja, csak az összeesett kötőszöveti szerkezetet megtartva a szerkezetkárosodott vázon;
- A májfunkciós tesztek gyors romlása;
- Mélyülő sárgaság;
- Hepatoencephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott mérgezőanyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszméletváltozások, viselkedési és reflex zavarok alakulhatnak ki).

16) 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.**

17) Kóma (eszméletvesztés)

Kómának minősülő állapot, amikor az eszméletvesztés legalább 96 óráig folyamatosan fennáll. A diagnózist alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

- Legalább 96 óráig nincs válasz a külső ingerekre;
- Az életben lét fontos funkcióinak 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.

18) 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.

19) 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.

20) Bakteriális agyhártyagyulladás

Bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladásos folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább 6 hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerinccsapolással nyert gerincvelő-folyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.

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

21) A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás)

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

- Azonosított Poliovírus (a gyermekbénulást okozó vírus) a megbetegedés okozója,
- A végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább három hónapja folyamatosan fennálló bénulása.

22) 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.

23) Parkinson kór

Az idiopathiás (ismeretlen eredetű) 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 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:

- 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;
- Öltözködés képessége: valamennyi ruházat le- és felvételének, biztonságos ki- és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le- és felvételének képessége;
- Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékből, tolésszék-ből történő felállás és az azokra történő leülés képessége;
- Mozgásképesség: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
- Mellékhelyiség használata: széklet vagy vizeletürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;
- Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

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

24) 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.**

25) Szklerózis multiplex

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

- Összetett neurológiai károsodások, amelyek legalább folyamatosan 6 hónapja fennállnak;
- 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 (Szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel), HIV) a biztosítás nem terjed ki.

26) Végtagbénulás

Legalább 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.

27) 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.

28) Siketség

Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges és visszafordíthatatlan elvesztése betegség vagy baleset következtében. A diagnózist audiometriás és hallás-

küszöb 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.

29) 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.

30) Jóindulatú agydaganat

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

- Az életfontos funkciókat veszélyezteteti;
- Agykárosodást okoz;
- Túlnőtt a műtéti eltávolíthatóság határain (inoperábilis);
- Maradandó neurológiai károsodást okoz.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

- **Ciszták;**
- **Granulomák (sarjdagana);**
- **Érrendellenesség;**
- **Vérömleny;**
- **Agyalapi mirigy és gerincvelő daganatai.**

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 (a vérszérum (vérsavó) és más testnedvek tudományos vizsgálata) 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 eosinophylica;**
- **CREST szindróma.**

32) Szisztémás lupus erythematosus nephritis-szel (SLE)

Több szervet érintő autoimmun megbetegedés, amit a saját veseszövet elleni auto-antitestek (saját szervezet el-

len forduló sejtek) termelése jellemez. A jelen feltételek értelmében az SLE diagnózisát azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE a veséket 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.

Mit kell tenni, ha káresemény történik?



8. § A biztosító teljesítése

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

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

- a biztosító erre a célra szolgáló, kitöltött és aláírt szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványát,
- eredeti, érvényben lévő biztosítási kötvényt, vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozatot két tanú aláírásával,
- 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.

(3) A biztosító által meghatározott, a szolgáltatás igénybevételenek 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 bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat. Amennyiben a biztosított megtagadja a szükséges orvosi vizsgálatok elvégztetését vagy a benyújtott vizsgálati eredmények elégtelenek a kárigény megítéléséhez a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.

séhez a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények utóbb kideríthetetlenekké válnak.

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

(6) A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 30 napon belül teljesíti. A szolgáltatási összeg kifizetésével kapcsolatban felmerülő költségek az igény jogosultat terhelik. A fel nem vett szolgáltatási összeget az elévülési időn belül a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

(7) A biztosító a már esedékessé vált, de még meg nem fizetett díjakat bármely szolgáltatás összegéből levonja.

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



9. § Kizárások

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

- a biztosított által szándékosan okozott sérülés vagy megbetegedés (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára);
- a biztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;
- a biztosított alkoholizmusa vagy alkoholos befolyásoltsága;
- a biztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő részvétele;
- a biztosított AIDS betegsége vagy HIV-vírussal való fertőzöttsége;
- maghasadás, illetve radioaktív vagy egyéb ionizáló sugárzás, kivéve, ha az ilyen sugárzást jogszabályban feljogosított egészségügyi intézmény vagy orvos utasítására gyógyászati céllal alkalmazzák;
- mérgező vagy maró anyagok bevétele, illetve gázok, gőzök vagy füst belélegzése, amennyiben a belélegzett anyagok koncentrációja a jogszabályban meghatározott egészségügyi határértéket meghaladja;
- a szerződés hatálybalépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség.

(2) Amennyiben a biztosított a szerződéskötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegségekre, illetve azok kezelésére nem terjed ki.

10. § A biztosítási díj

(1) A biztosítási díj az az összeg, amelynek fizetésére a szerződő kötelezettséget vállal a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatások érdekében. A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, egészségi állapotának, foglalkozásának, a választott díjfizetési tartamnak és a biztosítási összeg nagyságának, továbbá a szerződőtől beérkezett információkból következő egyéb kockázati tényezőknek a figyelembevételével történik. A biztosított belépési kora a biztosítás kezdetekor, illetve a biztosítás megújításakor betöltött életkor alapján kerül megállapításra.

