

Az NN Biztosító Zrt. 935 jelű 32 súlyos betegségekre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosításának feltételei

1. Általános rendelkezések

- a) Az NN Biztosító Zrt. (székhelye: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, a továbbiakban: Biztosító) jelen Különös Feltételeiben (a továbbiakban: Különös Feltételek) foglalt rendelkezések a Biztosító Általános Életbiztosítási Szabályzatával (a továbbiakban: ÁÉSZ) együtt – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Biztosító 935 jelű 32 súlyos betegségekre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási szerződéseinek feltételeit képezik, feltéve, hogy a szerződést a jelen Különös Feltételekre és az ÁÉSZ-re hivatkozva kötötték.
- b) A Különös Feltételek és az ÁÉSZ eltérése esetén a Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak. A Különös Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁÉSZ és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.
- c) A 935 jelű 32 súlyos betegségekre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítás célja, hogy a Szerződő anyagi segítséget nyújtson a Biztosítottnak a jelen biztosítás által fedezetbe vont 32 súlyos betegség bármelyikében történő megbetegedésének esetére, illetve hogy támogassa a diagnózis gyors felállítását.

Jelen biztosítás kiegészítő biztosításnak minősül, mely csak a Biztosító által meghatározott alapbiztosításokhoz köthető. Az alapbiztosításokra külön szerződési feltételek vonatkoznak.

2. A biztosítással kapcsolatos fogalmak meghatározása

- a) **Szolgáltatás szervező partner:** a Biztosítóval szerződésben álló olyan szolgáltató, amely jogszerűen foglalkozik egészségügyi szolgáltatás szervezésével és alkalmas a jelen Különös Feltételek 5. pontjában meghatározott

diagnosztikai szolgáltatások megszervezésére. A szolgáltatás szervező partner kiszervezett tevékenység keretében működik közre a Biztosító 5. pontban meghatározott diagnosztikai szolgáltatásának megszervezésében.

A Biztosítónak jogában áll a fenti elvárásoknak megfelelő szolgáltatás szervező partnert egyoldalúan meghatározni és módosítani, azaz a biztosítási szerződés tartama során a Biztosító egyoldalú döntésétől függően más szolgáltatás szervező partner kerülhet megnevezésre. A mindenkor aktuális szolgáltatás szervező partner a Biztosító honlapján (www.nn.hu/asszisztencia) kerül megnevezésre. A szolgáltatás szervező partner kiszervezett tevékenység végzése során a tudomására jutott személyes adatokat és biztosítási titoknak minősülő információkat a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően kezeli.

- b) **Egészségügyi intézmény:** rendelőintézeti járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató.
- c) **Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.
- d) **Képalkotó diagnosztikai vizsgálat:** olyan, a betegségek felismerésére és megállapítására kidolgozott eljárás, amely valamilyen fizikai jelenség felhasználásával látható képet hoz létre az élő szervezet belsejének alakbeli, illetve működésbeli viszonyairól. Jelen Különös Feltételek tekintetében **kizárólag az alábbiak minősülnek** Képalkotó diagnosztikai vizsgálatnak:

Vizsgálat megnevezése

Emlőultrahang

Mammográfia

CT-vizsgálatok

Mellkas-CT

Hasi CT

Koponya-CT

Gerinc-CT

Lágyrész-CT

MR-vizsgálatok	Mellkas-MR
	Hasi MR
	Koponya-MR
	Gerinc-MR
	Végtag-MR
	Emlő-MR
	Lágyrész-MR
PET-/CT-vizsgálat	
Endoszkópos vizsgálatok	Orr (melléküregek) vizsgálata
	Légcső vizsgálata
	Hörgő vizsgálata
	Mellkas vizsgálata
	Nyelőcső vizsgálata
	Gyomor vizsgálata
	Bél vizsgálata
	Hasüreg vizsgálata
	Húgyhólyag vizsgálata

A továbbiakban ahol a jelen Különös Feltétel Képkötő diagnosztikai vizsgálatot említ, ott kizárólag a fenti táblázatban meghatározott vizsgálatok értendők. A Biztosító Diagnosztikai szolgáltatása kizárólag a fenti táblázatban meghatározott Képkötő diagnosztikai vizsgálat fedezetére terjed ki a jelen Különös Feltételekben meghatározottak szerint.

3. A biztosítási szerződés alanyai

A biztosítási szerződés alanyai az ÁÉSZ 3. §-ában kerültek meghatározásra. Jelen fejezet a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó különös rendelkezéseket tartalmazza. Jelen kiegészítő biztosítás Kedvezményezettje a Biztosított.

4. A biztosítási esemény

a) A biztosítási esemény:

- Biztosítási esemény a kockázatviselés ideje alatt és a biztosítás területi hatályán belül a Biztosított vonatkozásában a jelen fejezet 4. c) pontjában meghatározott és a jelen Különös Feltételek 1. számú Mellékletében definiált súlyos betegségekkel összefüggésben felmerülő, a diagnózis felállítását szolgáló, szakorvos által orvosszakmailag megalapozott és a jelen Különös Feltételek 2. d) pontjában

meghatározott Képkötő diagnosztikai vizsgálat elvégzésének szükségessége, illetve

- Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt és a biztosítás területi hatályán belül bekövetkező, a jelen fejezet 4. c) pontjában meghatározott és a jelen Különös Feltételek 1. számú Mellékletében definiált súlyos betegségben történő megbetegedése, műtét elvégzése.
- A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:
 - a jelen fejezet 4. a) i) pontjában meghatározott biztosítási esemény vonatkozásában a szakorvosi beutaló vagy szakorvosi javaslat kiállításának időpontja.
 - A jelen fejezet 4. a) ii) pontjában meghatározott biztosítási esemény vonatkozásában a jelen fejezet 4. c) pontjában szereplő táblázatban megadott időpontok. A Biztosított vonatkozásában az 5. a) pont szerinti Összeg szolgáltatás esetén az egyes biztosítási események bekövetkezésének időpontjai között 12 hónapnak kell eltelnie. Amennyiben két biztosítási esemény között nem telik el 12 hónap, a Biztosító nem teljesít Összeg szolgáltatást, de a kiegészítő biztosítás változatlan feltételekkel életben marad.

c) Jelen kiegészítő biztosítás az alábbi táblázatban meghatározott és a jelen Különös Feltételek 1. számú Mellékletében

meghatározott 32 súlyos betegség vonatkozásában nyújt fedezetet.

