

MetLife[®]



College

A főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítások

Budapest, 2016. február 1.

TARTALOMJEGYZÉK

Áttekintés a College befektetési egységekhez kötött életbiztosítás főbiztosítottjára választható kiegészítő biztosítások főbb feltételeiről	4
A főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítások a College befektetési egységekhez kötött élet-, baleset- és betegségbiztosításhoz	10
1. § A biztosított személye	10
2. § A biztosítás tartama, kockázatviselés kezdete, korhatárok	10
3. § Díjfizetés.	10
4. § Fogalmak	11
5. § Mentésülések és kizárások	11
6. § A biztosítás megszűnése	12
7. § Maradékjogok	12
A főbiztosított halálesetére szóló (kockázati) kiegészítő biztosítás (MET-284) feltételei	13
A főbiztosított baleseti halála esetére szóló kiegészítő biztosítás (MET-HA7) feltételei	14
A főbiztosítottra vonatkozó baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás) esetére szóló kiegészítő biztosítás (MET-R65) feltételei	15
A főbiztosítottra vonatkozó Critical Care kiegészítő biztosítás (MET-C34, MET-C35, MET-C36) feltételei.	18
A főbiztosítottra vonatkozó csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítások (MET-F17) feltételei	24
A főbiztosítottra vonatkozó balesetből származó kórházi ellátásra (MET-N12) és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások (MET-S15) feltételei	26
A főbiztosítottra vonatkozó balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre (MET-NA9) és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások (MET-SA9) feltételei	28
Dr. Metline Magyarország asszisztencia szolgáltatások különös feltételei (MET-A27)	33
A Dr. Metline asszisztencia szolgáltatások különös feltételei – Ausztria, Németország, Anglia (MET-A31)	35
Dr. MetOnLine asszisztencia szolgáltatások különös feltételei – Orvosi Call Center (MET-A47).	36
A főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítások 1. számú melléklete: A College befektetési egységekhez kötött élet-, baleset- és betegségbiztosításhoz választható, a főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítások minimális díjainak hatályos értékei	39
A főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítások 2. számú melléklete: A kiegészítő biztosítások választható biztosítási összegei	40
A főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítások 3. számú melléklete: Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról	42

ÁTTEKINTÉS A COLLEGE BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLETBIZTOSÍTÁS FŐBIZTOSÍTOTTJÁRA VÁLASZTHATÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK FŐBB FELTÉTELEIRŐL¹



Kérdés

Kire vonatkozik a kiegészítő biztosítások biztosítási védelme?

Válasz

A kiegészítő biztosítások biztosítottja a College életbiztosítás főbiztosítottjaként megnevezett személy.

- Főbiztosított: az a személy, aki a főbiztosítás, a Portfólió Plusz kiegészítő biztosítás tekintetében biztosított. A főbiztosítottra kiegészítő biztosítások is választhatók. A főbiztosított személye a tartam során nem változtatható. (Részletek a 10. oldalon.)

Milyen hosszú a biztosítás tartama?

A főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítások tartama 1 év, mely minden évfordulón automatikusan meghosszabbodik, amíg a főbiztosított el nem éri a 65. életévét (a kórházi napi térítés és műtéti térítés, Critical Care kiegészítő biztosítások esetén a 60. életévét). A főbiztosított 65. – a kórházi napi térítés és műtéti térítés, Critical Care kiegészítő biztosítások esetén a 60. – életvének elérését követő biztosítási évfordulón a kiegészítő biztosítások megszűnnek. (Részletek a 10. oldalon.)

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító a kiegészítő biztosítások választása esetén?

– **Szolgáltatás a főbiztosított halála esetén:**

A főbiztosítottra választható halál esetére szóló kiegészítő biztosítás. A főbiztosított halála esetén a főbiztosított halálesetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege kerül kifizetésre.

A főbiztosított halála esetén a főbiztosítás és a bármely okú halál esetére szóló kiegészítő biztosítások szolgáltatásai összeadódnak.

A haláleseti szolgáltatás a haláleseti kedvezményezett részére kerül kifizetésre.

A főbiztosított halála esetén a főbiztosítás megszűnésével a szerződés minden biztosított vonatkozásában megszűnik.

Példa

Ügyfelünk 500 000 Ft-ot fizet évente a College szerződésének főbiztosítási részére. Úgy gondolja, hogy a főbiztosítási szolgáltatás nem lesz elegendő védelem családja számára, ezért további életbiztosítási védelem céljából halál esetére szóló kiegészítő biztosítást is köt főbiztosítottként. Ha a kiegészítő életbiztosítási védelemre 3 000 000 Ft a választott biztosítási összeg (amelynek díját a főbiztosításra fizetendő éves 500 000 Ft-on felül kell befizetni), és a főbiztosított váratlan tragédia történik, a szerződés 3. évében, amikor a főbiztosítás aktuális értéke például 1 285 700 Ft, akkor a tragédia bejelentését követően a biztosító a főbiztosításra kifizet 1 285 700 Ft-ot (a 10 000 Ft technikai biztosítási összeg és a szerződés aktuális értéke közül a nagyobb), továbbá kifizeti a kiegészítő biztosítás biztosítási összegét is, azaz 3 000 000 Ft-ot a haláleseti kedvezményezett részére. A kifizetéssel a szerződés megszűnik.



(Részletek a 13. oldalon.)

– **A főbiztosított baleseti halála esetére szóló kiegészítő biztosítás**

A főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítási elem.

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

Példa

Ügyfelünk autóbalesetet szenvedett és a kórházba szállítást követően életét veszítette. Ilyen esetben a biztosító a főbiztosítás haláleseti szolgáltatásán és a halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegén felül kifizeti a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegét is a haláleseti kedvezményezett részére. Tehát ha például az előző példában szereplő főbiztosított baleset következtében veszíti életét, és a 3 000 000 Ft-os biztosítási összegű halál esetére szóló kiegészítő biztosításon felül baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítást is választott 6 000 000 Ft-os biztosítási összeggel, akkor a baleseti halál esetén történő kifizetés összesen 10 285 700 Ft lesz, hiszen a haláleseti szolgáltatás és a baleseti halál esetére járó szolgáltatás összeadódnak.



(Részletek a 14. oldalon.)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító a kiegészítő biztosítások választása esetén?

Válasz

– A főbiztosított baleseti rokkantsága (maradandó egészségkárosodása) esetére szóló kiegészítő biztosítás

A főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítási elem.

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

Példa

Autóbalesetet szenvedett ügyfelünk a személygépkocsi vezetőjeként sérült. Koponyasérülést, bordatörést, mindkét oldali csipőcsonttörést, tüdőszérülést szenvedett el. Az agyi károsodás miatt féloldali bénulás és látásromlás lépett fel. Intenzív terápiás osztályon történt 1 hónapos kezelése után, rehabilitációs intézetben kezelték 3 hónapon keresztül. Folyamatos orvosi kezelés alatt állt, és több mint 12 hónapon keresztül teljesen munkaképtelen volt, tehát maradandó egészségkárosodást szenvedett el. Munkaképtelensége a 12. hónap végén is fennállt, ezért a biztosítási összeg 100%-a került kifizetésre. Tehát ha például 9 000 000 Ft volt a baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás) esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege, akkor 9 000 000 Ft-ot szolgáltat a biztosító. A főbiztosítás és a többi kiegészítő biztosítás továbbra is hatályban maradnak.

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



(Részletek a 15. oldalon.)

– Critical Care kiegészítő biztosítás

A főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítási elem.

A College befektetési egységekhez kötött életbiztosítást kötni kívánó, illetve a College szerződéssel rendelkező ügyfelünk háromféle Critical Care kiegészítő biztosítás közül választhat.

- Critical Care 1 kiegészítő biztosítás választása esetén a biztosító kifizeti a biztosítási összeget, ha a főbiztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizáltak.
- Critical Care 7 kiegészítő biztosítás választása esetén a főbiztosítottra vonatkozó Critical Care kiegészítő biztosítás feltételeinek 3. §-ában 1) – 7) sorszám alatt felsorolt betegségek valamelyikének diagnosztizálása esetén, a biztosító kifizeti a biztosítási összeget.
- Critical Care 32 kiegészítő biztosítás választása esetén a főbiztosítottra vonatkozó Critical Care kiegészítő biztosítás feltételeinek 3. §-ában 1) – 32) sorszám alatt felsorolt betegségek valamelyikének diagnosztizálása esetén, a biztosító kifizeti a biztosítási összeget.

Példák

48 éves férfi ügyfelünknel előzmény nélkül erős mellkasi fájdalom jelentkezett, mely miatt sürgősséggel kórházi felvétel történt és EKG készült. Az EKG akut szívizominfarktust igazolt. A kórházban koszorúérfestés történt, mely beavatkozás során koszorúér tágitást végeztek. Főbiztosítottunk állapota azóta gyógyszeres kezelés mellett stabil, és a munkáját teljes értékűen ellátja. A biztosító az orvosi dokumentumok megvizsgálása után kifizette a Critical Care 7 kiegészítő biztosításhoz tartozó biztosítási összeget. A szerződés kötésekor az ügyfél 5 000 000 Ft-ot választott biztosítási összegként. A szerződésből eltelt 4 év alatt, mivel az ügyfél élt az értékövetés lehetőségével, a biztosítási összeg 6 077 531 Ft volt a betegség felfedezésekor, így a biztosító 6 077 531 Ft-ot szolgáltatott. A szolgáltatással a Critical Care 7 kiegészítő biztosítás megszűnt, a főbiztosítás és a többi kiegészítő biztosítás továbbra is hatályban maradt.

45 éves nő ügyfelünknel 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 és az évek során elutasította az értékövetést, így a biztosító a betegség diagnosztizálásakor 3 000 000 Ft-ot szolgáltatott.



(Részletek a 18. oldalon.)

Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító a kiegészítő biztosítások választása esetén?

Válasz

– A főbiztosítottra vonatkozó csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítások

A főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítási elem.

- Csonttörés esetén a csonttörés fajtájától függ a szolgáltatás mértéke.

Példa

Ha a főbiztosított például korcsolyázás közben eltöri a kezét, mivel egyszerű zárt törés esetén a biztosító a térítési táblázat alapján a biztosítási összeg 15%-át fizeti ki, 100 000 Ft-os biztosítási összeg választása esetén a biztosító 15 000 Ft-ot szolgáltat. Tehát már a legkisebb biztosítási összeg választása esetén is jelentős a biztosító térítése!



(Részletek a 24. oldalon.)

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

Példa

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



(Részletek a 24. oldalon.)

– A főbiztosítottra vonatkozó balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások

A főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítási elem.