(2) A választható díjfizetési tartamok a következők:

a) Megújítható 1 éves díjfizetési tartam. A megújítható 1 éves tartamú biztosítás esetén a szerződő választásától függően a biztosítás tartama és egyben a díjfizetési tartama minden egyes biztosítási évfordulón egy újabb évvel meghosszabbodik, ha a szerződő a biztosítási évfordulón betöltött életkornak megfelelő biztosítási díjat megfizeti.

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

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

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

(3) A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a díjat a feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása esetén a biztosítási évfordulón felülvizsgálja, és az új díjkalkuláció alapján új díjtételeket állapítson meg, amelyek minden hatályban lévő biztosításra

egységesen érvényesek. A díjmódosítás mértékéről a biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt oly módon, hogy a szerződő legalább 30 nappal a következő biztosítási évforduló előtt kézhez kapja az értesítést. Amennyiben a szerződő a módosított díjat elutasítja, úgy az erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási évfordulót megelőzően kell eljuttatnia a biztosítóhoz, amelynek következtében a jelen biztosítás az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájával megszűnik. A nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen biztosítás módosított díja a biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan életbe lép.

Mikor kell a díjat megfizetni?



11. § Díjfizetés esedékessége, fizetési késedelem

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

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

(3) Amennyiben a szerződő a díjat az esedékességkor maradéktalanul nem egyenlíti ki, a biztosító a díjelmaradás 30. napján a szerződőt – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felszólítja (türelmi idő). A biztosító a kockázatot a türelmi idő lejártáig viseli. Ezen türelmi időn belül a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja.

A türelmi idő eredménytelen elteltével a 61. napon a szerződés megszűnik.

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

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

12. § A biztosítás újra érvénybehelyezése

A biztosítási esemény nélkül megszűnt biztosítás a megszűnés napjától számított 120 napon belül újra érvénybe helyezhető, ha a szerződő a korábban esedékessé vált díjat, valamint a szerződés szerint soron következő esedékes díjat befizeti. Újra érvénybehelyezés esetén a biztosító kockázatviselése az elmaradt díjak befizetését követő nap 0 órájától folytatódik, feltéve, hogy a biztosító a szerződés újra érvénybehelyezését nem utasítja el. Az újra érvénybehelyezés vonatkozásában a biztosító jogosult kockázatbírálásra, egészségi nyilatkozatot kérhet, szükség szerint a biztosított orvosi vizsgálatát is előírhatja, de az összes előírt dokumentum birtokában sem kötelezett a szerződés újra érvénybehelyezésére.

13. § A biztosítás pénzneme

A biztosítási szerződés díjainak és szolgáltatásainak pénzneme forint.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



14. § A biztosítási szerződés megszűnése

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

- annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti;
- a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával;
- a biztosítási összeg kifizetésével;
- a díjfizetés elmaradása miatt, a türelmi idő végével;
- a három hónapos várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a díj visszafizetésével;
- a szerződő írásbeli felmondásával.

(2) A szerződést írásban a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A biztosítási időszak egy év. A felmon-

dási idő 30 nap. A felmondással a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végén teljesen megszűnik.

(3) A biztosítás megszűnése esetén a biztosító a befizetett díj meg nem szolgált részét visszafizeti. A biztosítás megszűnése után tartozatlanul fizetett díjak a visszafizetésen kívül másra nem kötelezik a biztosítót.

15. § A kedvezményezett jelölése és megváltoztatása

(1) A jelen szerződés szolgáltatásainak kedvezményezettje maga a biztosított, kivéve, ha a szerződésben a biztosítási esemény bekövetkezéséig más névszerinti kedvezményezett került megjelölésre. A biztosított halála esetén a szolgáltatás a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre. Haláleseti kedvezményezett állítás hiányában a kedvezményezett a biztosított törvényes örököse.

(2) Több kedvezményezett jelölése esetén minden egyes kedvezményezett vonatkozásában meg kell jelölni a kedvezményezés mértékét. Ennek hiányában a kedvezményezés arányát egyenlőnek kell tekinteni.

(3) A szerződő az eredetileg jelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával a biztosítási esemény bekövetkeztéig bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Az új kedvezményezett állítás, a kérelemnek a biztosító kötvénykiállításra jogosult szervezeti egységéhez történő beérkezésének időpontjától hatályos, feltéve, hogy ez az időpont megelőzi a biztosítási esemény bekövetkezésének az időpontját. Ha nem a biztosított a szerződő, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges.

(4) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.

Milyen kötelezettségei vannak az ügyfélnek?



16. § Közlési és bejelentési kötelezettség, valamint ezek megsértésének következményei

(1) A biztosított és a szerződő a szerződéskötéskor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval a valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni, amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel, és amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosított orvosi vizsgálatának elvégzése a közlési kötelezettség alól a szerződőt és a biztosítottat nem mentesíti. A közlésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződőt és a biztosítottat; egyikük sem védekezhet olyan körülmény nem tudásá-

val, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő, illetőleg a biztosított eleget tesz közlési kötelezettségnek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

(2) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha:

- a) bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, illetve az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében;
- b) a biztosítás már legalább 2 éve megszakítás nélkül fennállott, arra 2 évi díj befizetésre került,
- c) a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

(3) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítás tartama alatt – a szerződő igénye alapján – a biztosítási összeg emelésére kerül sor, de csak a megemelt és a régi biztosítási összeg különbözetére vonatkozóan, és csak azon tények és körülmények tekintetében, amelyekre a biztosító az összegemelés kapcsán írásban kérdéseket tett fel.