Csoportok	Súlyos betegségek	Biztosítási esemény időpontja
1.	• Szervátültetés	A műtét végrehajtásának időpontja.
	• Veseelégtelenség	Az első dialízis időpontja.
	• Paralízis	A bénulás diagnosztizálásának időpontja.
	• Végállapotú májelégtelenség	A betegség diagnosztizálásának időpontja.
	• Sclerosis multiplex	
	• Alzheimer-kór	
	• Parkinson-kór	
	• Kóma	
	• Creutzfeldt-Jakob kór	
	• Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS)	
	• HIV-fertőzés vérátömlesztés következtében	
	• Heveny súlyos májgyulladás	
	• Motoneuron (mozgató idegsejtek) károsodás	
	• Végző stádiumú tüdőbetegség	
	• Szisztémás lupus erythematosus	
2.	• Koszorúér műtét	A műtét végrehajtásának időpontja.
	• Szívbillentyű műtét	A betegség diagnosztizálásának időpontja.
	• Aorta műtét	
	• Szívinfarktus	
	• Agyi érkatasztrófa	
3.	• Cardiomyopathia	A betegség diagnosztizálásának időpontja.
	• Rosszindulatú daganat	
	• Aplasztikus anaemia	
	• Jóindulatú agydaganat	
	• Súlyos, bélszakasz-eltávolítással kezelt Crohn-betegség	A második műtét végrehajtásának időpontja.
4.	• Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa	A műtét végrehajtásának időpontja.
	• Súlyos fejsérülés	A baleset bekövetkezésének időpontja.
	• Vakság	A betegség diagnosztizálásának időpontja.
	• Sükettség	
	• Némaság	
	• Harmadfokú égés	A baleset bekövetkezésének időpontja.
	• Végtagelvesztés	A műtét végrehajtásának időpontja.

5. A biztosítás szolgáltatása

A Biztosító a Szerződő biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében

a) a jelen Különös Feltételek 4. a) ii) pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén Összeg szolgáltatást nyújt a 7. pontban meghatározott korlátozások figyelembevételével: a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó, a biztosítási esemény bekövetkezésekor

aktuális biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek, figyelembe véve a jelen Különös Feltételek 6. pontjában meghatározott Előrehozott szolgáltatás lehetőségét, illetve a jelen Különös Feltételek 7. pontjában meghatározott és szabályozott Többszörös kifizetést.
A biztosítási összegre vonatkozó szabályokat a jelen Különös Feltételek 7. és 9. pontja tartalmazza.

b) a jelen fejezet 5. ix–xiii) pontjában meghatározott diagnosztikai periódusban a jelen Különös Feltételek 4. a) i) pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a választott biztosítási összeg függvényében Diagnosztikai szolgáltatást nyújt: a Biztosító a biztosítási kötvényben meghatározott szolgáltatási limit és maximális összköltség figyelembevételével (a továbbiakban: szolgáltatási keret) a vele szerződésben álló Szolgáltatás szervező partnere közreműködésével a jelen Különös Feltételek 18. pontjában leírtak szerint megszervezi a szakorvosi beutalón vagy szakorvosi javaslatban szereplő Képalkotó diagnosztikai vizsgálatot, és annak költségét az alábbi feltételekkel átvállalja, feltéve, hogy a javasolt vizsgálat szerepel a jelen Különös Feltételek 2. d) pontjában található listán (Diagnosztikai szolgáltatás):

- i) **Amennyiben a Biztosított számára előírt Képalkotó diagnosztikai vizsgálat emlőultrahang vagy mammo-
gráfia, a Biztosító a vizsgálatot Szolgáltatás szervező
partnere közreműködésével megszervezi, de nem
finanszírozza.**
- ii) Amennyiben a Biztosított számára az őt kezelő szakorvos egy komplex emlővizsgálat keretében emlőultrahangot és mammográfia vizsgálatot együttesen ír elő, a Biztosító a jelen Különös Feltételek 9. b) pontjában meghatározott szolgáltatási keret vonatkozásában a Képalkotó diagnosztikai vizsgálati igényt egynek tekinti.
- iii) Amennyiben a Biztosított számára előírt és a Biztosító által a jelen Különös Feltételek 5. b) i) és ii) pontjában meghatározottak szerint finanszírozott diagnosztikai vizsgálat költsége meghaladja a Biztosító által meghatározott, a biztosítási kötvényen feltüntetett szolgáltatási keretet, a Biztosítottat a Biztosító Szolgáltatás szervező partnere erről a vizsgálat megszervezése során tájékoztatja. Amennyiben a Biztosított a Diagnosztikai szolgáltatást ennek tudatában is igénybe kívánja venni, abban az esetben a különbözet megtérítésére a Biztosított köteles a vizsgálat elvégzésekor a vizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatónak.
- iv) A szolgáltatási keret kimerüléséről a Biztosító levélben tájékoztatja a Szerződőt a Diagnosztikai szolgáltatás igénybevételét követő 30 napon belül.
- v) A szolgáltatási keret kimerülése nem eredményezi a jelen kiegészítő biztosítás megszűnését, azonban a Biztosított az adott diagnosztikai periódusban további Diagnosztikai szolgáltatás igénybevételére nem jogosult.
- vi) A Biztosító nem teljesít Diagnosztikai szolgáltatást, ha a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat megszervezése nem a Biztosítóval szerződésben álló Szolgáltatás szervező közreműködésével és a Biztosító jóváhagyásával történik.

vii) A Biztosító akkor sem teljesít Diagnosztikai szolgáltatást, ha a Diagnosztikai szolgáltatás szükségessége orvosszakmailag nem megalapozott. Az orvosszakmai megalapozottságot a Biztosító orvos szakértője vizsgálhatja.