- Baleseti kórházi napi térítés szolgáltatás esetén akkor térít a biztosító, ha a főbiztosított legalább 1 éjszakát kórházban töltött. A szolgáltatási összeg a kórházban töltött napok számát a biztosítási összeggel szorozva alakul ki.

Ha a főbiztosított intenzív ellátásban részesül, az intenzív ellátás napjaira jutó térítés összege a normál ellátás összegének másfélszerese.

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

Példa

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



(Részletek a 26. oldalon.)

– A főbiztosítottra vonatkozó balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások

A főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítási elem.

- Baleseti vagy betegségi kórházi napi térítés szolgáltatás esetén akkor térít a biztosító, ha a beteg, vagy balesetet szenvedett főbiztosított legalább 1 éjszakát kórházban töltött. A szolgáltatási összeg a kórházban töltött napok számát a biztosítási összeggel szorozva alakul ki. Ha a főbiztosított 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 főbiztosított egy hetet kórházban tölt, amiből 2 napot intenzív osztályon fekszik és a biztosítási összeg 5 000 Ft, akkor a biztosító szolgáltatása (5 000 Ft * 5 nap + 7 500 Ft * 2 nap + 2 500 Ft * 7 nap) összesen 57 500 Ft.



Kérdés

Milyen szolgáltatásokat nyújt a biztosító a kiegészítő biztosítások választása esetén?

- Műtéti térítés esetén akkor nyújt szolgáltatást a biztosító, ha a beteget, vagy a balesetet szenvedett főbiztosítottat kórházba utalják és orvos által előírt műtétet végeznek el rajta.

Példa

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



(Részletek a 28. oldalon.)

Mikor kell a díjat megfizetni?

A kiegészítő biztosítás díját a főbiztosítás díjával együtt kell fizetni. Évestől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén a biztosító díjfizetési pótlékot számíthat fel.

(Részletek a 10. oldalon.)

Mit nyújtanak a főbiztosítottra választható asszisztencia szolgáltatások?

Dr. Metline Magyarország kiegészítő biztosítás

- 7/24 orvosi call center szolgáltatás

Példa

Ha például hétvégén sportolás közben eltöri az ujját és nem tudja, melyik ügyeletes kórházba induljon, csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltatót éjjel-nappal hívható call centerét, és azonnal útbaigazítással szolgálnak. Vagy pl. ha nem biztos benne, hogy a felírt gyógyszert beveheti-e laktózérzékenysége esetén, csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltató call centerét, és a telefon másik oldalán lévő orvossal megoszthatja az aggályait, és megnyugtató választ kaphat a felírt gyógyszerek alkalmazásáról.



(Részletek a 33. oldalon.)

- Szakorvosi vizit megszervezése

Példa

Ha balesete vagy betegsége kapcsán szakorvossal szeretne konzultálni, erre a biztosítási csomag keretein belül is lehetősége van. Ezen szolgáltatás igénybevételéhez csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltató call centerét, ahol megszervezik a szakorvosi vizit időpontját, így egyeztetett időpontra várják ügyfelünket.



(Részletek a 33. oldalon.)

- Közlekedési baleseti halál esetére szóló védelem

A Dr MetLine Magyarország kiegészítő biztosítással rendelkező ügyfeleink 1 millió Ft-os közlekedési baleseti védelemmel is rendelkeznek.

Példa

Ügyfelünk autóbalesetet szenved, és a kórházba szállítás közben életét veszti. Ilyen esetben a Dr MetLine Magyarország kiegészítő biztosítással rendelkező biztosított haláleseti kedvezményezettjének 1 millió Ft összegű biztosítási szolgáltatási összeg kerül kifizetésre.



(Részletek a 34. oldalon.)

Dr. Metline Ausztria, Németország, Anglia kiegészítő biztosítás

- 7/24 orvosi call center szolgáltatás magyar nyelven 3 országban

Példa

Ha Ausztriában, Németországban vagy Angliában dolgozik, de rendelkezik magyarországi lakcímmel, és baleset vagy betegség miatt szeretne tanácsot kérni, mert nem ismeri az adott ország egészségügyi rendszerét, vagy segítséget szeretne kapni leletek értelmezésében magyar nyelven, csak fel kell hívni az asszisztencia szolgáltatót éjjel-nappal hívható call centerét, és azonnal útbaigazítással szolgálnak.



(Részletek a 35. oldalon.)

Kérdés

Mit nyújtanak a főbiztosítottra választható asszisztencia szolgáltatások?

Válasz

Dr. MetOnline - Orvosi Call Center

- 7/24 orvosi call center szolgáltatás
- Szakorvosi vizit megszervezése
- Nemzetközi második orvosi vélemény

Példa

Ha a főbiztosítottnál súlyos betegséget diagnosztizálnak, de csak akkor nyugodt, ha egy másik szakorvos is véleményezi a leleteket, a biztosítás ilyen esetben is segítséget nyújt. Indokolt esetben – baleset vagy súlyos betegség esetén – az ügyfél kérheti egy második orvos szakvéleményét is. Ezen szolgáltatás esetében az ügyfél által benyújtott leletek alapján, egy második, általában külföldi szakorvos véleményezi a betegséget és nyújt gyógykezelési tervet. A szakvélemény célja, hogy a főbiztosított számára rendelkezésre álljon egy olyan háttér, amivel az egészségét, betegségének gyógyítását maximálisan támogathatja.



(Részletek a 36. oldalon.)

- Online egészségügyi szolgáltatások

Példa

Amennyiben telefon helyett interneten keresztül szeretné kérdéseit feltenni, szeretne szakorvosi ellátást igénybe venni, vagy táplálkozási tanácsadásra van szüksége, mindezt megteheti a www.drmetonline.hu internetes felületen keresztül is. További szolgáltatásként egészségfelméréshez kapcsolódó kérdőívet is kitölthet, melyet szakértők véleményeznek és visszajelzést adnak Önnek, és az eredmények ismeretében tanácsadást is kérhet.



(Részletek a 38. oldalon.)

Mikortól érvényes a biztosítás?

A biztosítási védelem balesetek vonatkozásában az első díj megfizetését követő nap 0. órájától kezdődik. A biztosító a többi szolgáltatásra kockázatbírálási, illetve várakozási időt ír elő, az alábbiak szerint:

- A haláleseti szolgáltatás esetében legfeljebb az ajánlat beérkezésétől számított 15 nap – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 nap – a kockázatbírálási időszak; az ezen időtartam alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a biztosító, a szerződési feltételekben meghatározott kivételtől eltekintve, nem nyújt szolgáltatást.
- A Critical Care betegségbiztosításra vonatkozóan a biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónapos várakozási időt ír elő; a betegség miatti kórházi ellátás és műtéti térítések esetén a kockázatviselés kezdetét követő első 60 napos várakozási időn belül szükségessé vált ellátásokra nem térít a biztosító, míg a mandulaműtét és orrpolip eltávolítását célzó műtét, és kórházi gyógykezelés esetén csak a kockázatviselés kezdetét követő 180 napos várakozási időn túli ellátásokra térít a biztosító.

(Részletek a 10. oldalon.)

Mit kell tenni, ha káresemény történik?

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell a biztosító részére bejelenteni. A kárigény elbírálásához szükséges összes irat beérkezését követő 30 napon belül a biztosító teljesíti a szolgáltatást, amennyiben a teljesítésre köteles.

A kárigényt a biztosítóval szemben érvényesíteni a kár bekövetkeztétől számított 5 éven belül lehet, mely időtartam elteltével a kárigény elévül.

(Részletek a 42. oldalon.)

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?

A főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosításokra a főbiztosítási feltételekben felsorolt kizárt eseményeken kívül is vonatkoznak kizárások. Kifejezetten az egyes kiegészítő biztosításokra vonatkozó kizárásokat a kiegészítő biztosítások különös feltételei tartalmazzák.

(Részletek a 11. oldalon, a Critical Care kiegészítő biztosításra vonatkozó további kizárások eseteiről részletek a 23. oldalon, a csonttörés és égési sérülésre vonatkozó további kizárások eseteiről részletek a 25. oldalon, a baleseti kórházi ellátás eseteire és baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosításokra vonatkozó további kizárásokról részletek a 26. oldalon, a kórházi napi térítés és műtéti térítés kiegészítő biztosításokra vonatkozó további kizárásokról részletek a 28. oldalon)

Kérdés

Válasz

Mikor szűnik meg a biztosítás?

- A kiegészítő biztosítások a következő esetekben szűnnek meg:
- amikor a főbiztosítás bármely okból megszűnik, a kiegészítő biztosítás díjjal fedezett tartamának végén;
 - ha a szerződő a kiegészítő biztosítások díját az esedékességkor nem fizeti meg, a biztosító a díjmaradás 30. napján a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő kitűzésével a teljesítésre írásban felszólítja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a kiegészítő biztosítások
 - a főbiztosítás 3. évfordulója előtti 61. napon megszűnnek;
 - a főbiztosítás 3. évfordulója után a biztosító a kiegészítő biztosítások díját megkísérli levonni a főbiztosítás felhalmozási befektetési egységeiből, ha a főbiztosítás felhalmozási egységei nem nyújtanak fedezetet a kiegészítő biztosítások díjára, a kiegészítő biztosítások megszűnnek.

Mikor szűnik meg a biztosítás?

- amikor a főbiztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
 - amikor a főbiztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít, bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
 - amikor a főbiztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít, bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.
- (Részletek a 12. oldalon, a Critical Care kiegészítő biztosításra vonatkozó további megszűnés eseteiről részletek a 23. oldalon.)

Budapest, 2016. február 1.

A FŐBIZTOSÍTOTTRA VÁLASZTHATÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK A COLLEGE BEFEKTETÉSI EGYSÉGEKHEZ KÖTÖTT ÉLET-, BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSHOZ

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosításban főbiztosítottként megnevezett természetes személy. **Főbiztosított:** az a biztosított, akinek az életére, vagy az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a főbiztosítás létrejön.

Mikortól érvényes a biztosítás és milyen hosszú a biztosítás tartama?



2. § 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 kiegészítő biztosítás tartama 1 év.
 - a) 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.
 - b) Az automatikus hosszabbítás esetén feltétel, hogy a főbiztosítás is hatályban maradjon és a főbiztosított még ne töltsse be a 65. életévét.
 - c) Az automatikus hosszabbítás esetén feltétel, hogy a főbiztosítás is hatályban maradjon és a főbiztosítottra vonatkozó balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások, valamint a főbiztosítottra vonatkozó balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások, a főbiztosítottra vonatkozó Critical Care kiegészítő biztosítások esetén a főbiztosított még ne töltsse be a 60. életévét.