(4) A közlési kötelezettségre vonatkozó szabályok érvényesek abban az esetben is, ha a biztosítás tartama alatt – a szerződő kérése alapján – a biztosítási szerződés újra érvénybehelyezésére kerül sor, de csak azon tények és körülmények tekintetében, amelyekre a biztosító az újra érvénybehelyezés kapcsán írásban kérdéseket tett fel.

(5) A szerződő fél, illetőleg a biztosított köteles a lényeges körülmények változását a biztosítónak írásban bejelenteni; lényeges körülménynek minősülnek a jelen § (6) és (7) bekezdésében meghatározott körülmények. A változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem védekezhet olyan változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítónak bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a bejelentésre köteles lett volna.

(6) Üzleti kapcsolat fennállása alatt az ügyfél köteles a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül a biztosítót értesíteni az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban, illetve a tényleges tulajdonos (2007. évi CXXXVI. törvény a pénzmosás és terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról 3. § r) pont) személyét érintően bekövetkezett változásról.

(7) A szerződő, illetőleg a biztosított köteles a biztosítónak 15 napon belül írásban bejelenteni, ha a biztosított foglalkozása, munkaköre vagy rendszeres szabadidős tevékenysége a szerződés tartama alatt az ajánlat adataihoz képest megváltozik.

(8) Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napon írásban felmondhatja; e jogokat a biztosító a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja.

(9) Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.

(10) Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

Mit tesz a biztosító az adataim biztonságá érdekében?



17. § A biztosítási és az üzleti titok

(1) A biztosító köteles a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) 153-161/A. §-ában meghatározott biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

(2) Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfele, vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásbeli felmentést ad,
- b) a Bit alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

(3) A Bit 157. §-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,
- c) a büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csőd-eljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bí-

rósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,

e) az adóhatósággal (a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli),

f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal,

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,

j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,

k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,

m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,

n) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,

o) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával szemben,

p) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben.

Ha az a)-j), és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét, vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), n), o) és p) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

(4) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a (3) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

(5) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat részére és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet:

a) a 2013. június 30-ig hatályban volt a Büntető törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

b) a Büntető törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

(6) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

(7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

(8) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben:

a) ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy

b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

(9) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,

b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számá-

ra a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,

c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,

d) a Bit-ben az összevont alapú felügyeletre és a külön törvényben szabályozott kiegészítő felügyeletre vonatkozó rendelkezések teljesítésének érdekében történő adatátadás,

e) a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség.

(10) A biztosító az esetleges kiszervezett tevékenységet végző személyek, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok számára az ügyfelek személyes és különleges adatait továbbíthatja abból a kizárólagos célból, hogy azok szolgáltatásait a szerződő számára közvetlenül ajánlhassák fel, illetőleg a kiszervezett tevékenységet maradéktalanul elláthassák. A biztosító az ügyfelek személyes adatait, valamint a biztosítási szerződés pénzügyi és aktuáriusi adatait pedig a szerződés fenntartása és kezelése, illetve a szerződésben foglaltak teljesítése céljából és érdekében a külföldre történő adattovábbítás szabályainak figyelembevételével, adatfeldolgozási céllal a külföldi székhelyű anyavállalata (MetLife EU Holding Company Ltd., Írország, ALICO USA, MetLife Inc. USA), az anyavállalat regionális központjai (Alico Services Central Europe, s.r.o. - Szlovákia, Amplico Services Sp. z.o.o. - Lengyelország), az anyavállalat adatfeldolgozója (Verizon UK Limited, Egyesült Királyság; Microsoft Corporation, Egyesült Királyság), illetve viszontbiztosítója részére, az anyavállalat és a regionális központok, illetve a viszontbiztosító székhelye szerinti országokba továbbítja. Azon személyek nevét, akik részére az ügyfelek személyes és különleges adatai adatfeldolgozás céljából átadásra kerülnek, beleértve a kiszervezett tevékenységet végzők, viszontbiztosítók, valamint az orvosszakértői véleményt készítő szakorvosok személyét, a biztosító hirdetményben teszi közzé.

(11) A biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

(12) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. Ettől eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfe-

let nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

(13) A biztosítási titok tekintetében időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító, a független biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

(14) Az ügyfél egészségügyi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a (12) bekezdésben meghatározott célokból az 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

(15) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól;

b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

(16) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, a (14) bekezdésben szereplő adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

(17) A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a (3) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve az (5) bekezdés alapján végzett adattovábbításokról.

(18) A biztosító (megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a biztosítási szolgáltatás teljesítése során, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (megkeresett biztosító) a megkeresett biztosító által kezelt meghatározott adatok vonatkozásában. A megkeresés tényéről és a továbbításra került adatokról a biztosító a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti a szerződőt.