viii) A Biztosító szolgáltatása a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat és a vizsgálat megszervezésének költségén kívül – figyelemmel a jelen Különös Feltételek 5. b) i) és ii) pontjában meghatározottakra – egyéb költségek megtérítésére nem terjed ki.

ix) **2 millió Ft alatti biztosítási összeg választása esetén a Biztosító Diagnosztikai szolgáltatást nem nyújt.**

Diagnosztikai periódus:

- x) A Biztosító 5 éves tartamra határozza meg a jelen Különös Feltételek 9. b) pontja szerinti, a biztosítási kötvényen szereplő szolgáltatási keretet.
- xi) A diagnosztikai periódus 5 év. Az első diagnosztikai periódus a jelen Különös Feltételekben szabályozott kiegészítő biztosítás kockázatviselés kezdetének napján 0:00 órakor kezdődik és a kiegészítő biztosítás 5. biztosítási évforduló napján 0:00 órakor ér véget (az 5 éves diagnosztikai periódus utolsó napja), feltéve, hogy a jelen kiegészítő biztosítást az alapbiztosítás évfordulóján kötötték. Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítás feltételei szerint nem az alapbiztosítás évfordulóján, hanem a díjfizetési gyakoriság szerinti hónapfordulóján kerül megkötésre, abban az esetben a Diagnosztikai szolgáltatás első diagnosztikai periódusa csak az alapbiztosítás következő biztosítási évfordulóján (0:00 órakor) kezdődik, és az onnantól számított 5. biztosítási évforduló napján 0:00 óráig tart.
- xii) A következő diagnosztikai periódus az előző 5 éves diagnosztikai periódus utolsó napján 0:00 órakor kezdődik és az azt követő újabb 5. biztosítási évforduló napján 0:00 órakor ér véget, amennyiben a Szerződő nem utasítja el a jelen Különös Feltételek 10. a) pontjában meghatározottak szerinti automatikus tartamhosszabbítás lehetőségét. A diagnosztikai periódusok mindaddig ekként meghosszabbodnak, amíg az alapbiztosítás díjfizetési tartama le nem jár, vagy a Biztosított el nem éri a jelen Különös Feltételek 10. f) pontjában meghatározott maximális életkorát. Amennyiben az alapbiztosítás díjfizetési tartamából, illetve a Biztosított maximális életkoráig hátralévő időből már kevesebb mint 5 biztosítási év van hátra, abban az esetben az utolsó diagnosztikai periódus az így hátralévő időtartamra vonatkozik (törtidőszak).
- xiii) Amennyiben tehát az utolsó diagnosztikai periódus rövidebb, mint 5 év (törtidőszak), a Biztosító 5 éves diagnosztikai periódusokra meghatározott Diagnosztikai

tikai szolgáltatásra vonatkozó szolgáltatási kerete akként módosul, hogy a maximális összköltség a törtidőszak tartamával arányosan csökken, míg a szolgáltatási limit a törtidőszakban változatlan. Az időarányos szolgáltatás mértékéről legalább 30 nappal a biztosítási év vége (évforduló) előtt a Biztosító írásban értesíti a Szerződőt.

c) Ha a biztosítási tartam alatt biztosítási esemény nem következett be, akkor a jelen kiegészítő biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

6. Előrehozott szolgáltatás

- a) A Biztosított kérése alapján – figyelembe véve a jelen fejezet b) pontjában meghatározott feltételeket is – a Biztosító előrehozott szolgáltatást nyújt az alábbiakban felsorolt műtétek esetében, amennyiben a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége egyébként beállna:
- i) szívkoszorúér-műtét,
 - ii) szívbillentyűműtét,
 - iii) aortaműtét.
- b) Amennyiben a Biztosítottnál a fentiekben felsorolt műtétek valamelyikének végrehajtását javasolják, a Biztosított írásban igényelheti – a Biztosító honlapján (www.nn.hu) közzétett Előrehozott szolgáltatás iránti igényt bejelentő formanyomtatvány kitöltésével – előre hozott szolgáltatásként a biztosítási összeg 30%-ának kifizetését a Biztosítótól. Az előrehozott szolgáltatásra vonatkozó igénybejelentő nyomtatványon a műtétet végző kórházi osztálynak írásban igazolnia kell a tervezett műtét szükségességét, valamint annak időpontját.
- c) Az előrehozott szolgáltatási igényt a Biztosítottnak a műtét tervezett időpontja előtt legkésőbb 90, de legalább 30 nappal hamarabb kell bejelentenie a Biztosító felé a jelen fejezet b) pontjában meghatározottak szerint.
- d) Az előrehozott szolgáltatás Biztosító által történő teljesítése a hiánytalanul kitöltött és a kórházi igazolást tartalmazó előrehozott szolgáltatásra vonatkozó igénybejelentő nyomtatvány Biztosító székhelyére való beérkezését követő 30 napon belül történik. A Biztosító az előrehozott szolgáltatási igény Biztosító székhelyére történő beérkezésének időpontjában aktuális biztosítási összeg 30%-át fizeti ki a Biztosítottnak.
- e) Amennyiben a Biztosító a biztosítási összeg 30%-át, mint előrehozott szolgáltatást, már kifizette a jelen fejezet a) pontjában meghatározott valamely műtét vonatkozásában, a Biztosító az előrehozott szolgáltatásának alapját képező összegből a fennmaradó biztosítási összeget abban az esetben fizeti ki, ha a Biztosított a műtét végrehajtását követő 60 napon belül benyújtja az ÁÉSZ 2. számú mellékletében meghatározott dokumentumokat a jelen Különös Feltételek 18. pontjában meghatározottak alapján.
- f) Amennyiben az előrehozott szolgáltatásra vonatkozó

igénybejelentő nyomtatványon feltüntetett műtéti beavatkozás tervezett időpontjától számított 90 napon belül nem történik meg a műtéti beavatkozás, az a kockázatvállalás szempontjából a biztosítási szerződést érintő lényeges körülménynek minősül, amely a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezi. Ebben az esetben a Biztosító a 90 napos határidő lejártát követő 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban felmondhatja a Biztosított vonatkozásában. A jelen kiegészítő biztosítás megszűnését követő 15 napon belül a Biztosított köteles a Biztosító által nyújtott előrehozott szolgáltatás összegét a Biztosítónak visszafizetni.