(4) A kiegészítő biztosítás 16 és 64 éves kor között lévő személyekre köthető, de a főbiztosított életkora a lejáratkor nem haladhatja meg a 65. életévét; a főbiztosítottra vonatkozó balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozás esetére szóló kiegészítő biztosítások, valamint a főbiztosítottra vonatkozó balesetből vagy betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítások és a főbiztosítottra vonatkozó Critical Care kiegészítő biztosítások esetén a kiegészítő biztosítás 16 és 59 éves kor között lévő személyekre köthető, de a főbiztosított életkora lejáratkor nem haladhatja meg a 60. életévét.

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

(6) A kiegészítő 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.

(7) Azon biztosítási események tekintetében, amelyekre nézve várakozási idő kerül kikötésre, a kiegészítő biztosítás kockázatviselése – a (6) bekezdésben írtaktól eltérően – csak a várakozási idő eltelte után kezdődik.

Mikor kell a díjat megfizetni?



3. § Díjfizetés

(1) A biztosítás díja a főbiztosítás díjával együtt fizetendő a biztosítás lejáratáig, vagy a főbiztosított halálát közvetlenül követő díjesedékeség időpontjáig.

(2) Amennyiben a kiegészítő biztosítás(ok) díját a szerződő a főbiztosítás 3. évfordulója után nem fizeti be, vagy a főbiztosítás díjmentesítésre, vagy díjfizetés szüneteltetése állapotába kerül, a jelen kiegészítő biztosítás elmaradt díjai a főbiztosítás felhalmozási befektetési egységeinek terhére kiegyenlítésre kerülnek, amennyiben a főbiztosítás fennmaradó visszavásárlási értéke meghaladja a főbiztosítás 2. számú mellékletében meghatározott értéket.

4. § Fogalmak

a) Betegség

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

b) Várakozási idő

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

- a főbiztosítottra vonatkozó Critical Care kiegészítő biztosítás esetében a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap;

- a főbiztosítottra vonatkozó 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.

Ha a szerződő fogyasztó és a szerződés a biztosító ráutaló magatartásával úgy jött létre, hogy a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – vagy ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozott, a várakozási idő a biztosítási ajánlatnak a biztosító részére történt átadás időpontjában kezdődik.

c) Csonttörés

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

d) Patológiás törés

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

e) Többszörös törés

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

f) Teljes törés (Komplett törés)

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

g) Nyílt törés

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

h) Stressz törés (Fáradásos törés)

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

i) Égési sérülés

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

j) Bennfekvő beteg

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

k) Kórház

A kórház azt a létesítményt jelenti, amely mindenben megfelel az alábbi követelményeknek:

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

l) 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.

m) Orvos

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

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



5. § Mentésülések és kizárások

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

- a) a szerződés hatályba lépése előtt bekövetkezett bármilyen testi sérülés vagy betegség,
- b) baleseti eredetű kiegészítő biztosítások esetén bármilyen betegség vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- c) a főbiztosított alkoholos befolyásoltágú állapota, amennyiben véralkoholszintje megegyezik vagy magasabb a közlekedésrendészeti szabályokban megengedett határértéknél,
- d) a főbiztosított öngyilkossága, öncsonkítása, illetve ezeknek a kísérlete (tekintet nélkül a főbiztosított elkövetéskori elme- és tudatállapotára),
- e) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, depresszió vagy elmezavar),
- f) bármely sérvet, lumbagot vagy sciaticat (az ülő-ideg zsába egyedi formáját) okozó sérülés,
- g) bármely olyan káresemény, amelynek oka közvetve vagy közvetlenül a HIV (Emberi Immunhiányt Okozó Vírus) és / vagy bármely HIV-val kapcsolatos betegség beleértve az AIDS-t (Szerzett Immunhiányos Szindróma), és / vagy annak bármi mutáns származékát vagy változatát.
- Továbbá nem terjed ki a kiegészítő biztosítás azon balesetből adódó sérülésekre, amelyek az alábbi körülmények között következtek be:
- h) a főbiztosított hivatásszerű sportolói minőségben végzett sporttevékenysége,
- i) a biztosított részvétele bármely olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi-, vízi- vagy légi jármű használatával jár,
- j) a főbiztosított aktív szolgálata bármely nemzet vagy nemzetközi szervezet bármely fegyveres erejénél.
- Továbbá a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítások különös feltételeiben meghatározott kizárások a kiegészítő biztosításokra is vonatkoznak.

Mikor szűnik meg a biztosítás?



6. § A biztosítás megszűnése

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

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

- a) amikor a főbiztosítás bármely okból megszűnik, a kiegészítő biztosítás díjjal fedezett tartamának végén, de legkésőbb annak a biztosítási évnek a végén, amelyben a főbiztosított a 65. (a főbiztosítottra vonatkozó baleseti eredetű kórházi napi térítés és műtéti térítés, valamint a főbiztosítottra vonatkozó baleseti és betegségi eredetű kórházi napi térítés és műtéti térítés és Critical Care kiegészítő biztosítások esetén a 60.) életévét betölti;
- b) a főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítás megszűnik a főbiztosított halálával;
- c) ha a szerződő a kiegészítő biztosítások díját az esedékeséskor nem fizeti meg, a biztosító a díjmaradás 30. napján a szerződő felet – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felszólítja. A póthatáridő eredménytelen elteltével
- a főbiztosítás 3. évfordulója előtt: a 61. napon a kiegészítő biztosítások megszűnnek,
 - a főbiztosítás 3. évfordulója után: amikor a főbiztosítás felhalmozási egységei nem nyújtanak fedezetet a kiegészítő biztosítás díjának kiegyenlítésére a kiegészítő biztosítás megszűnik;
- c) amikor a főbiztosítottat ideg-, illetve elmebetegségére való tekintettel cselekvőképtelennek nyilvánítják;
- d) amikor a főbiztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) katonai szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres erejénél;
- e) amikor a főbiztosított háború idején (függetlenül a hadüzenet tényétől) kiegészítő (nem harcoló) egység tagjaként polgári szolgálatot teljesít bármely hadiállapotban lévő ország bármely fegyveres ereje mellett.

7. § Maradékjogok

A jelen kiegészítő biztosítások maradékjogokkal nem rendelkeznek.

Budapest, 2016. február 1.

A FŐBIZTOSÍTOTT HALÁLESETÉRE SZÓLÓ (KOCKÁZATI) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-284) FELTÉTELEI

A főbiztosított halálesetére szóló (kockázati) kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

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

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1.§ A biztosított személye

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

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben (kötvényben) meghatározott biztosítási összeget fizeti. Ha a főbiztosított él a biztosítás lejáratakor, a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

Budapest, 2016. február 1.

A FŐBIZTOSÍTOTT BALESETI HALÁLA ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-HA7) FELTÉTELEI

A baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

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

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

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

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény, ha a főbiztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül a baleset következtében meghal.

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

3. § A biztosító teljesítése

Amennyiben a főbiztosított ugyanazon baleseti testi sérülés következtében maradandó egészségkárosodást

sz szenved, majd később, de még a baleset bekövetkezését követő 180 napon belül meghal és ugyanazon szerződésen belül rendelkezik baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás) kiegészítő biztosítással, a biztosító csak a baleseti halál esetére járó kártérítési összeget fizeti ki.

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

4. § Kizárások

A főbiztosítás feltételeiben és a College befektetési egységekhez kötött életbiztosításhoz választható, a főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítás általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon balesetekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van az alábbiakkal:

(1) A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon balesetből eredő sérülésekre, amely azon körülmény között következett be, hogy a főbiztosított 125cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorke-rékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik.

Budapest, 2016. február 1.

A FŐBIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓ BALESETI ROKKANTSÁG (MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS) ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-R65) FELTÉTELEI

A főbiztosítottra vonatkozó baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás) esetére szóló kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

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

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

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

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény, ha a főbiztosított a baleset időpontjától számított 180 napon belül a baleset következtében maradandó egészségkárosodást szenved.

Baleseti teljes rokkantság (maradandó egészségkárosodás)

Amennyiben a főbiztosított a baleseti testi sérülés következményeként, a baleset időpontját követő 180 napon belül olyan maradandó egészségkárosodást szenved, amelynek következtében képtelenné válik bármely olyan foglalkozásnak vagy szakmai tevékenységnek a végzésére, amelyért fizetést vagy jövedelmet realizálhat, a biztosító a szerződésben (kötvényben) meghatározott biztosítási összeget teljesíti, feltéve, hogy e maradandó egészségkárosodás az utóbbi 12 egymást követő hónapban folyamatosan fennállt, és ezen időszak végén is maradandónak, véglegesnek és visszafordíthatatlannak minősült.

A biztosító az előző meghatározástól függetlenül maradandó egészségkárosodásnak ismeri el a következő egészségkárosodásokat:

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

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

Baleseti részleges rokkantság (maradandó egészségkárosodás)

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

A maradandó egészségkárosodás mértékét a következő táblázat szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés %	
Fej		
Veszteség a koponya csontállományának vastagságában:		
- legalább 6 cm ² felületen	40%	
- 3-6 cm ² felületen	20%	
- kevesebb mint 3 cm ² felületen	10%	
Alsó állkapocs részleges eltávolítása, a felsőállkapocscsont teljes vagy részleges eltávolítása (csonkolása)	40%	
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	40%	
Egy fül hallóképességének teljes elvesztése	30%	
Felső végtagok	Jobb	Bal
Egy kar vagy egy kéz teljes elvesztése	60%	50%
A kar csontállományának lényeges vesztesége (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	50%	40%
A felső végtag teljes bénulása (az idegek gyógyíthatatlan sérülése)	65%	55%

A circumflex ideg teljes működésképtelensége	20%	15%
Váll ízületmerevsége (ankylosis)	40%	30%
Könyök ízületmerevsége		
- kedvező állapotú (15 fokos mozgás jobb szögben)	25%	20%
- kedvezőtlen állapotú	40%	35%
A alkarok csontállományának nagyfokú csökkenése (meghatározott és gyógyíthatatlan sérülés)	40%	30%
A medianus ideg teljes működésképtelensége	45%	35%
A radiális ideg teljes működésképtelensége	40%	35%
Az alkar radiális idegének teljes bénulása	30%	25%
A kéz radiális idegének teljes bénulása	20%	15%
A cubitális ideg teljes bénulása	30%	25%
Csukló ízületmerevsége (ankylosis) kedvező állapotban (kiegyenesítés, behajlítás)	20%	15%
Csukló ízületmerevsége kedvezőtlen állapotban (hajlított, feszítve kinyújtott vagy ernyedtt állapotban)	30%	25%
Hüvelykujj teljes elvesztése	20%	15%
Hüvelykujj teljes ízületmerevsége (ankylosis)	20%	15%
Mutatóujj teljes amputációja	15%	10%
Hüvelykujj és mutatóujj egyidejű teljes amputációja	35%	25%
Hüvelykujj és egy másik ujj teljes elvesztése (a mutatóujj kivételével)	25%	20%
Két ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj és a mutatóujj kivételével)	20%	15%
Négy ujj teljes elvesztése (beleértve a hüvelykujjat)	45%	40%
Négy ujj teljes elvesztése (a hüvelykujj kivételével)	40%	35%
Alsó végtagok		
Comb teljes elvesztése (combtól)	60%	
Comb és láb teljes elvesztése comb-középtől	50%	
Lábfej teljes elvesztése (izületi csonkolás a sípcsont és lábtőcsontok között)	45%	
Lábfej részleges elvesztése (izületi csonkolás a külső bokacsont és a lábtőcsontok között)	40%	
Lábfej részleges elvesztése (izületi csonkolás a lábtőcsontok között)	35%	
Lábfej részleges elvesztése (izületi csonkolás a lábtőcsontok és a lábközépcsontok között)	30%	
Alsó végtag teljes bénulása (gyógyíthatatlan idegsérülés)	60%	
Külső térdhajlító ülőideg (nervus tibialis) teljes bénulása	30%	