18. § A személyes adatok kezelése

(1) A biztosító, illetőleg a biztosításközvetítő a szerződő és a biztosított személyes és különleges adatait annak hozzájárulásával jogosultak kezelni. A biztosító azon személyes és különleges adatokat kezeli, amelyeket a szerződő, illetőleg a biztosított az ajánlati űrlapon, illetőleg az ajánlat megtétele, vagy a szerződés hatálya, illetőleg a szerződésből eredő igények érvényesítése so-

rán egyéb formában a biztosítási szerződés létrehozása, fenntartása és a biztosítási szolgáltatás érdekében a biztosítóval közölt.

(2) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

(3) A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

(4) A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel, vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

(5) A biztosító által kezelhető adatok köre:

- a) biztosított (szerződő, kedvezményezett és károsult) személyes adatai, a biztosított különleges adatai,
- b) biztosítási összeg,
- c) a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje,
- d) a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény, körülmény.

(6) Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

(7) Az adatkezelés célja kizárólag a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása és a követelések megítéléséhez szükséges adatok nyilvántartása, illetőleg törvényi kötelezettségek teljesítése lehet.

(8) A biztosítási ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosított megadja a személyes és különleges adatai kezelésére vonatkozó írásbeli hozzájárulást az ajánlati nyilatkozattal és a biztosítási feltételekkel összhangban történő kezeléséhez.

(9) A szerződő, a biztosított és bármely más érintett személy jogosult a biztosítótól kérelmezni:

- a) tájékoztatást személyes és különleges adatai kezeléséről,
- b) személyes vagy különleges adatainak helyesbítését vagy módosítását, illetve
- c) személyes vagy különleges adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását; emellett
- d) az Infotv. 21. §-ban meghatározott esetekben tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen.

A felsoroltakat a szerződő, a biztosított, illetve az érintett személy írásban kérheti a MetLife Biztosító Zrt. ügyfélszolgálatánál (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.), ha személyazonosságát megfelelő dokumentumokkal igazolta.

(10) A biztosító a vele szerződő bel- és külföldi adatkezelő, illetőleg viszontbiztosító intézményeket szerződésben nyilatkoztatja az adatok kezelésére és továbbítására szolgáló eljárások és berendezések biztonsági előírásoknak való megfeleléséről, illetőleg az adatszolgáltatás és tárolás biztonságának szintjéről, valamint az ezért viselt felelősségükről. A személyes és különleges adatokat a biztosító kizárólag azon adatkezelő részére jogosult továbbítani, amelynél az adatvédelem az irányadó jogszabályok által támasztott követelményei valamennyi adatra nézve teljesülnek.

(11) A biztosító a telefonon vagy interneten történő, az ügyfelet, illetőleg szerződését érintő tevékenysége során gondoskodik a személyes és különleges adatok kezelésére, valamint a biztosítási titok védelmére vonatkozó szabályok maradéktalan érvényesítéséről.

(12) Abban az esetben, ha a személyes vagy különleges adatokhoz fűződő jogokat megsértik, a szerződő, a biztosított, illetve az érintett személy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C; telefon: +36-1-391-1400; fax: +36-1-391-1410; e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu) vizsgálatát kezdeményezheti, vagy bírósági eljárást indíthat. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes jogokat és jogorvoslati lehetőségeket részletesen az Infotv. 13-17. és 30. alfejezetei tartalmazzák.

19. § Az életkor helytelen bevallása

Az életkor helytelen bevallása esetén a biztosító az esedékes szolgáltatás összegét megfelelően módosítja a díjtáblázat alapján, a befizetett díjak és a biztosított valóságos belépési kora szerint, feltéve, hogy a biztosítás a valóságos belépési életkorral létrejöhett; ebben az esetben a szerződést érintő lényeges körülményekről a szerződéskötés után való tudomásszerzésre vonatkozó szabályok irányadók (16. § (8) bekezdés). Amennyiben a tényleges belépési kor szerint a biztosítás nem jöhetett volna létre, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni (16. § (2) bekezdés).

20. § Jognyilatkozatok

(1) A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a biztosítási szerződésben érdekelt személyeknek, az általuk megadott és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.

(2) Amennyiben a szerződő egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, a biztosító számára magyarszá-

gi kézbesítési meghatalmazottat nevezhet meg. Ennek hiányában a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

(3) A biztosító a szerződéskötéskor vagy azt követően hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosító központjába bizonyítható módon megérkezett.

(4) A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és biztosítási titokként kezelni.

21. § Elévülés

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

Panasz esetén hova lehet fordulni?



22. § Illetékes bíróság, illetékes panaszforum

(1) Jelen biztosítási feltételekre és a biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jogszabályok irányadók.

(2) A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi, járásbíróság hatáskörébe tartozó perre kizárólagosan a Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság illetékes. Az illetékes felügyeleti szerv a Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.).

További illetékes panaszforum a biztosító magyarországi fióktelepe (1138 Budapest, Népfürdő u. 22.). Az ügyfélszolgálat elérhetőségei az alábbiak:

Cím: H-1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

E-mail: info@metlife.hu

Fax: 06 1 391 1660

Telefon: 06 40 444 445

(3) A panaszt az ügyfélszolgálat részére szóban (telefonon vagy személyesen), illetve írásban lehet megtenni. Személyesen panasz tehető a MetLife Biztosító Zrt. személyes ügyfélszolgálatán (1138 Budapest, Népfürdő u. 22. fsz.) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, más munkanapokon 9 és 17 óra között.