7. A Többszörös kifizetés és annak maximuma

- a) A Biztosító a jelen kiegészítő biztosítás 10. e) pontjában meghatározott teljes tartama alatt legfeljebb háromszor szolgáltatja a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összeget az alábbiak szerint:
- i) Amennyiben a biztosítási esemény a biztosítottnál a jelen Különös Feltételek 4. c) pontjában meghatározott táblázat szerinti 2., 3. vagy 4. csoportban meghatározott súlyos betegségek valamelyike vonatkozásában következik be, akkor a Biztosító szolgáltatását követően a Biztosító kockázatviselése a biztosítási eseménnyel érintett súlyos betegség csoportjára, azaz adott csoport összes súlyos betegsége vonatkozásában, valamint az 1. csoportban meghatározott összes súlyos betegség vonatkozásában megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal. A fennmaradt csoportok súlyos betegségeire a Biztosító kockázatviselése mindaddig fenn áll, amíg az egyes csoportokban meghatározott súlyos betegségek közül valamelyik bekövetkezik. Ezt követően a Biztosító kockázatviselése a biztosítási eseménnyel érintett súlyos betegség csoportjára, azaz adott csoport összes súlyos betegsége vonatkozásában megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal. A fennmaradt csoport súlyos betegségeire a Biztosító kockázatviselése mindaddig fennáll, amíg az adott csoportban meghatározott súlyos betegségek valamelyike bekövetkezik. Ekkor a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal. Az alapbiztosítás a többi kiegészítő biztosítással együtt érvényben marad, kivéve, ha az alapbiztosítás Különös Feltételei ettől eltérően rendelkeznek.
 - ii) **A Biztosított vonatkozásában az egyes biztosítási események bekövetkezésének időpontjai között 12 hónapnak kell eltelnie.** Amennyiben két biztosítási esemény között nem telik el 12 hónap, a Biztosító

- nem teljesít Összeg szolgáltatást, de a kiegészítő biztosítás változatlan feltételekkel életben marad.
- b) A Biztosító egyszer szolgáltatja a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összeget, ha **a biztosítási esemény az 1. csoportban meghatározott súlyos betegségek közül következik be. Ebben az esetben jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára visszamenő hatállyal.**

8. A biztosítás területi hatálya

A jelen Különös Feltételek vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése

- a) az Összeg szolgáltatás tekintetében az Európai Unió területén belül diagnosztizált betegségekre és az Európai Unió területén belül elvégzett, jelen szabályzatban meghatározott műtétekre,
- b) a Diagnosztikai szolgáltatás tekintetében az Európai Unió területén működő egészségügyi intézmény szakorvosa által előírt Képalkotó diagnosztikai vizsgálatokra terjed ki.

9. A biztosítási összeg, szolgáltatási keret

- a) A jelen Különös Feltételek 5. a) pontjában meghatározott Összeg szolgáltatás esetén
- A kezdeti biztosítási összeget a Szerződő választja meg a szerződéskötéskor.
 - A kezdeti biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza.
 - A kezdeti biztosítási összeget növelheti a jelen Különös Feltételek 17. pontjában meghatározott automatikus díjnövelési lehetőség. Az így módon megnövekedett biztosítási összeg a következő növelésig érvényes.
- b) A jelen Különös Feltételek 5. b) pontjában meghatározott Diagnosztikai szolgáltatás esetén a szolgáltatási keretet, amely a biztosítási kötvényen kerül feltüntetésre, a Biztosító állapítja meg. A szolgáltatási keret az alábbi két elemből áll:
- Maximális összköltség: egy diagnosztikai periódusban a szolgáltatási limit figyelembevételével a Biztosító által szervezett és finanszírozott Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok együttes költsége.
Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a maximális összköltség a választott biztosítási összeg függvénye. Legalább 2 millió Ft, de 5 millió Ft-nál alacsonyabb biztosítási összeg választása esetén a maximális összköltség 100 000 Ft. Legalább 5 millió Ft biztosítási összeg választása esetén a maximális összköltség 250 000 Ft.
 - Szolgáltatási limit: egy diagnosztikai periódusban a Biztosító által szervezett és finanszírozott Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok maximális darabszáma, amely vizsgálatok együttes költsége nem haladhatja

meg a maximális összköltséget. Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában 1 darab.

A jelen Különös Feltételek 17. pontjában meghatározott automatikus díjnövelési lehetőség a Diagnosztikai szolgáltatásra nem vonatkozik.

10. A biztosítás tartama, automatikus tartamhosszabbítás, korhatárok

- a) A jelen kiegészítő biztosítás tartama 5 év. A biztosítás tartama minden következő 5 éves tartamra automatikusan meghosszabbodik a jelen fejezet b) és f) pontjában meghatározott korlátozással, amennyiben a Szerződő az 5. biztosítási évfordulóra írásban nem jelzi, hogy a jelen kiegészítő biztosítást nem kívánja meghosszabbítani (a továbbiakban: automatikus tartamhosszabbítás).
- b) A jelen kiegészítő biztosítás tartama a jelen fejezet a) pontjában meghatározottak szerint mindaddig meghosszabbodik, amíg a jelen kiegészítő biztosítás tartama el nem éri az alaptartam díjfizetési tartamának lejáratát, vagy a Biztosított jelen fejezet f) pontjában meghatározott maximális életkorát.
- c) Amennyiben az alaptartam díjfizetési tartamából, illetve a Biztosított jelen fejezet f) pontjában meghatározott maximális életkoráig hátralévő időből már kevesebb mint 5 biztosítási év van hátra, abban az esetben az utolsó biztosítási tartam az így hátralévő időtartamra hosszabbodik meg (biztosítási törtidőszak).
- d) A biztosítási törtidőszakban a Biztosító Összeg szolgáltatásának biztosítási összege változatlan, a Diagnosztikai szolgáltatás szolgáltatási kerete az 5. b) xiii) pontban meghatározottak szerint kerül meghatározásra.
- e) A jelen kiegészítő biztosítás 7. pontjában meghatározott Többszörös kifizetés vonatkozásában a biztosítás teljes tartama alatt a jelen fejezet a)–c) pontjában meghatározottak szerinti valamennyi automatikusan meghosszabbított tartamok összességét értjük.
- f) A biztosítás 18 és 60 éves kor közötti Biztosítottra köthető. A jelen kiegészítő biztosítás az alaptartam díjfizetési tartamának végéig, de legfeljebb a Biztosított 70. életévének (maximális életkor) betöltése évében esedékes biztosítási évfordulóra tarthat.