Belső térdhajlító ülőideg (nervus communis) teljes bénulása	20%
Külső és belső térdhajlító ülőidegek (nervus ischiadicus) teljes bénulása	40%
Csípő teljes ízületmerevsége	40%
Térd teljes ízületmerevsége	20%
Comb csontállományának vagy a láb két csontjának csökkenése (gyógyíthatatlan állapotban)	60%
Térdkalács csontállományának csökkenése felismerhető szilánkosodással és a láb tényleges megerősítő mozgásával	40%
Térdkalács csontállományának vesztesége nyugalmi állapotban	20%
Alsó végtag megrövidülése	
- legalább 5 cm-rel	30%
- 3-5 cm között	20%
- 1-3 cm között	10%
Összes lábujj teljes amputációja	25%
Négy lábujj teljes amputációja, beleértve a nagylábujjat	20%
Négy lábujj teljes elvesztése (a nagylábujj kivételével)	10%
Nagylábujj teljes elvesztése	10%

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

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

3. § A biztosító teljesítése

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

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

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

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

4. § Kizárások

A főbiztosítás feltételeiben és a College életbiztosításhoz választható, a főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítások általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon balesetekre, amelyek bekövet-

kezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van az alábbiakkal:

(1) A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon balesetből eredő sérülésekre, amely azon körülmény között következett be, hogy a főbiztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkefépárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik.

Budapest, 2016. február 1.

A FŐBIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓ CRITICAL CARE KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS (MET-C34, MET-C35, MET-C36) FELTÉTELEI

A főbiztosítottra vonatkozó Critical Care elnevezésű, kritikus betegségek esetére szóló kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás rendelkezései az irányadók.

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

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

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

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és biztosítási szolgáltatás

(1) A szerződő biztosítási ajánlaton történő választása és díjfizetése alapján a kockázatviselés a 3. §-ban meghatározott és leírt betegségek, állapotok, műtéti beavatkozások három csoportjára terjedhet ki.

A **Critical Care-1** (MET-C34) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 3. §-ában az 1) sorszám alatt meghatározott betegségekre terjed ki.

A **Critical Care-7** (MET-C35) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 3. §-ában az 1)-től 7)-ig terjedő sorszámok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

A **Critical Care-32** (MET-C36) elnevezésű csoport választása esetén a kockázatviselés a jelen szerződés 3. §-ában az 1)-től 32)-ig terjedő sorszámok alatt meghatározott betegségekre, állapotokra és műtéti beavatkozásokra terjed ki.

(2) A főbiztosítottnak a biztosítás lejáratá előtt, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási

idő eltelte után a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen szerződés 3. §-ában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt) betegségek, állapotok, egyikének első alkalommal történő elszenvedése vagy a kockázatviselés hatálya alá tartozó (a jelen szerződés 3. §-ában, 1) vagy 1)-7) vagy 1)-32) sorszám alatt meghatározott és leírt) műtéti beavatkozások egyikének első alkalommal történő végrehajtása esetén a biztosító a főbiztosított részére kifizeti a szerződésben (biztosítási kötvényen) meghatározott biztosítási összeget, feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisának megállapítását, illetve a műtét elvégzését követően a főbiztosított legalább 30 napig életben van.

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

(4) A főbiztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje – eltérő szerződéses kikötés hiányában – a főbiztosított. Amennyiben a főbiztosított részére kifizetendő szolgáltatás a főbiztosított halála miatt a főbiztosított részére nem kézbesíthető, a szolgáltatási összeget a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére teljesíti.

3. § 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:

- Helyben ülő (in situ) rosszindulatú elváltozások, a szövettanilag premalignus vagy noninvaszív, a környezetét nem elárasztó daganatok, ideszámítva az in situ mellldaganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 osztályú méhnyaki diszpláziákat;
- Hiperkeratózisos, bazalióma és pikkelyes bőrrákok, áttét nélküli melanómák, ha a tumor vastagsága (Breslow-féle osztályozás szerint) 1,5 mm alatt van, vagy a Clark szerinti osztályozás szerint 3 szint alatti;
- A TNM osztályozás szerint szövettanilag igazolt T1a vagy T1b típusú prosztatatarakok vagy más stádium beso-

rolás esetén a TNM-mel azonos vagy alacsonyabb besorolású prosztaták, a pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papillaris mikrokarcinómája, a hólyag papillaris mikrokarcinómája, RAI 3 stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus limfoid leukémia;

– AIDS megbetegedés, illetve HIV fertőzöttség mellett megjelenő bármely rosszindulatú daganat.

2) Akut (heveny) szívizominfarktus

Az akut (heveny) szívizominfarktus a vérellátás akadályozottságának (elégtelenségének) következtében kialakult (hirtelen) szívizomelhalás. Fenti diagnózis alátámasztásához szükséges legalább egy kardiológiai (bio) marker (Troponin I, Troponin T vagy CK-MB közül az egyik) szintjének típusos emelkedése és/vagy csökkenése, melynek mértéke az adott referenciatartomány felső határának legalább 99%-a. Ezen kívül:

– a szívinfarktus típusos klinikai tüneteinek akut megjelenése vagy
– új, időszakos EKG eltérések a következő elváltozások valamelyikének kialakulásával: ST eleváció (emelkedés), ST depresszió (csökkenés), T hullám inverzió, kóros Q hullámok vagy pitvar-kamrai blokk.

Egyéb akut koronária szindrómák, melyek magukban foglalják, de nem korlátozódnak az instabil anginára nem tekinthetők biztosítási eseménynek.

3) Agyi érkatasztrófa

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

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakban felsoroltakra:

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

4) Szívkoszorúér műtét

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

megoldásokra, a koszorúér tágításra 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), neutropeniában (csökkent neutrofil fehérvérsejt szám) és thrombocitopeniában (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 szakvéleményre 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 szívtultrahang 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 csökkenése, függetlenül attól, hogy műtéti beavatkozás történt-e. A jelen definíció szempontjából a szív koszorú-érrendszer részei a következők: bal főtrörzs, 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 kisvérkői hipertónia

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

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

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;
 - Hepato-encephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott méreganyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszmélet változások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulnak ki).
- Az alkohol vagy gyógyszer, illetve kábítószer okozta másodlagos májbetegségekre a biztosítás nem terjed ki. Az állapot bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

14) Végállapotú betegség

Olyan betegség diagnózisának egyértelmű megállapítása, melynek következtében a főbiztosított 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 májlebensnyet elpusztítja, csak az összeesett kötőszöveti szerkezetet megtartva, a szerkezetkárosodott vázon;
- A májfunkciós tesztek gyors romlása;
- Mélyülő sárgaság;
- Hepato-encephalopathia. (A májelégtelenség végső stádiumának a szövődménye, amikor a felszaporodott méreganyagok következtében az agy és az idegrendszer károsodik. Ennek következményeképpen kóma, vagy más fokú eszmélet változások, viselkedési zavarok és reflex zavarok alakulhatnak ki).

16) Szervátültetés

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a főbiztosított, 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 fenn áll. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges.

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

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

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 gyulladást okozó folyamatok keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerincscsapolással nyert gerincvelőfolyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvos 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 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 szakorvos 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 Parkinson betegség vitathatatlan fennállását neorológus szakorvos állapítja meg. A diagnózist alátámasztásához az alábbi körülmények és feltételek mindegyikének a teljesülése, illetve fennállása szükséges:

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

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

- I. Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége kádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba és a zuhanyzóba való be és kiszállás képességét) vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- II. Öltözködés képessége: valamennyi ruházat le- és felvételének, biztonságos ki- és begombolásának kivitelezése, művégtagok vagy más gyógyászati segédeszközök le és felvételének képessége;
- III. Helyváltoztatás: az ágyból, karosszékéből, toléskéből történő felállás és az azokra történő leülés képessége;
- IV. Mozgásképesség: beltéri mozgás képessége ugyanazon a lakószinten, egyik helyiségből a másikba történő eljutás képessége;
- V. Mellékhelyiség használata: széklet vagy vizeletürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;

VI. Táplálkozás: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A 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 főbiztosított 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 fenn állnak;
- Jól dokumentált kórtörténet a tünetek és az idegrendszeri károsodások leírásával, a javulások és a visszaesések stádiumaival;
- A szakorvos által felállított diagnózis, amelyet az elemzett és értékelt vizsgálati eredmények egyértelműen alátámasztanak.

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

26) Végtagbénulás

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

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

A főbiztosított 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 hallásküszöb vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvosnak kell megállapítani.

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

29) Nagyfokú égési sérülés

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

30) Jóindulatú agydaganat

A diagnózist neurológus vagy idegsebész szakorvos állapítja fel, mágneses rezonanciás (MRI), komputertomográfiás (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;
 - Érendellenesség;
 - 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 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 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

4. § A biztosító teljesítése

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

(2) A szolgáltatás igénybevételéhez a főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítások feltételeinek 2. számú mellékletében felsorolt iratokat kell a biztosító részére bemutatni, illetve átadni.

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

(4) Az igényelbírálás tartama alatt a biztosító jogosult a saját költségén és az általa megnevezett orvosokkal a főbiztosítottat megvizsgáltatni. A biztosítási esemény megállapítása érdekében a biztosító bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat. Amennyiben a főbiztosított 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.

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

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



5. § Mentésülés és kizárások

A főbiztosítás feltételeiben és a főbiztosítottra választható kiegészítő biztosítások általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon megbetegedésekre, illetve műtétekre, amelyek bekövetkezése közvetlenül vagy közvetve okozati összefüggésben van az alábbiakkal:

- a főbiztosított gyógyszerekkel vagy tudatmódosító szerekkel történő visszaélése;
- a főbiztosított mértéktelen alkohol fogyasztása, illetve alkoholbetegsége;
- a főbiztosított bűncselekményben vagy erőszakos cselekedetekben vagy zavargásban történő jogellenes részvétele;
- 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 egészségügyi rendellenesség.