(4) Szóbeli panasz tehető a biztosító kék telefonszámán (06 40 444 445) hétfői munkanapon 8 és 20 óra között, más munkanapokon 8 és 17 óra között. A fenti telefonszámon bejelentett panaszokat a biztosító rögzíti.

(5) Írásbeli panasz tehető az alábbi módokon:

a) postai úton a MetLife Biztosító Zrt. részére, az 1138 Budapest, Népfürdő u. 22. címen,

b) e-mailben a (2) bekezdésben foglalt címre küldve, vagy

c) faxon a (2) bekezdésben foglalt fax számon.

A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.

(6) Amennyiben a biztosító a panaszkérelmet elutasítja, a panaszos a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a biztosítás létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén az illetékes bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testületnél (amelynek levelezési címe: H-1525 Budapest, BKKP Postafiók: 172.) eljárást kezdeményezhet.

MELLÉKLET

Egyes, a feltételekben meghatározott változók értékei

Minimális éves díj	24 000 Ft
Minimális féléves díjrészlet	12 000 Ft
Minimális negyedéves díjrészlet	6 000 Ft
Minimális havi díjrészlet	2 000 Ft

A biztosítási összeg minimális értéke 1 000 000 Ft.

A biztosítási összeg maximális értéke 50 000 000 Ft

A díj lehívásának időpontja a folyószámláról:	A folyószámla terhelésének lehetséges kezdődátumai a biztosító által bankoknak átadott állomány alapján a következők: 2015.08.13. 2015.09.11. 2015.10.13. 2015.11.12. 2015.12.11. 2016.01.14. 2016.02.11. 2016.03.11. 2016.04.13. 2016.05.12. A biztosító kizárja a felelősséget a saját tevékenységi körén kívül bekövetkező esetleges eltérésekért.
---	---

Jelen mellékletben meghatározott költségek és díjak – szerződési feltételek szerinti – változtatását a biztosító hirdetményben teszi közzé.

Budapest, 2015. július 31.

Tájékoztató a Critical Care betegségbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosításokról



Kérdés

Válasz

Mit jelent a kiegészítő biztosítás?

A főbiztosítás a kritikus betegségek bekövetkezése esetén szolgáltat. A kiegészítő biztosításokkal a biztosítási védelem kiegészíthető. A kiegészítő biztosítások kevésbé súlyos következménnyel járó balesetekre, illetve betegségekre szolgáltatnak.

Kinek szól az ajánlatunk?

A biztosítást megkötheti minden felnőtt 18 és 59 éves kor közötti személy, aki kritikus betegségekre történő felkészülés mellett kórházi ellátás előfordulása esetére is biztosítási védelmet keres.

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?

A biztosítási védelem a Critical Care betegségbiztosítás **biztosítottjára** vonatkozik.

Mikortól érvényes a biztosítás és milyen hosszú a biztosítás tartama?

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. A kiegészítő biztosítások tartama 1 év, mely minden évfordulón automatikusan meghosszabbodik, amíg a biztosított el nem éri a 60. életévét. A biztosított 60. élet-évének elérése utáni biztosítási évfordulón a kiegészítő biztosítások megszűnnek. (Részletek a 27. oldalon)

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?

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 $(5\,000\text{ Ft} \cdot 7\text{ nap} + 2\,500\text{ Ft} \cdot 2\text{ nap} + 2\,500\text{ Ft} \cdot 7\text{ nap})$ összesen 57 500 Ft.

Műtéti térítés esetén akkor nyújt szolgáltatást a biztosító, ha a beteget, 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 250 000 Ft-ot szolgáltat a biztosító 1 000 000 Ft-os biztosítási összeg vásárlása esetén, mivel a mandulaműtét a műtéti beavatkozások százalékos térítésének táblázata alapján 25%-os műtétnek minősül. Vagyis a biztosító összes szolgáltatása a mandulaműtét után: 355 000 Ft.

(Részletek a 28. oldalon)

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

A biztosítók a veszélyközösség érdekében az átlagostól nagymértékben eltérő kockázatok és a szándékos események elkerülése, csökkentése, valamint a megfelelő díj megállapítása érdekében feltételeket szabnak a szerződések megkötésével kapcsolatban. A feltételek egyik csoportjába tartoznak a kizárt kockázatok, amelyekre a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a tartam során. A mentesülés eseteit és a részletes kizárásokat a termékfeltételek tartalmazzák. (Részletek a 28. oldalon)

Kérdés

Válasz

Mikor kell a díjat megfizetni?

A kiegészítő biztosítás díját a főbiztosítás díjával együtt kell fizetni.
(Részletek a 30. oldalon)

Mikor szűnik meg a biztosítás?