11. A biztosítás megkötésére vonatkozó rendelkezések

- a) Jelen kiegészítő biztosítás forint pénznemben teljesítendő rendszeres díjfizetésű alaptartamokhoz köthető meg.
- b) Jelen kiegészítő biztosítás megköthető az alaptartam megkötésekor az alaptartammal együtt vagy egy korábban megkötött, 2014. március 15-i vagy azt követő kockázatviselési kezdetű alaptartamhoz, az alábbi módon és együttes feltételekkel:

- i) az alapbiztosítás díjfizetési tartama alatt az alapbiztosítás biztosítási évfordulóján, kivéve, ha az alapbiztosítás Különös Feltételei ettől eltérően rendelkeznek,
 - ii) amennyiben az alapbiztosítás díjjal rendezett, és
 - iii) az alapbiztosítás díjfizetési tartamából még legalább 5 év van hátra, és
 - iv) a Biztosított életkora megfelel a jelen Különös Feltételek 10. f) pontjában meghatározott korhatároknak.
- c) Amennyiben jelen kiegészítő biztosítás megkötésére az alapbiztosítás megkötésével egyidejűleg kerül sor, a biztosítási fedezet létrejöttére és a Biztosító kockázatviselésére az ÁÉSZ 6. §-ának rendelkezései az irányadók.
- d) Amennyiben a Szerződő jelen kiegészítő biztosítást egy, a Biztosítóval már korábban megkötött alapbiztosításhoz kívánja hozzákötni, ezt megteheti a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási ajánlatnak Biztosítóhoz történő eljuttatásával, feltéve, hogy a biztosítási ajánlat legkésőbb 30 nappal az alapbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőzően beérkezik a Biztosító székhelyére. A biztosítási fedezet létrejöttére az ÁÉSZ 6. §-ának rendelkezései az irányadók azzal, hogy a kockázatelbírési határidő ez esetben 30 nap, továbbá hogy a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlat elfogadása esetén a Biztosító új kötvényt állít ki. A Biztosító kockázatviselése az alapbiztosítás adott biztosítási évfordulójának napján 0:00 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási díj a Biztosító számlájára megérkezik és a biztosítási fedezet egyébként létrejön.
- e) Amennyiben a biztosítási ajánlat nem érkezik be a Biztosító székhelyére legkésőbb az alapbiztosítás biztosítási évfordulóját megelőző 30. napon, a jelen kiegészítő biztosítás nem jöhet létre.
- f) A jelen kiegészítő biztosítás megkötéséhez **Egészségügyi vizsgálatra** van szükség. Az Egészségügyi vizsgálat vonatkozásában az ÁÉSZ 2., 4. és 5. §-ai irányadók.

12. A biztosítás díja, a díjfizetési tartam, díjengedmény

- a) Jelen kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő.
 - b) A jelen kiegészítő biztosítás díja – figyelemmel a 10. a) pontban meghatározott automatikus tartamhosszabítás esetére – legfeljebb az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végéig, illetve annak a biztosítási évnél a végéig fizetendő, amelyben a Biztosított betölti a 70. életévét. Biztosítási esemény miatti megszűnés esetén a Biztosító az egész biztosítási évre járó díj megfizetését követelheti.
- A biztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének a végéig fizetendő.

- c) A jelen kiegészítő biztosítás díjában egyaránt érvényesítésre kerül az alapbiztosítás díjfizetési gyakorisága, valamint a díjnagyság után járó díjengedmény.

13. A biztosítási díj és a díjtétel változása

- a) A biztosítás díja és díjtétele változó.
- b) A biztosítási díj az alábbiak következtében változik:
 - i) **A 14. pontban meghatározott, a Biztosított életkorának változásából eredő díjmódosulás következtében,**
 - ii) **A 15. pontban meghatározott, a szerződésre vonatkozó díjtételek módosítása következtében,**
 - iii) **A 16. pontban meghatározott szolgáltatási feltételek módosítása következtében,**
 - iv) **A 17. pontban meghatározott automatikus díjnövelés miatt.**

14. A Biztosított életkorának változásából eredő díjmódosulás

A biztosítási szerződés megkötésekor megállapított **díj a biztosítás első évére (biztosítási év) érvényes. A Biztosító a következő biztosítási évre vonatkozóan jogosult a jelen pontban meghatározottak szerint egyoldalúan módosítani a biztosítás díját.** A jelen kiegészítő biztosítás további egy-egy évre (biztosítási év) szóló díjainak meghatározásánál a Biztosító figyelembe veszi a Biztosított aktuális életkorát. Az új biztosítási díjról a Biztosító legalább 30 nappal a biztosítási év vége (évforduló) előtt írásban értesíti a Szerződőt. Amennyiben a Szerződő az új biztosítási díjat írásban elutasítja, akkor ez a jelen kiegészítő biztosítás Szerződő általi felmondásának minősül, és ez esetben a kiegészítő biztosítás és a Biztosító kockázatviselése a biztosítási évfordulón 0:00 órakor megszűnik. **Ha azonban a Szerződő a biztosítás évfordulójának időpontjáig az új díj vonatkozásában nem nyilatkozik, a Biztosító a megváltozott díjat tekinti érvényesnek, és a Szerződő ezen biztosítási díj megfizetésére köteles.**