Amennyiben a főbiztosított a szerződéskötés előtt a jelen szerződésben meghatározott betegségek, egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, a biztosító kockázatviselése ezen betegségre, illetve azok kezelésre nem terjed ki.

6. § A biztosítási szerződés megszűnése

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

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

Budapest, 2016. február 1.

A FŐBIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓ CSONTTÖRÉS ÉS ÉGÉSI SÉRÜLÉS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (MET-F17) FELTÉTELEI

A jelen kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

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

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

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

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

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

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

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

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

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

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

Térítési tábla

Az egészségkárosodás mértékét a következő térítési táblázat szerint kell megállapítani:

Az egészségkárosodás jellege	A biztosítási összeg %-a
CSONTTÖRÉSEK	
Medence törések (farkcsont törés nélkül):	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	100%
- Minden egyéb nyílt törés	50%
- Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30%
- Egyszerű zárt törések	20%
Combcsont vagy sarokcsont törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	50%
- Minden egyéb nyílt törés	40%
- Többszörös törések (legalább egy teljes törés)	30%
- Egyszerű zárt csonttörések	18%
Koponya alapi törések	50%
A sípcsont, felkarcsont, orsócsont vagy csukló törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	40%
- Minden egyéb nyílt törés	30%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	20%
- Egyszerű zárt csonttörések	15%
Felső vagy alsó állkapocs, külső boka, belső boka singcsont törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	30%
- Minden egyéb nyílt törés	20%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	16%

- Egyszerű zárt törések	10%
Lapocka, kulcscsont, térdkalács, szegycsont, lábtő-, lábközépcsontok törései:	
- Nyílt törések	20%
- Zárt törések	13%
Gerinc törések (farkcsont törés kivételével):	
- Csigolyatestek kompressziós törése	20%
- Tövisnyúlvány, harántnyúlvány, izületi nyúlvány törései	7%
Homlok, halánték, falcson, vagy nyakszirtecsont törései:	
- csontszilánkok benyomódásával	30%
- csontszilánkok benyomódása nélkül	10%
Borda vagy bordák, arccsont, farkcsont vagy szárcsont (kivéve boka) törései:	
- Többszörös törések (legalább egy nyílt és egy teljes törés)	16%
- Minden egyéb nyílt törés	12%
- Többszörös törés (legalább egy teljes törés)	8%
- Egyszerű zárt csonttörések	5%
Kézujj és lábujj törések:	
- Nyílt törések	5%
- Zárt törések	3%

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

Mely esetekre nem vonatkozik a biztosítás?



3. § Kizárások

A főbiztosítás feltételeiben és a College életbiztosításhoz választható, a főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítások általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a biztosítás nem terjed ki azon törésekre és égési sérülésekre, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

- veleszületett rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- bármilyen betegség, egészségi rendellenesség, előrehaladott kórfolyamat vagy bakteriális fertőzés (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével), gyógyászati vagy sebészeti gyógykezelések,
- bármely betegségre visszavezethető csontgyengülés, patológiás csonttörések,
- a rendszeres túlterhelés eredményeként fellépő törések (stressz törések),
- a főbiztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik.

Budapest, 2016. február 1.

A FŐBIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓ BALESETBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁSRA (MET-N12) ÉS MŰTÉTI BEAVATKOZÁS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (MET-S15) FELTÉTELEI

A főbiztosítottra vonatkozó balesetből származó kórházi ellátásra és műtéti beavatkozásra szóló kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

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

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A biztosított a főbiztosításban főbiztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

A jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény a főbiztosított balesetből származó kórházi és/vagy műtéti ellátása, amennyiben a kórházi ellátás és/vagy az orvos által végzett műtéti beavatkozás a baleset időpontjától számított 180 napon belül következik be.

Balesetből származó kórházi ellátásra szóló napi térítés

Amennyiben a főbiztosított személy, a biztosítási szerződés hatályba lépése után bekövetkezett baleseti testi sérülés következtében benn fekvőként kórházi ellátásban részesül, a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítési összeget fizeti a főbiztosítottnak a kórházi ellátás 1. napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a 90. naptári napig.

Amennyiben a főbiztosított személy a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a biztosító az intenzív ellátás napjaira jutó napi térítés összegét 50%-kal növelten teljesíti.

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.

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.

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.

Balesetből származó műtét esetén fizetendő térítés

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

Abban az esetben, ha a főbiztosított 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?



3. § Kizárások

(1) A főbiztosítás feltételeiben és a College életbiztosításhoz választható, a főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítások általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a biztosítás nem terjed ki azon baleseti testi sérülésből származó kórházi el-

látásra és műtéti térítésre, amely oka közvetlenül vagy közvetve, részben vagy egészében:

- a) bármilyen betegség, bakteriális fertőzések (a baleseti sérülésből származó pyogenikus fertőzések kivételével),
- b) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- c) a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,

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

e) a főbiztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik.

Budapest, 2016. február 1.

A FŐBIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓ BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL SZÁRMAZÓ KÓRHÁZI ELLÁTÁS ESETÉN, NAPI TÉRÍTÉSRE (MET-NA9) ÉS MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (MET-SA9) FELTÉTELEI

A jelen kiegészítő biztosítás a biztosítási tevékenységét Magyarország területén a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül kifejtő MetLife Europe Limited és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

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

Kire vonatkozik a biztosítási védelem?



1. § A biztosított személye

A jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a főbiztosítás főbiztosítottként megjelölt természetes személy.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító?



2. § Biztosítási esemény és szolgáltatás

Kórházi ellátásra szóló napi térítés

Amennyiben a főbiztosított 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 főbiztosítottnak a kórházi ellátás 1. napjától az ellátás tartama alatt, de legfeljebb a 90. naptári napig.

Amennyiben a főbiztosított személy a kórházi ellátás tartama alatt intenzív ellátásban részesül, a biztosító az intenzív ellátás napjaira jutó napi térítés összegét 50%-kal növelten teljesíti.

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

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.

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.

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.

Műtéti térítés

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

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

Abban az esetben, ha a főbiztosított 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?



3. § Kizárások

A főbiztosítás feltételeiben és a College termékhez választható, a főbiztosítottra vonatkozó általános feltételeiben felsorolt kizárásokon túl a kórházi ellátásra és/vagy műtéti térítésre szóló biztosítási szolgáltatások szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek és a szolgáltatási összeg nem kerül kifizetésre, ha a főbiztosított kórházi és/vagy műtéti ellátását okozó baleset vagy beteg-

ség közvetve vagy közvetlenül okozati összefüggésben van a felsoroltak bármelyikével:

- a) születési rendellenességek és az ebből fakadó következmények,
- b) terhesség, szülés, elvetélés, koraszülés, vagy abortusz,
- c) a kockázatviselés kezdetét követő első 60 napon, mint várakozási időn belül bekövetkezett bármilyen betegség miatt szükségessé vált kórházi ellátás és műtéti beavatkozás,
- d) a kockázatviselés kezdetét követő első 180 nap, mint várakozási idő alatt végrehajtott, a mandula, illetve orrpolip eltávolítását célzó műtét, illetve kórházi gyógykezelése,
- e) kozmetikai és plasztikai sebészet, kivéve a szerződés által fedezett baleset következményeként szükséges beavatkozást,
- f) orvosi rutin vizsgálat vagy egyéb vizsgálat, ha nincsen egészségromlásra utaló tényleges tüneti jel, továbbá laboratóriumi diagnózis és röntgen vizsgálat, kivéve a megelőző orvosi vizsgálat során megállapított, egészségkárosodás következtében alkalmazott ilyen jellegű vizsgálatot,
- g) elmebeli és idegi rendellenességek és gyógykezelésük, valamint alkohol és hallucinogén anyag függőségi elvonókúra és gyógykezelésük,
- h) a kórházi ellátás tartama alatt elszenvedett bármilyen fertőzés,
- i) bármely olyan kezelés vagy gyógy mód, amelyet kórháztól eltérő egészségügyi intézményben, rehabilitációs vagy utókezelő központban végeznek,
- j) a főbiztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vagy motorcsónakot vezet, vagy azon utazik.

4. § A biztosító teljesítése

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a 3. számú mellékletben felsorolt iratokat kell a biztosító részére benyújtani.

MŰTÉTI BEAVATKOZÁSOK SZÁZALÉKOS TÉRÍTÉSÉNEK TÁBLÁZATA a balesetből vagy balesetből és betegségből származó kórházi ellátás esetén, napi térítésre és műtéti térítésre szóló biztosításokhoz	
MŰTÉTI BEAVATKOZÁS LEÍRÁSA	A maximális szolgáltatási összeg %-a
FEJ, NYAK	
Pajzsmirigy eltávolítása	75%
Száj daganatának műtéti ellátása	25%
Fültőmirigy daganat	50%

Thyreoglossus ciszta vagy tályog kimetszése	50%
MELLKAS, MELL	
Mellkas megnyitása, mellkas plasztika	100%
Tüdő vagy tüdőlebeny 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 műtéti ellátása: bubonokéle, omphalokéle, merokéle, hidrokéle, cirsokéle, heresérv, hasfali sérv, műtét utáni sérv	25%
Teljes vagy részleges gyomoreltávolítás, vagotómia, pylorus plasztika, nyombélfekély	50%
Fekély perforációjának elvarrása	50%
Béleltávolítás	50%
Hasüregi daganat eltávolítása	75%
Végbél eltávolítás hasi behatolással	100%
Végbél előreesés műtéti ellátása hasi behatolással	75%
A végbél záró izomzatának berepedése, tályog vagy ciszta	25%
Aranyérműtét	25%

Májtályog (feltárással)	50%
Echinococcus ciszta a májban	75%
Részleges májeltávolítás	75%
Epehólyag eltávolítása	75%
Hasnyálmirigyműtét	100%
Lép eltávolítása	75%
Vastagbél-, vékonybél-, hólyag sztóma készítése	50%
Bél anasztomózis	50%
Teljes vastagbél eltávolítás	75%
Záróizom plasztika, epevezeték beszájztatása	75%
Azonos hasi metszésből végzett két vagy több sebészi beavatkozás egyetlen műtétnak számít.	
NYIROKCSOMÓK	
Nyirokcsomó eltávolítása hónaljából vagy lágyékból	50%
HÚGY ÉS IVARSZERVEK	
Vese eltávolítása	75%
Daganat, kő, húgycső, húgyhólyag eltávolítása:	
- sebészi úton	75%
- endoszkóppal	25%
Prostata eltávolítása	75%
Prostata eltávolítása a húgycsővön keresztül	50%
Here vagy mellékhere eltávolítása	25%
Húgycsőműtét	25%
Hólyageltávolítás, szeméremcsont fölötti behatolással	75%
Húgyhólyag teljes eltávolítása	100%
Vese, húgycső, vesemedence plasztika	50%
Vesekő, epekő vagy húgycsőben lévő kő zúzása	50%
Pig-Tail katéter felhelyezése	10%
Barlangos test plasztika	50%
Részleges húgyvezeték eltávolítás áthidalással	50%
Teljes pénisz eltávolítás a nyirokcsomó eltávolításával	100%
Teljes prostata eltávolítás medencei nyirokcsomó eltávolítással	100%
Körülmetelés	10%
Ondózsínór lekötése	25%
Hólyag diverticulum eltávolítása	50%
ORTOPÉDIAI MŰTÉTEK	
Hosszú csontok korrekciós műtéti ellátása	50%