A kiegészítő biztosítások a következő esetekben szűnnek meg:

- ha a szerződő évfordulóra írásban felmondja
- a főbiztosítás lejáratakor, de legkésőbb a biztosított 60. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón
- a főbiztosítás megszűnése esetén
- a biztosított halálával
- késedelmes díjfizetés esetén a díjfizetés esedékességétől számított 61. napon
- amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőkép-telennek nyilvánítják
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres erejénél
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország, nemzetközi szervezet vagy szemben álló fél bármely fegyveres ereje mellett.

(Részletek a 30. 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 1. sz. mellékletében.
(Részletek a 34. oldalon)

Budapest, 2015. július 31.

A METLIFE BIZTOSÍTÓ ZRT. CRITICAL CARE BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSHOZ KÖTHETŐ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI

BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, NAPI TÉRÍTÉSRE (MET-NA1) ÉS MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ BIZTOSÍTÁSOK (MET-SA1) FELTÉTELEI

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

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

2. § 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 hatályba lépését követően, első alkalommal szenved el.

c) Bennfekvő beteg: a jelen biztosítás szempontjából benn fekvő beteg az a személy, aki a 180 napnál nem korábban elszenvedett balesete miatt benn fekvőként, legalább 24 órán folyamatosan kórházi ellátásban részesült.

d) Kórház: azt a létesítményt jelenti, amely mindenben megfelel az alábbi követelményeknek:

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

e) Intenzív ellátás: a jelen biztosítás szempontjából intenzív ellátásnak minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás

folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és intenzív elnevezés alatt működő különálló egységében nyújtott ellátás.

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

Mikortól érvényes a biztosítás és milyen hosszú a biztosítás tartama?



3. § A biztosítás tartama, kockázatviselés kezdete, korhatárok

(1) A kiegészítő biztosítás köthető:

- a) a főbiztosítással együtt, amennyiben a biztosító a szerződő főbiztosításra és kiegészítő biztosításra tett ajánlatát egyaránt elfogadja;
- b) 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 biztosítás kockázatviselésének kezdete

- a) amennyiben a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot a főbiztosítással együtt nyújtották be, akkor a kockázatviselés kezdete megegyezik a főbiztosítás kockázatviselésének kezdetével;
- b) 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.

(4) A biztosító egyes kiegészítő biztosítások esetén a biztosítási esemény kockázatát csak várakozási idő eltelte után vállalja. A várakozási idő

- kórházi ellátás és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások esetében a kockázatviselés kezdetétől számított 60 nap;

- a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó műtét, illetve kórházi gyógykezelése esetében a kockázatviselés kezdetétől számított 180 nap.

A várakozási idő nem vonatkozik az ezen időszak alatt bekövetkező baleseti eseményből eredő szolgáltatásokra való jogosultságokra.

(5) 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 az éves tartam során a főbiztosítás is hatályban maradjon és a biztosított még ne töltsé be a 60. életévét.

(6) A kiegészítő biztosítás 18 és 59 éves kor között lévő személyekre köthető, de a biztosított életkora a lejáratkor nem haladhatja meg a 60 évet.

(7) A főbiztosítás megszűnésével a kiegészítő biztosítás is megszűnik.

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító?



4.§ Biztosítási esemény és szolgáltatás

(1) Kórházi ellátásra szóló napi térítés

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

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

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

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

e) 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 12 hónap eltelik.

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

(2) Műtéti térítés

a) 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.

b) 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.

c) 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?



5.§ Kizárások

(1) A biztosítás nem terjed ki azon eseményekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

a) **veleszületett egészségi rendellenességek és az ebből fakadó következmények;**

b) **a biztosított mérgezése vagy mérgező gázok belélegzése;**

c) **a biztosítottnak bármely kábítószer, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve, ha ezeket egészségügyi intézmény vagy személy előírására alkalmazzák;**

d) **a biztosított alkoholos befolyásoltságú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél;**

e) **ha a biztosított utasként vagy vezetőként olyan járműben utazik, amelynek vezetője nem rendelkezik szabályos jármű vezetői engedéllyel vagy tudatmódosító szerek hatása alatt vezet,**

vagy alkoholos befolyásoltság alatt vezet, amennyiben véralkohol szintje megegyezik, vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél;

f) a biztosított öngyilkossága, öncsonkítása, valamint ezek kísérlete, illetve a biztosított által önmagának okozott egyéb testi sérülés (tekintet nélkül a biztosított elkövetéskori tudatállapotára), valamint a biztosított kérésére vagy beleegyezésével más személy által a biztosítottnak okozott testi sérülés;

g) bármely idegi vagy elméleti rendellenesség, pszichiátriai betegség és gyógykezelése, elnevezéstől vagy osztályozástól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar);

h) bármely sérvet, lumbágót vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés;

i) bármely veszteség, amelynek oka a biztosított által megkísérelt vagy elkövetett jogellenes cselekedet, illetve abban való szándékos részesség, vagy olyan cselekmény, amely a biztosított őrizetbe vételéhez vezet, illetve a letartóztatással való aktív vagy passzív szembeszegülés;

j) háború (a hadüzenet tényétől függetlenül), zavargás, zendülés, sztrájk, lázadás, polgári felkelés vagy bármely ezzel kapcsolatos esemény, illetve bármely rendőrségi feladat ellátása során, vagy erőszakos cselekmények elkövetése során; vagy a hadsereg, a haditengerészet, a légierő kiegészítő-, illetve a polgári védelem nem harcoló egységeiben történő szolgálat során szerzett vagy elszenvedett sérülések (függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről van szó);

k) a szerződés hatálybalépése előtt bekövetkezett bármely testi sérülés, betegség vagy egészségi rendellenesség.