15. A szerződésre vonatkozó díjtételek módosulása a kártapasztalat és a külső szabályozási környezet változására tekintettel

A biztosítási szerződés megkötésekor hatályos **kezdeti díjtételek a biztosítás első öt biztosítási évére (biztosítási tartam) érvényesek. A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a biztosítás díjtételeit és ezáltal a díját öt évente egyoldalúan módosítsa,** ha a kártapasztalat előre nem látható romlása vagy a külső szabályozási környezet olyan változása történik, amelyek adó-, közteher- és/vagy tőkeszükséglet-növekedéssel járnak, melyek befolyásolják, illetve befolyásolhatják a nyújtott szolgáltatások díjtételeit/költségeit. **A módosítás mértéke alkalmanként az alkalmazott díjtételekhez képest** akkora lehet,

hogy az aktuálisan alkalmazott díjtételek kezdő évétől számítva az éves átlagos emelkedés ne haladja meg a 20%-os mértéket. Az új díjtételekről és az ezáltal megváltozott díjról a Biztosító legkésőbb 30 nappal minden 5. biztosítási évforduló (biztosítási tartam vége) előtt írásban értesíti a Szerződőt. Amennyiben a Szerződő az új biztosítási díjat és díjtételeket nem fogadja el, jogosult minden 5. biztosítási év végéig (évforduló) a jelen Különös Feltételek 10. a) pontja szerinti automatikus tartamhosszabbítást elutasítani. Ez esetben a kiegészítő biztosítás az adott 5. biztosítási évfordulón (a biztosítási tartam végén) 0:00 órakor megszűnik. **Ha azonban a Szerződő a biztosítás adott 5. évfordulójának időpontjáig az új díj és díjtételek vonatkozásában nem nyilatkozik, a Biztosító a megváltozott díjat és díjtételeket tekinti érvényesnek az automatikusan meghosszabbodott tartamra vonatkozóan, és a Szerződő az ennek megfelelő díj megfizetésére köteles.**

16. A szolgáltatási feltételek módosítása és az ebből fakadó díjtétel változás

- a) A biztosítási szerződés megkötésekor érvényes **szolgáltatási feltételek a biztosítás első öt biztosítási évére (biztosítási tartam) érvényesek. A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatásait és a szolgáltatás feltételeit, valamint az emiatt megváltozott díjtételek alapján kalkulált biztosítási díjat öt évente, a következő biztosítási tartamra vonatkozóan egyoldalúan módosítsa** abban az esetben, ha ez a kockázatközösség védelmében szükséges, továbbá hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechika és az orvostudomány fejlődésével, illetve ha a Biztosító Szolgáltatás szervező partnerével kötött szerződés módosul vagy megszűnik, illetve az új Szolgáltatás szervező partnerrel kötött szerződésben vállalt szolgáltatások eltérőek.
- b) A megváltozott szolgáltatási feltételekről és az emiatt megváltozott díjtételek alapján kalkulált biztosítási díjról a Biztosító legkésőbb 30 nappal minden 5. biztosítási évforduló (biztosítási tartam vége) előtt írásban értesíti a Szerződőt. Amennyiben a Szerződő a megváltozott szolgáltatási feltételeket és az új biztosítási díjat nem fogadja el, jogosult minden 5. biztosítási év végéig (évforduló) a jelen Különös Feltételek 10. a) pontja szerinti automatikus tartamhosszabbítást elutasítani. Ez esetben a kiegészítő biztosítás az adott 5. biztosítási évfordulón (a biztosítási tartam végén) 0:00 órakor megszűnik. **Ha azonban a Szerződő a biztosítás évfordulójának időpontjáig a megváltozott szolgáltatási feltételek és az új biztosítási díj vonatkozásában nem nyilatkozik, a Biztosító a megváltozott szolgáltatást és az új biztosítási díjat tekinti érvényes-**

nek az automatikusan meghosszabbodott tartamra vonatkozóan, és a Szerződő az ennek megfelelő díj megfizetésére köteles.

17. Automatikus díjnövelés

Az alapt biztosítás Különös Feltételeiben meghatározott automatikus díjnövelésre vonatkozó szabályok jelen kiegészítő biztosítás díja és Összeg szolgáltatásának biztosítási összege vonatkozásában maradéktalanul érvényesek.

18. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei, diagnosztikai szolgáltatás igénybevételeének folyamata

- a) Összeg szolgáltatás iránti igény:
Az Összeg szolgáltatás iránti igényt megalapozó biztosítási esemény bejelentésének módját, valamint a szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat az ÁÉSZ 16. §-a és a 2. számú melléklete tartalmazza.
- b) Diagnosztikai szolgáltatás iránti igény:
- i) A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Diagnosztikai szolgáltatás iránti igényét a Biztosítónak akként jelentheti be, hogy a Biztosító honlapján (www.nn.hu) közzétett Diagnosztikai szolgáltatás igénybejelentésére rendszeresített nyomtatványt kitölti és az ÁÉSZ 2. számú mellékletében meghatározott szükséges dokumentumokkal együtt eljuttatja a Biztosító részére postai úton vagy személyesen.
 - ii) A Biztosító a Diagnosztikai szolgáltatása teljesítéséhez az ÁÉSZ 2. számú mellékletében meghatározott dokumentumokat kéri be.
 - iii) Biztosító megvizsgálja az igény jogalapját, és a szolgáltatás igénybeviteléhez szükséges utolsó dokumentum Biztosító székhelyére történő beérkezését követő 5 munkanapon belül telefonon tájékoztatja a Biztosítottat a bíráló eredményéről, egyúttal tájékoztatja a Szolgáltatás szervező partnerét, hogy a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat szervezését megkezdheti. A Biztosító a szolgáltatás igénybeviteléhez szükséges utolsó dokumentum Biztosító székhelyére történő beérkezését követő 30 napon belül postai úton tájékoztatja a Biztosítottat a bíráló eredményéről.
 - iv) A Biztosító Szolgáltatás szervező partnere felveszi a kapcsolatot a Biztosítottal, és egyeztet az időpont és a helyszín tekintetében.
 - v) A Biztosító Szolgáltatás szervező partnere a Biztosító jóváhagyásától számított 5 munkanapon belül köteles a Képalkotó diagnosztikai vizsgálatot leszervezni a Biztosított számára, és a Biztosító jóváhagyásától számított 10 munkanapon belüli időpontot köteles egyeztetni a Képalkotó diagnosztikai vizsgálat elvégzésére.