Egyéb csontok korrekciós műtéti ellátása	25%
Törések egyszerű rögzítése	10%
Kulcsont, bordák, ujjpercek, csukló, kézközépcsontok, lábtő és lábközépcsontok, csontnyúlványok, csigolyák törésének rögzítése	10%
Izületi metszés, beleértve az ízületi szabdtest eltávolítását	50%
Ganglion eltávolítása	10%
Csontkinövés eltávolítása	25%
Alagút szindróma műtéti ellátása	25%
Váll-, könyök-, csukló-, boka-, csípő-, térdficam rögzítése	10%
Térdkalács ficamának rögzítése	10%
Patella sebészeti eltávolítása	50%
Ujjficam rögzítése	10%
Meniszkusz eltávolítás arthroszkóppal	50%
Ujjamputáció (bármely ujj)	25%
Lábközépcsont, kézközépcsont amputációja	25%
Amputáció a csuklótól vagy a lábtőcsontoktól felfelé	75%
Ínhüvely bemetszése (tendosynovitis okozta szűkület felszabadítása)	10%
Kalapácsujj, ujj deformitás, lábközépcsont deformitás korrekciós műtétje	25%
Inak vagy idegek összevarrása	25%
Arthroszkópos térd vagy vállműtét	50%
Csípő- vagy egyéb hosszú csöves csont csonttvésése	75%
Achilles-ín szakadása	50%
Közepes ízületek merevítése (pl. boka)	50%
Könyök, térd, váll ízületbehatoló vagy supracondylaris törései	50%
Csípő, térd vagy váll teljes ízületi plasztikája	100%
Gerinctörés sebészeti ellátása vagy elmerevítése	100%
VÉNÁK	
Varicosus véna eltávolítása (visszértműtét)	
- egy lábon	25%
- mindkét lábon	50%
Varicosus vénák 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	
Gégeükrözés	10%
Hörgő-, nyelőcső-, vastagbél-, szigmapél-, 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	
Bőrbioopszia	5%
Faggyúcisza 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%
Hüvelypasztika	25%
Vulva teljes kimetszése	50%
Méhkürtplasztika	50%
Petefészek ékrezekciója	25%
Endoszkópia (invazív laparoszkópia)	50%
Endoszkópia (invazív hiszteroszkópia)	25%
SZEMÉSZET	
Szaruhártya varrat	10%
Kötőhártya varrat	10%
Elülső üvegtest műtét	10%
Hátsó üvegtest műtét	50%
Jégárpa eltávolítása	10%
Szürkehályog eltávolítása	50%
Zöldhályog műtét	25%
Szem eltávolítása	50%
Röphártya kimetszése	10%
Szemhéj be vagy kifordítása műtétileg	25%
Retinaleválás műtéti ellátása	50%
Könnycsatorna kimetszése	25%
Szívárványhártya eltávolítása vagy bemetszése	25%
Szaruhártya bemetszése asztigmia miatt	25%
Kancsalság műtéti ellátása	50%
Könnytömlő kimetszése	50%
Inhártyapasztika	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 csontvésése	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-, szigmabél-, 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, 2016. február 1.

DR. METLINE MAGYARORSZÁG ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁSOK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (MET-A27)

Az asszisztencia szolgáltatásra szóló kiegészítő biztosítás a MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

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

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?



Az asszisztencia szolgáltatásokat az Advance Medical Hungary Kft. nyújtja.

1. § 7/24 orvosi call center szolgáltatás

(1) Orvosi call center szolgáltatás alatt telefonon történő orvosi tanácsadást, illetve az egyéb szolgáltatási igény fogadására kijelölt kapcsolattartó központ működtetését értjük magyar és angol nyelven, melyet a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a biztosító által rendelkezésre bocsátott telefonszám felhívásával érhet el Magyarországon. Az asszisztencia szolgáltató az alábbi telefonszámon fogadja a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozóinak a hívását: **+36-1-461-1512. Az orvosi call center az év minden napján, napi 24 órában fogadja a hívásokat**, melyek rögzítésre kerülnek.

(2) A call center tanácsadás keretében a következőkről ad tájékoztatást magyar és angol nyelven:

- betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
- gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
- orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről,
- ügyeletes gyógyszertárakról,
- egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

(3) A szolgáltatás során az asszisztencia szolgáltató call centere által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója figyelmét a telefonbeszélgetés előtt is szóban felhívja.

(4) A call center kapcsolattartó funkciója az alábbi szolgáltatás alapjául szolgál:

a) szakorvosi vizit megszervezése korlátlan számban.

(5) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

a) A biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, ahol egy operátor vagy azonnal orvos válaszolja meg a hívást.

b) Megtörténik a telefonáló azonosítása és a jogosultság ellenőrzése a biztosító által az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére bocsátott adatok alapján:

- név,
- kötvényszám és
- születési dátum ellenőrzése.

c) Orvosi kérdés kapcsán az operátor orvos munkatársnak továbbítja a hívást, aki megválaszolja a telefonáló kérdéseit.

d) Egyéb esetben az operátor rögzíti az ügyfél igényét, és az igényelt szolgáltatások feltételeinek megfelelően elkezdji a szolgáltatások megszervezését, és tájékoztatja a biztosítottat vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozóját a folyamatról.

(6) A szolgáltatással kapcsolatban nincsen várakozási idő, az a kockázatviselés első napjától igénybe vehető.

2. § Szakorvosi vizsgálat megszervezése

(1) Ha a biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult betegsége miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, az asszisztencia szolgáltató vállalja, hogy a biztosítottnak vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozójának segítséget nyújt abban, hogy megtalálja a biztosított szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás térítéses betegként elérhető. Az asszisztencia szolgáltató az egészségügyi szolgáltató ajánlásán túl, kérésre, az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja. **Az asszisztencia szolgáltatás az információ szolgáltatásra és az ellátás megszervezésére nyújt fedezetet.** Az asszisztencia szolgáltató által megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója fizeti.

(2) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

(3) A szakorvosi vizsgálat megszervezésének határideje 10 munkanap.

(4) A szolgáltatással kapcsolatban nincs várakozási idő, az a kockázatviselés első napjától igénybe vehető.

(5) Amennyiben a biztosított a számára megrendelt szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy a biztosított a megszervezett szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

3. § Indexálás

A biztosító évente egyszer, minden év május elsejével indexálhatja az asszisztencia szolgáltatás költségét. A biztosító az index mértékét a főbiztosítás általános feltételeinek indexálásra vonatkozó pontjában részletezett módon határozza meg.

4. § Asszisztencia szolgáltató módosítása

A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltató módosítására.

A KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

A közlekedési baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosításra a főbiztosítás biztosítási feltételeiben foglaltak és a jelen különös biztosítási feltételek az irányadóak.

1. § A biztosítással kapcsolatos fogalmak

(1) Közlekedési baleset: a szolgáltatás szempontjából közlekedési balesetnek minősül a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkezett olyan váratlan, előre nem látott közúti, vasúti vagy légi baleset, amelyet a biztosított személy utazása közben, akár utasként, akár a jármű vezetőjeként szenved el, függetlenül attól, hogy a közlekedési baleset bekövetkeztekor a jármű mozgásban van-e, vagy áll, beleértve a járműre utazás céljából történő fel- és leszállást is. Közlekedési balesetnek minősülnek továbbá azok a közterületen történő, váratlan, előre nem látott események is, amikor jármű okoz testi sérülést a biztosítottnak a biztosított közúton történő közlekedése során.

(2) Jármű: a jelen biztosítás szempontjából járműnek minősül bármely, érvényes forgalmi engedéllyel és/vagy hivatalos nyilvántartásba vétellel rendelkező közforgalmú közúti jármű, vonat vagy polgári utasszállító repülőgép, kivéve a motorkerékpárt és a vízi járműveket.

Milyen esetekre vonatkozik a közlekedési baleseti halál esetére szóló biztosítás?



2. § Biztosítási esemény

Közlekedési baleseti halál: amennyiben a biztosított a kockázatviselés ideje alatt olyan közlekedési balesetből eredő testi sérülést szenved, amelynek következtében a közlekedési baleset időpontját követő 180 napon belül meghal.

Milyen szolgáltatást nyújt a biztosító közlekedési baleseti halál esetén?



3. § Biztosítási szolgáltatás

(1) A biztosított közlekedési balesetből származó halála esetén a biztosító kifizeti a haláleseti kedvezményezett részére a szerződésben (kötvényben) a közlekedési baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosításnak a baleset időpontjában érvényes biztosítási összegét, feltéve, hogy a biztosítás a közlekedési baleset bekövetkeztekor érvényben volt.

(2) Kezdeti biztosítási összeg: 1.000.000 Ft

4. § A biztosítás megszűnése

A biztosítás megszűnik:

- a főbiztosítás általános feltételében meghatározott esetekben,
- jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó szolgáltatás teljesítését követően.

Budapest, 2016. február 1.

A DR. METLINE ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁSOK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI – AUSZTRIA, NÉMETORSZÁG, ANGLIA (MET-A31)

Az asszisztencia szolgáltatásra szóló kiegészítő biztosítás a MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

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

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?



Az asszisztencia szolgáltatásokat a Europ Assistance Kft. nyújtja.

1. § 7/24 Teledoktor szolgáltatás

(1) Teledoktor szolgáltatás alatt telefonon történő orvosi tanácsadást, illetve az egyéb szolgáltatási igény fogadására kijelölt kapcsolattartó központ működtetését kell érteni, melyet a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a biztosító által rendelkezésre bocsátott telefonszám felhívásával érhet el Ausztriában, Németországban és Angliában. Az asszisztencia szolgáltató az alábbi telefonszámon fogadja a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozóinak a hívását: **+36-1-465-3727. Az orvosi call center az év minden napján, napi 24 órában fogadja a hívásokat**, melyek rögzítésre kerülnek.