(2) Továbbá nem terjed ki a biztosítás azon sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:

a) a biztosított hivatásos sportolói minőségben végzett sporttevékenysége;

b) a biztosított amatőrként végzett alábbi sporttevékenységei: bármely autó- és motorsport, bármilyen lovas sport, légi sportok, hegymászás, sziklamászás, lövészet, búvárkodás, katonai sportok, harcművészetek, hegyi kerékpározás (Mountain bike), canyoning, barlangászat, bungee jumping;

c) a biztosított részvétele bármely olyan, magán vagy hivatalos szervezésű versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár;

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

e) amennyiben a biztosított fizető utasként utazik olyan légi járművön, amely nem tartozik egyetlen légitársasághoz sem, és nincs megfelelő bejegyzése, illetve engedélye fizető utasok szállítására rendszeres és közzétett menetrend szerinti útvonalon;

f) a biztosított aktív katonai vagy polgári szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél vagy félkatonai szervezeténél; vagy a biztosított katonaként vagy polgári alkalmazottként történő közvetlen részvétele hadműveletekben, hadgyakorlatokon, hadieszközök tesztelésében vagy hasonló műveletekben;

g) bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek;

h) mialatt a biztosított pilótaként vagy utasként gyakorlásra vagy egyéb célból sárkányrepülő, vitorlázó- vagy egyéb könnyűszerkezetű repülőgépet, illetve ejtőernyőt használ, vagy nem utas minőségben bármilyen légi járművel utazik;

i) mialatt a biztosított nem utas minőségben tengerjáró, óceánjáró vagy folyami hajó vagy repülőgép fedélzetén utazik;

j) bármely, radioaktív energia vagy maghasadás által működtetett vagy működtetésre alkalmas fegyver vagy eszköz használata, illetve az azokkal összefüggésben bekövetkezett radioaktív szennyeződés, illetve sugárfertőzöttség, minden körülmények között, békében és háborúban egyaránt, kivéve ezek orvosi alkalmazását.

(3) A jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a biztosított kórházi és/ vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy betegség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

a) terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés vagy abortusz,

b) a szerződés hatályba lépését követő első 60 napon belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtéti beavatkozás,

c) a szerződés hatályba lépését követő első 180 nap alatt végrehajtott, a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó műtét, illetve kórházi gyógykezelése,

d) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,

e) orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincsen egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat so-

rán megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
f) alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
g) a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés.

Mikor kell a díjat megfizetni?



6. § A biztosítás díja

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

Mikor szűnik meg a biztosítás?



7. § A biztosítás megszűnése

(1) Ezen kiegészítő biztosítást a szerződő (biztosított) évfordulóra – 30 nappal az évforduló előtt – írásban felmondhatja. A felmondó nyilatkozathoz csatolni kell a biztosítási kötvényt. A kiegészítő biztosítás nélküli szerződésről a biztosító módosított kötvényt állít ki.

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

- a főbiztosítás lejáratakor, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a biztosított a 60. életévét betölti;
- a biztosított halálával;
- ha a jelen kiegészítő biztosítás díját az esedékességkor, illetve az esedékességtől számított 60 napon belül nem fizetik meg, a 61. napon;
- amikor a főbiztosítás bármely okból megszűnik;

- amikor a biztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- amikor a biztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

8. § A biztosító teljesítése

Eljárási rend a kórházi ellátásra szóló napi térítés és a műtégi 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 az 1. 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 orvosiilag indokolt.