- vi) Biztosított jogosult a megszervezett Képkalkotó diagnosztikai vizsgálatot két alkalommal, legkésőbb a vizsgálatot megelőző 24 órával lemondani. Ebben az esetben a Szolgáltatás szervező partner újból megszervezi a vizsgálatot a lemondástól számított 5 munkanapon belül, a lemondástól számított 10 munkanapon belüli időpontra. Amennyiben a lemondásra kettőnél több alkalommal kerül sor, a Biztosító megtagadhatja a Képkalkotó diagnosztikai vizsgálat megszervezését és finanszírozását.
- vii) A Képkalkotó diagnosztikai vizsgálat a Biztosítottal előre egyeztetett helyszínen és időpontban történik meg.
- viii) Amennyiben a Képkalkotó diagnosztikai vizsgálat során a vizsgálatot végző szakszemélyzet orvos-szakmai szempontok figyelembevételével a Biztosító által jóváhagyott vizsgálat kiegészítését, kiterjesztését javasolja, felveszi a kapcsolatot a Biztosító Szolgáltatás szervező partnerével jóváhagyást kérve. A Biztosító Szolgáltatás szervező partnere megvizsgálja, hogy indokolt-e az igény, és összefüggésben van-e azzal az egészségügyi problémával, amely miatt a diagnosztikai vizsgálatot a Biztosítottnak előírták, valamint hogy a javasolt kiegészítő vizsgálat szerepel-e a jelen Különös Feltételek 2. d) pontjában meghatározott, a jelen kiegészítő biztosítás által fedezett Képkalkotó diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó táblázatban. Amennyiben az igényt indokoltnak ismeri el, és a vizsgálat kiegészítés összefüggésben van az eredeti egészségügyi problémával, a kiegészítést engedélyezi, költségét a jelen Különös Feltételek 9. b) pontjában és a kötvényen meghatározott maximális összköltség és a jelen Különös Feltételek 5. b) i) és ii) pontjában meghatározottak figyelembevételével a Biztosító finanszírozza. Amennyiben az igény elutasításra kerül, a Biztosított a kiegészítő szolgáltatás költségét az egészségügyi szolgáltatónak köteles a vizsgálat elvégzésekor megfizetni.
- ix) A Képkalkotó diagnosztikai vizsgálat eredményét a vizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatótól kapja meg a Biztosított a vizsgálatot követően a vizsgálat helyszínén, vagy utólag postai úton.
- x) **A Biztosító kifejezetten felhívja a figyelmet, hogy az egészségügyi szolgáltató, valamint ezek alkalmazottja, megbízottja, alvállalkozója által a vizsgálat elvégzése során okozott károkért nem felel, azokért kizárólag az egészségügyi szolgáltató köteles helytállni a vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezései szerint.**

19. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

A teljesítési kötelezettség alóli mentesülés egyéb szabályait az ÁÉSZ 16. §-a tartalmazza.

20. Kizárások

- a) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki:
 - i) arra az esetre, ha a Biztosítottnál a biztosítás tartamán belül, a kockázatviselés kezdetét megelőzően, vagy a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül a jelen Különös Feltételek 4. c) pontjában meghatározott és jelen Különös Feltételek 1. számú Mellékletében definiált betegségek bármelyikét diagnosztizálják, illetve műtétek elvégzését javasolják, vagy ha a Biztosított a kockázatviselés kezdetét megelőzően, vagy a biztosítás tartamán belül a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül ezen betegségekre utaló vagy ezekkel a betegségekkel, műtétekkel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult;
 - ii) a Biztosítottat kezelő szakorvos által a biztosítás tartamán belül, a kockázatviselés kezdetét megelőzően, vagy a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül a Biztosított vonatkozásában bármely szervet, szervrendszert érintő elváltozás diagnosztizálásához előírt Képkalkotó diagnosztikai vizsgálatok szervezésére és finanszírozására;
 - iii) arra az esetre, ha a jelen Különös Feltételek 4. c) pontjában meghatározott és jelen Különös Feltételek 1. számú Mellékletében definiált betegséget az Európai Unió területén kívül diagnosztizálták, illetve a műtétet az Európai Unió területén kívül végezték el;
 - iv) arra az esetre, ha a Biztosított vonatkozásában az elváltozás diagnosztizálásához szükséges Képkalkotó diagnosztikai vizsgálatot nem az Európai Unió területén működő egészségügyi intézmény szakorvosa írta elő;
 - v) **a jelen Különös Feltételek 1. számú mellékletében meghatározott 32 súlyos betegség definíciójánál meghatározott, kockázatból kizárt eseményekre, esetekre;**
 - vi) az emlőultrahang, mammográfia és a CT-lézer mammográfia finanszírozására.
- b) **A kockázatviselésből kizárt további kockázatokat az ÁÉSZ 18–22.§-ai tartalmazzák.**
- c) a jelen Különös Feltételek 20. a) i) pontjában meghatározott, kockázatviselésből kizárt esetek bekövetkezése esetén a befizetett díjnak a jelen kiegészítő biztosításra jutó részét a Biztosító visszautalja a Szerződőnek, jelen kiegészítő biztosítás pedig megszűnik a biztosítási esemény időpontjára visszamenő hatállyal, de az alapbiztosítás a többi kiegészítő biztosítással együtt érvényben

marad, kivéve, ha az alapbiztosítás Különös Feltételei ettől eltérően rendelkeznek.

- d) a jelen Különös Feltételek 20. a) ii) pontjában meghatározott, kockázatviselésből kizárt esetek bekövetkezése esetén a Biztosító Diagnosztikai szolgáltatást nem nyújt, de a jelen kiegészítő biztosítás változatlan feltételekkel érvényben marad.