(2) A call center tanácsadás keretében a következőkről ad tájékoztatást magyar nyelven:

- Orvosi segítség (kórház, klinika, rendelő, orvos – ügyelet) megnevezése (címe, telefonszáma)
- Gyermekorvosi segítség (kórház, klinika, rendelő, orvos – ügyelet) megnevezése (címe, telefonszáma)
- Fogászati rendelő megnevezése (cím, telefonszám – ügyelet)
- Gyógyszertárak megnevezése (cím, telefonszám – ügyelet)
- Információ az egészségi állapotáról
- Orvosi szakkifejezések, kórházi zárójelentések magyarázata
- A laboratóriumi eredmények és ezekből eredő összefüggések magyarázata
- Orvosi eljárások magyarázata

(3) A szolgáltatás során az asszisztencia szolgáltató call centere által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre a biztosított vagy a vele egy háztartásban

élő hozzátartozója figyelmét a telefonbeszélgetés előtt is szóban felhívja.

(4) A call center kapcsolattartó funkciója az alábbi szolgáltatások alapjául szolgál:

a) Amennyiben a nem megfelelő egészségi állapot miatt a kiválasztott egészségügyi intézménybe az eljutás önerőből nem megoldható, gondoskodik a szállítás megszervezéséről a szerződött, hivatalos betegszállítók által.

b) Amennyiben a nem megfelelő egészségi állapot miatt a biztosított nem tud gondoskodni otthoni teendőiről, vagy egészségügyi ápolásra van szüksége, a szerződéses ápolókból álló hálózatból kiválasztásra kerül a biztosítottnak leginkább megfelelő szakember, melynek költségét a szolgáltatás nem tartalmazza.

(5) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

a) A biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, ahol egy operátor vagy azonnal orvos válaszolja meg a hívást.

b) Megtörténik a telefonáló azonosítása és a jogosultság ellenőrzése a biztosító által az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére bocsátott adatok alapján:

- név,
- kötvényszám és
- születési dátum ellenőrzése.

c) Orvosi kérdés kapcsán az operátor orvos munkatársnak továbbítja a hívást, aki megválaszolja a telefonáló kérdéseit.

d) Egyéb esetben az operátor rögzíti az ügyfél igényét, és az igényelt szolgáltatások feltételeinek megfelelően elkezd a szolgáltatások megszervezését, és tájékoztatja a biztosítottat vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozóját a folyamatról.

(6) A szolgáltatással kapcsolatban nincs várakozási idő, az a kockázatviselés első napjától igénybe vehető.

2. § Indexálás

A biztosító évente egyszer, minden év május elsejével indexálhatja az asszisztencia szolgáltatás költségét. A biztosító az index mértékét a főbiztosítás általános feltételeinek indexálásra vonatkozó pontjában részletezett módon határozza meg.

3.§ Asszisztencia szolgáltató módosítása

A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltató módosítására.

Budapest, 2016. február 1.

DR. METONLINE ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁSOK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI – ORVOSI CALL CENTER (MET-A47)

Az asszisztencia szolgáltatásra szóló kiegészítő biztosítás a MetLife Europe Limited (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között jön létre a jelen feltételek szerint. A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a főbiztosítás feltételei az irányadók.

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

Mit nyújtanak az asszisztencia szolgáltatások?



Az asszisztencia szolgáltatásokat az Advance Medical Hungary Kft. nyújtja.

1. § 7/24 orvosi call center szolgáltatás

(1) Orvosi call center szolgáltatás alatt telefonon történő orvosi tanácsadást, illetve az egyéb szolgáltatási igény fogadására kijelölt kapcsolattartó központ működtetését értjük, melyet a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója a biztosító által rendelkezésre bocsátott telefonszám felhívásával érhet el. Az asszisztencia szolgáltató az alábbi telefonszámon fogadja a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozóinak a hívását: **+36-1-461-1512. Az orvosi call center az év minden napján, napi 24 órában fogadja a hívásokat**, melyek rögzítésre kerülnek.

(2) A call center tanácsadás keretében a következőkről ad tájékoztatást magyar nyelven:

- betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
- gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
- orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről,
- ügyeletes gyógyszertárakról,
- egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

(3) A szolgáltatás során az asszisztencia szolgáltató call centere által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek. Az asszisztencia szolgáltató erre a tényre a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója figyelmét a telefonbeszélgetés előtt is szóban felhívja.

(4) A call center kapcsolattartó funkciója az alábbi szolgáltatás alapjául szolgál:

- szakorvosi vizit megszervezése korlátlan számban,
- nemzetközi második orvosi vélemény igénylése.

(5) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

a) A biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, ahol egy operátor vagy azonnal orvos válaszolja meg a hívást.

b) Megtörténik a telefonáló azonosítása és a jogosultság ellenőrzése a biztosító által az asszisztencia szolgáltató rendelkezésére bocsátott adatok alapján:

- név,
- kötvényszám és
- születési dátum ellenőrzése.

c) Orvosi kérdés kapcsán az operátor orvos munkatársnak továbbítja a hívást, aki megválaszolja a telefonáló kérdéseit.

d) Egyéb esetben az operátor rögzíti az ügyfél igényét, és az igényelt szolgáltatások feltételeinek megfelelően elkezd a szolgáltatások megszervezését, és tájékoztatja a biztosítottat vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozóját a folyamatról.

(6) Az orvosi call center szolgáltatással kapcsolatban nincsen várakozási idő, az a kockázatviselés első napjától igénybe vehető.

2. § Szakorvosi vizsgálat megszervezése

(1) Ha a biztosított a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult betegsége miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, az asszisztencia szolgáltató vállalja, hogy a biztosítottnak vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozójának segítséget nyújt abban, hogy megtalálja a biztosított szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás térítéses betegként elérhető. Az asszisztencia szolgáltató az egészségügyi szolgáltató ajánlásán túl, kérésre az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja. **Az asszisztencia szolgáltatás az információ szolgáltatásra és az ellátás megszervezésére nyújt fedezetet.** Az asszisztencia szolgáltató által megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója fizeti.

(2) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

(3) A szakorvosi vizsgálat megszervezésének határideje 10 munkanap.

(4) A szolgáltatással kapcsolatban nincs várakozási idő, az a kockázatviselés első napjától igénybe vehető.

(5) Amennyiben a biztosított a számára megrendelt szolgáltatást a megbeszélte időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy a biztosított a megszervezett szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

3. § Második orvosi vélemény szolgáltatás

(1) A biztosított saját, a biztosító kockázatviselése kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegségére vonatkozóan, magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, nemzetközileg elismert, általában külföldi szakorvos által készített orvosi távszakvélemény elkészítését kezdeményezheti. A szakvélemény célja, hogy a biztosított betegségének gyógyítását támogassa. A második orvosi vélemény szolgáltatás az alábbi betegségek esetén igényelhető:

- az életet fenyegető rosszindulatú daganatos megbetegedés,
- szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészeti beavatkozást szükségességéig tevő kórképeket,
- szervátültetések,
- neurológiai és idegsebészeti betegségek,
- az idegrendszer degeneratív betegségei,
- a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és állapotok,
- az életet fenyegető egyéb betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

A felsoroltakon kívüli betegségek, állapotok esetén az asszisztencia szolgáltató a második orvosi vélemény nyújtása tekintetében mérlegelési jogkörrel rendelkezik.

(2) A második orvosi vélemény örökletes vagy vele született betegségek, illetve rendellenességek esetén nem vehető igénybe.

(3) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A biztosított vagy a vele egy háztartásban élő hozzátartozója az 1. § szerint felhívja az asszisztencia szolgáltató call centerét, és bejelenti a szolgálatára vonatkozó igényét. Az eljárás az ott leírtak szerint zajlik.

A call center által megküldött, biztosított kérelem kérdőív kitöltésével, valamint jogi nyilatkozat aláírásával, és mindezek a call center részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a biztosított a szolgáltatás igénybevételét.

A call center esetfelelős orvost jelöl ki, akinek feladata a következő:

- biztosítottól a dokumentáció bekérése, és ezek összesítése;
- második orvosi vélemény szolgáltatás iránti igény jogosságának orvos-szakmai szempontú mérlegelése;

c) második orvosi véleményt adó szakember(ek) kiválasztása, részükre a dokumentáció megküldése, illetve az egész eset kezelése folyamán a kapcsolattartás;

d) a második orvosi vélemény végső formájának összeállítása.

A call center írásban (e-mail, telefax, nyomtatott formában futárpostával) megküldi a biztosított részére a szakvéleményt.

A call center a második orvosi vélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló további konzultációt biztosít a biztosított számára.

(4) Mentésülés

A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos a biztosítottat nem vizsgálta meg, és a vizsgálatról leletek nem készültek, illetve írásos diagnózis felállítása nem történt meg.

(5) Szolgáltatás igénybevételéhez szükséges dokumentumok

A második orvosi vélemény igénylésekor a kérelemhez a biztosítottnak csatolnia kell az esetről készült orvosi / kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetmintákat és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell a call center által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket.

A biztosított kérésére és felhatalmazásával a call center orvosa kapcsolatba lép a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a megfelelő második orvosi véleményhez szükséges információt.

A második orvosi vélemény iránti kérelem benyújtása magyar nyelven történik. A kérelem megválaszolása magyarul és angolul történik. A magyar és angol szöveg közti eltérés esetén az angol nyelvű szöveg az irányadó. Megbízott által nyújtott második orvosi vélemény a benyújtott adatok megbízhatóságától és pontosságától függ.

Biztosított által kapott második orvosi vélemény nem használható fel a biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.

A második orvosi vélemény elkészítésének határideje 15 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges összes dokumentum és lelet a call center orvosának rendelkezésére áll.

(6) Várakozási idő

A szolgáltatással kapcsolatban, betegség esetén a kockázatviselés kezdetétől számítottan három (3) hónap a várakozási idő, mely időszakon belül benyújtott betegségi kérelmekre a call center nem nyújt szolgáltatást. Ha

a szolgáltatást baleset miatt veszik igénybe, nincs várakozási idő.

4. § Online szolgáltatások

(1) Online orvosi tanácsadás

Az „online orvosi tanácsadás” oldalon a biztosított által feltett kérdéseket fogadja az asszisztencia szolgáltató orvosa, aki az e-mail üzenet fogadásától számított 24 órán belül a kérdéseket megválaszolja, és a választ a biztosított által megadott e-mail címre megküldi.

A kapott válaszok kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesíthetik a személyes orvosi vizsgálatot.

(2) Online táplálkozási tanácsadás

A „táplálkozási tanácsadás” oldalon a biztosítottak írásban elküldött, egészséges táplálkozással, diétával kapcsolatos kérdést tehetnek fel. A biztosított telefonos visszahívást is kérhet írásbeli válasz helyett. A dietetikus az üzenet fogadásától számított 24 munkaórán belül írásban válaszol a feltett kérdésre, vagy visszahívja a biztosítottat, és telefonbeszélgetés során válaszol a táplálkozással kapcsolatos kérdéseire.