MŰTÉTI BEAVATKOZÁSOK SZÁZALÉKOS TÉRÍTÉSÉNEK TÁBLÁZATA a balesetből vagy balesetből és betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtégi térítésre szóló biztosításokhoz	
MŰTÉTI BEAVATKOZÁS LEÍRÁSA	A maximális szolgáltatási összeg %-a
FEJ, NYAK	
Pajzsmirigy eltávolítása	75%
Száj daganatának műtégi ellátása	25%
Fülfőmirigy daganat	50%
Thyreoglossus ciszta vagy tályog kímélet- szése	50%
MELLKAS, MELL	
Mellkas megnyitása, mellkas plasztika	100%
Tüdő vagy tüdőlebehy 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 becsővezése	25%
Sérvek műteti ellátása: bubonokéle, omphalokéle, merokéle, hidrokéle, cirsokéle, heresérv, hasfali sérv, műtét utáni sérv	25%
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombél-fekély	50%
Fekély perforációjának elvarrása	50%
Béleltávolítás	50%
Hasüregi daganat eltávolítása	75%
Végbél eltávolítás hasi behatolással	100%
Végbél előreesés műteti 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 beszájztatása	75%
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebész beavatkozás egyetlen műtétnek számít.	
NYIROKCSOMÓK	
Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból	50%
HÚGY ÉS IVARSZERVEK	
Vese eltávolítása	75%
Daganat, kő, húgycső, húgyhólyag eltávolítása:	
- sebési úton	75%
- endoszkóppal	25%
Prostata eltávolítása	75%
Prostata eltávolítása a húgycsőön 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 prostata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással	100%
Körülmetélés	10%
Ondózsínór lekötése	25%
Hólyag diverticulum eltávolítása	50%
ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK	
Hosszú csöves csontok korrekciós műteti ellátása	50%
Egyéb csontok korrekciós műteti ellátása	25%
Törések egyszerű rögzítése	10%
Kulcscsont, bordák, ujjpercek, csukló, kézközépcsontok, lábtő és lábközépcsontok, csontnyúlványok, csigolyák törésének rögzítése	10%
Izületi metszés, beleértve az ízületi szalagtest 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 lábtőcsonttól 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 (visszérműtét)	
- egy lábon	25%
- mindkét lábon	50%
Varicosus vénák lekötése	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 fültőmirigy eltávolítás	75%
Koponyalékelés az üregek felől	50%
Hangszalag eltávolítása	75%
Plasztikai beavatkozás az ajkakon	25%
Nyelvfék kimetszése	10%
Fültőmirigy eltávolítása	75%
DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK	
Gégetükrözés	10%
Hörgő-, nyelőcső-, vastagbél-, szigmbél-, végbélükrözés, húgyhólyagükrözés	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	
Bőربيopszia	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 műtétilag	25%
Retinaleválás műtéti ellátása	50%
Könnycsatorna kimetszése	25%
Szívárványhártya eltávolítása vagy bemetszése	25%
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt	25%
Kancsalság műtéti 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%
Bőrlebens kimetszése átültetésre	25%
Többszörös ín és idegvarrat	50%
Arcideg dekompresziós műtétje	75%
Homlok vagy arccsont csontvése	100%
IDEGSEBÉSZET	
Koponyatörés műtéti ellátása	75%
Koponyaplasztika	100%
Diagnosztikus vagy tüneti koponyalékelés	100%
Agyi aneurizma eltávolítása	100%
Agyállományi műtét	100%
Agy vagy agyhártyák műtéti 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-, szigmbél-, vastagbél-, húgyhólyagtükrözés	10%
Laparoszkópia	25%
Lumbalpunkció	10%
DAGANATOK	
Ugyanazon daganat műtéti ellátására és sugárkezelésére összességében fizethető szolgáltatási összeg megegyezik, a daganat sebészi eltávolításáért fizethető maximális szolgáltatási összeggel.	

Budapest, 2015. július 31.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?



Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat szükséges benyújtani:

Valamennyi szolgáltatási igény esetén:

- a biztosító erre a célra szolgáló kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványát,
- a biztosítási eseményt okozó eseményre vonatkozó (annak bekövetkezésében szerepet játszó baleset), illetve az azt követő valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatait,
- háziorvosi betegkarton másolatát,
- hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hiteles hatósági okiratot, vádindítványt vagy vádiratot, bírósági ítéletet vagy az eljárást befejező/elutasító határozatot, 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 fordítását,
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hatósági jelentés másolatát (amennyiben ilyen készült),
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

Kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére járó szolgáltatás igénybevételéhez:

- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű orvosi dokumentáció (zárójelentés) másolatát, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, illetve műtét esetén a műtéti beavatkozás pontos leírását, 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),
- kórházi zárójelentést (nem kórházi igazolás!), külföldi kórházi zárójelentés esetén magyar nyelvű hiteles fordítással,
- ambuláns lapot, orvosi dokumentumok másolatát, hiteles magyar nyelvű fordítással,
- orvosi nyilatkozatot*,
- továbbá mindazon okiratokat, amelyek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

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

Budapest, 2015. július 31.

Mit érdemes tudni a biztosítóról?



CÉGISMERTETŐ

A MetLife Inc. bemutatkozója

Az 1868-ban alapított MetLife leányvállalatain és társvállalatain keresztül világszerte kínál életbiztosítási és életjáradék programokat, alkalmazotti juttatásokat valamint vagyongazdálkodási szolgáltatásokat. A mintegy 100 millió ügyfelet kiszolgáló és a FORTUNE 100® közül 90 céggel együttműködő MetLife közel 50 országban van jelen, és piacvezető szerepet tölt be az Egyesült Államokban, Japánban, Latin-Amerika, Ázsia, Európa és a Közel-Kelet országában.

MetLife Biztosító Zrt.

A MetLife Biztosítónál a magyar életbiztosítási piacon is értékálló hozamokat nyújtó és hosszú távú pénzügyi biztonság megteremtésére alkalmas megoldásokat kínálunk. Számunkra fontos, hogy ügyfeleinknek az elvártnál jobb minőségű szolgáltatást nyújtsunk, amelyre a jól felkészült kollégák jelentik a garanciát. További információért látogassa meg a www.metlife.hu honlapot.

Általános információk

Cégnév: MetLife Biztosító Zrt.

Cím: 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

Ügyfélszolgálat: 06 40 444 445

Internet: www.metlife.hu

Email: info@metlife.hu

Jegyzett tőke: 2,142 milliárd forint

Tulajdonos: MetLife EU Holding Company Ltd. (MetLife Inc.)

Adószám: 12175239-2-44

Cégjegyzékszám: 01-10-043183

Felügyeleti szerv: Magyar Nemzeti Bank (MNB), 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