A kapott válaszok kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesíthetik a személyes orvosi vizsgálatot.

(3) Szakorvosi vizsgálat és szűrővizsgálat megszervezése online

Amennyiben a biztosított betegsége vagy balesete miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra szorul, a biztosított a weboldalon elküldött üzenetben online kérheti számára az igényelt orvosi ellátás megszervezését, vagy online jelezheti, hogy ezzel kapcsolatban visszahívást kér. Az asszisztencia szolgáltató munkatársa az üzenet fogadásától számított 24 munkaórán belül írásban választ küld, vagy visszahívja a biztosítottat, és telefonbeszélgetés során tisztázza a szakvizsgálat megszervezésével kapcsolatos fontos körülményeket. Az asszisztencia szolgáltató orvosi intézményt javasol, valamint a biztosított kérésére az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja.

A szolgáltatás az információ szolgáltatását és az ellátás megszervezését öleli fel, az orvosi vizsgálat költségeit a biztosított viseli.

Amennyiben a biztosított a számára a Megbízott által megrendelt szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az asszisztencia szolgáltatót, úgy a biztosított a megszervezett szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

(4) Online egészségfelmérés

Az online kérdőív életmóddal és szív- és érrendszeri kockázatokkal kapcsolatos kérdéseket tartalmaz. A kérdésekre adott válaszok alapján a biztosított válaszai alapján készült életmódi tanácsot és értékelést kérhet.

(5) A szolgáltatás igénybevételének feltételei

A biztosított az e-mail címének megadásával kell a regisztrációját elvégezni a www.drmetonline.hu internetes oldalon. A kérések beérkezése után az asszisztencia szolgáltató ellenőrzi a szolgáltatás igénybevételére való jogosultságot.

Jogosult felhasználó esetében az asszisztencia szolgáltató e-mail visszaigazolásán keresztül megerősíti a biztosított regisztrációját, és ettől kezdve válik jogosulttá a biztosított az online orvosi asszisztencia szolgáltatások igénybevételére.

(6) A szolgáltatással kapcsolatban nincs várakozási idő, az a kockázatviselés első napjától igénybe vehető.

5. § Indexálás

A biztosító évente egyszer, minden év május elsejével indexálhatja az asszisztencia szolgáltatás költségét. A biztosító az index mértékét a főbiztosítás általános feltételeinek indexálásra vonatkozó pontjában részletezett módon határozza meg.

6. § Asszisztencia szolgáltató módosítása

A biztosító fenntartja a jogot az asszisztencia szolgáltató módosítására.

Budapest, 2016. február 1.

A FŐBIZTOSÍTOTTRA VÁLASZTHATÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK 1. SZÁMÚ MELLÉKLETE

A College befektetési egységekhez kötött élet-, baleset- és betegségbiztosításhoz választható, főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítások minimális díjainak hatályos értékei

Kiegészítő biztosítások összesített minimális éves díja:	20 000 Ft
Kiegészítő biztosítások összesített minimális féléves díja:	10 000 Ft
Kiegészítő biztosítások összesített minimális negyedéves díja:	5 000 Ft
Kiegészítő biztosítások összesített minimális havi díja:	1 667 Ft

Budapest, 2016. február 1.

A FŐBIZTOSÍTOTTRA VÁLASZTHATÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK 2. SZÁMÚ MELLÉKLETE

1. A főbiztosításra választható kiegészítő biztosítások biztosítási összegei

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

A szerződés létrejöhet kiegészítő biztosítások nélkül is, a College főbiztosítás 3. számú mellékletének 1. pontjában meghatározott technikai biztosítási összeggel.

A szerződő a főbiztosítás ajánlatán választhatja a főbiztosítottra vonatkozó Komfort és Prémium csomag biztosítási védelmet, vagy a főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási csomag nyomtatványon egyénileg összeállíthatja a főbiztosítottra vonatkozó biztosítási védelmet.

A biztosítási összegek kialakításánál a következő biztosítási összeg határokat és együttkötési szabályokat kell figyelembe venni:

A főbiztosított halálesetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 250 000 Ft
- maximuma: 50 000 000 Ft

Baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 500 000 Ft
- maximuma: 50 000 000 Ft

Baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás) esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 500 000 Ft
- maximuma: a baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének négyszerese, de maximum 50 000 000 Ft
- a baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás) esetére szóló kiegészítő biztosítás az adott főbiztosítottra vonatkozó baleseti halál esetére szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető meg

Critical Care kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 1 000 000 Ft
- maximuma: 50 000 000 Ft

Balesetből származó kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 2 000 Ft
- maximuma: 16 000 Ft
- a balesetből származó kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás az adott főbiztosítottra vonatkozó baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető meg

Kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 2 000 Ft
- maximuma: 16 000 Ft
- a kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás az adott főbiztosítottra vonatkozó műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető meg

Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft
- maximuma: 800 000 Ft
- a baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás az adott főbiztosítottra vonatkozó baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető meg

Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft
- maximuma: 800 000 Ft
- a műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás az adott főbiztosítottra vonatkozó kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető meg

Csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összegének

- minimuma: 100 000 Ft
- maximuma: 800 000 Ft
- a csonttörés és égési sérülés esetére szóló kiegészítő biztosítás az adott főbiztosítottra vonatkozó baleseti halál és baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás) esetére szóló kiegészítő biztosítás nélkül nem köthető meg

2. Kockázatelbírálási összeghatárok

Amennyiben a rendszeres díjas szerződéshez kapcsolódó halál esetére szóló kiegészítő biztosítás biztosítási összege 250 000 Ft, és csak balesetbiztosítási kiegészítő biztosítások kerülnek kiválasztásra, és a főbiztosított egészségi állapota megfelel a biztosítási ajánlaton tett egészségi állapotra vonatkozó nyilatkozatnak, akkor a biztosító eltekint további egészségi nyilatkozat kitöltésétől. Azonban, ha a főbiztosított egészségi állapota miatt nem jogosult az ajánlaton szereplő nyilatkozat aláírására, úgy szükségessé válik az egészségi nyilatkozat kitöltése.

Kiegészítő biztosítás választása esetén a biztosítási fedezet vállalásához egészségi kockázatelbírálás szükséges.

A szerződés létrejöttékor hatályos kockázatelbírálási összeghatárokat a lenti táblázat tartalmazza:

Forint alapú szerződések létrejöttéhez szükséges orvosi vizsgálatok (Belépési korok és biztosítási összegek szerint)								
Összeg (Ft) Belépési kor (év)	250 000 -1 400 000 Ft	1 400 001 - 4 000 000 Ft	4 000 001 - 14 000 000 Ft	14 000 001 - 22 000 000 Ft	22 000 001 - 25 000 000 Ft	25 000 001 - 28 000 000 Ft	28 000 001 - 140 000 000 Ft	140 000 000 Ft-nál nagyobb
16-45	egészségi nyilatkozat	egészségi nyilatkozat	egészségi nyilatkozat	egészségi nyilatkozat	A + E	A + E	A + B + F	A + B + C + F
46-54	egészségi nyilatkozat	egészségi nyilatkozat	egészségi nyilatkozat	A + E	A + B + E	A + B + E	A + B + C + F	A + C + F + G
55-65	egészségi nyilatkozat	egészségi nyilatkozat	A + E	A + B + E	A + B + E	A + B + F	A + C + F + G	A + C + F + G + H
66 felett	egészségi nyilatkozat	A + E	A + B + E	A + B + E	A + B + E	A + B + C + F	A + C + F + G	A + C + F + G + H

Budapest, 2016. február 1.



Milyen dokumentumokra van szüksége a biztosítónak a kifizetéshez?

A FŐBIZTOSÍTOTTRA VÁLASZTHATÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK 3. SZÁMÚ MELLÉKLETE

Tájékoztató a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatás igénybevételéhez benyújtandó iratokról

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat szükséges benyújtani.

Valamennyi biztosítási szolgáltatás iránti igény esetén:

- a biztosító erre a célra szolgáló, kitöltött és aláírt igénybejelentő nyomtatványát
- a biztosítási eseményt okozó eseményre vonatkozó (annak bekövetkezésében szerepet játszó halál, baleset, betegség, maradandó egészségkárosodás), illetve az azzal kapcsolatos valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, gyógykezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatai
- házi orvosi kórtörténet másolata
- hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárást befejező/elutasító határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (ha készült)
- véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült)
- toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (ha készült)
- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami, vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása
- a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv (amennyiben ilyen készült)

Valamennyi baleseti szolgáltatási igény esetén:

- amennyiben a sérült testrész a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően már károsodott, a korábban felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait (ha létezik ilyen)

Csonttörés, égési sérülés szolgáltatás iránti igény esetén:

- a csonttörést, csontrepedést vagy égési sérülést igazoló lelet másolata (szükség esetén a biztosító beérkezheti az eredeti röntgenképet is)
- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló dokumentáció (zárójelentés) másolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával
- a sérült testrészrel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított, orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatait (ha létezik ilyen)

Critical Care kiegészítő biztosításra vonatkozó szolgáltatás iránti igény esetén:

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

Kórházi ellátás esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- a kórházi tartózkodásról és ellátásról szóló magyar nyelvű egészségügyi dokumentáció (zárójelentés) másolata, 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
- kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás!), külföldi kórházi zárójelentés esetén magyar nyelvű hiteles fordítással
- ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata, hiteles magyar nyelvű fordítással
- a kezelőorvos, házi orvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével

és a betegség(ek) első kórismezésének pontos időpontjával

Baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás) esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- a vizsgálati eredmények, az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával
- állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak a másolata
- az egészségkárosodás véglegessé válását követően készült kezelőorvosi állapotleírás

Halál, baleseti halál esetére irányuló szolgáltatási igény esetén:

- hitelesített halotti anyakönyvi kivonat
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- boncjegyzőkönyv másolata, amennyiben boncolás történt
- halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentés

- az eredeti, érvényben lévő biztosítási kötvény vagy a kötvény elvesztésére vonatkozó nyilatkozat két tanú aláírásával
- azon okiratok, amelyek a kedvezményezetti jogosultság (személyazonosítás, illetve kedvezményezetti vagy örökös stáusz) igazolásához szükségesek
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha a kedvezményezettet nem nevezték meg, vagy a kedvezményezett a biztosított előtt elhalálozott, és a kedvezményezett módosítására nem került sor)
- Gyámhatósági határozat (kiskorú kedvezményezett esetén),
- haláleset utáni orvosi jelentés formanyomtatvány vagy a kezelőorvos, házi orvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismezésének pontos időpontjával

Budapest, 2016. február 1.