21. Együttműködési, kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

- a) A Szerződő és a Biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást kötelesek tanúsítani.
- b) A Biztosított balesete vagy megbetegedése esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet a betegség tényének megállapítása szempontjából.
- c) A Szerződő és a Biztosított a Biztosított balesete vagy megbetegedése esetén a Biztosító adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint kötelesek a kárt enyhíteni.
- d) Nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.
- e) A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére az ÁÉSZ 18. §-ában meghatározottak az irányadók.

22. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

- a) A Biztosítottnak a jelen Különös Feltételek 4. c) pontjában meghatározott és jelen Különös Feltételek 1. számú Mellékletében definiált 32 súlyos betegség bármelyikében történő megbetegedése, illetve a jelen Különös Feltételek 4. c) pontjában meghatározott és jelen Különös Feltételek 1. számú Mellékletében definiált műtétek bármelyikének bekövetkezése esetén a jelen Különös Feltételek 7. pontjában meghatározottak szerint és időpontban;
- b) a Biztosított halála esetén, a halál időpontjában;
- c) a Biztosított 70. életévének betöltése esetén, a 70. életév betöltésének évében esedékes biztosítási évfordulón 0:00 órakor;
- d) a jelen Különös Feltételek 10. a), 15. és 16. b) pontjában meghatározottak szerint az automatikus tartamhosszabítás elutasításával a biztosítási évfordulón 0:00 órakor,
- e) a jelen Különös Feltételek 14. pontjában meghatározottak szerint, a Szerződő felmondásával, a biztosítási évfordulón 0:00 órakor;
- f) a jelen Különös Feltételek 20. a) i) pontjában meghatározott kockázatviselésből kizárt esetek bekövetkezése

esetén, a 20. c) pontban meghatározottak szerint, a biztosítási esemény bekövetkezésének napján 24:00 órakor;

- g) az alapbiztosítás díjfizetési tartamának végén;
- h) a díjfizetés elmulasztása esetén (ÁÉSZ 9. §);
- i) az alapbiztosítás megszűnése esetén;
- j) az alapbiztosítás díjmentes leszállítása esetén (ÁÉSZ 13. §);
- k) az ÁÉSZ-ben meghatározott egyéb esetekben.

23. Egyéb szabályok

- a) Az ÁÉSZ 5. §-ában meghatározott, a Biztosítót megillető rendkívüli felmondási jog vonatkozásában nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a Biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.
- b) A jelen kiegészítő biztosítást a Biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg. Egyebekben az ÁÉSZ 5. §-ának rendelkezései az irányadók.
- c) Jelen kiegészítő biztosítás visszavásárlási értékkel, maradékjogokkal nem rendelkezik, továbbá nem érvényesek rá az ÁÉSZ szerződmódosításra, visszavásárlásra, díjmentes leszállításra és kötvénykölcson igénylésére vonatkozó rendelkezései.

1. számú Melléklet

a 935 jelű 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítás Különös Feltételeinek 4. a) pontjában meghatározott biztosítási események meghatározásához és megítéléshez.

A 935 jelű 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítás kizárólag a jelen Mellékletben meghatározott és a leírásoknak teljes mértékben megfelelő súlyos betegségek bekövetkezésére nyújt fedezetet.

Jelen Különös Feltételek vonatkozásában szakorvosi leletnek minősül az olyan, szakorvos által kiállított, eredeti orvosi dokumentum, amely tartalmazza az intézmény megnevezését, naplószámot, a szakorvos pecsétjét és eredeti aláírását.

1. Rosszindulatú daganat

Rosszindulatú daganatnak minősül a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése és szövetek közötti terjedése.

A rosszindulatú daganat meghatározás magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett:

- a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin- és Non-Hodgkin-lymphoma),
- a vérrákot (leukémia) a krónikus lymphoid leukémia kivételével,
- a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatát (melanoma malignum).

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki:

- a helyi, a környezetét nem elárasztó, úgynevezett lokális daganatokra (carcinoma in situ),
- a melanoma malignumon kívüli bármilyen bőrrákra,
- a körülírt, nem a környezetébe törő olyan daganatokra, melyek a korai rosszindulatúvá válás jeleit mutatják,
- HIV-fertőzés mellett fellépő bármely daganatra.

2. HIV – vérátömlesztés következtében

A HIV (Human Immunodeficiency Virus, magyarul **emberi immunhiány-előidéző vírus**) egy embert fertőző vírus, az AIDS nevű betegség kórokozója. A HIV-fertőzést, illetve az AIDS betegséget a pozitív HIV ELISA antitestvizsgálat, illetve a pozitív HIV-megerősítő teszt (Western Blot vagy PCR teszt) igazolja.

A biztosítási fedezet kizárólag arra az esetre vonatkozik, **ha a HIV-fertőzés transzfúzióhoz köthető, és az alábbi feltételek mindegyike együttesen fennáll:**

- a vérátömlesztés orvosilag szükséges volt és a kezelés részeként tekinthető, és
- a vérátömlesztés a kockázatviselés kezdetét követően történt, és
- a fertőzés megtörténtét a vért kiadó intézmény elismerte, és a HIV-fertőzés okát jelentő vért azonosította.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szexuális úton vagy intravénás drog használata során bekövetkező HIV-fertőzésre, illetve a Biztosító kizárja a kockázatviseléséből az olyan HIV-fertőzési eseteket, amelyekben a gyógyító tevékenység eredményeképpen a HIV inaktívvá válik, fertőzőképessége megszűnik, illetve az immunrendszer működése helyreáll (CD4+ sejtek száma tartósan, legalább három hónapig 200/μl felett marad).

3. Jóindulatú agydaganat

Jóindulatú agydaganatnak minősül az agyban található, életvesélyt jelentő daganat, mely állandó idegrendszeri tünetet okoz az érző és a motoros idegműködésben, és legalább 6 hónapon keresztül fennáll. A daganat jelenléte megfelelő vizsgálatokkal, azaz CT-, MRI-vizsgálatokkal igazolandó. Az idegrendszeri tünet meghatározás a következőket foglalja magában: agyideg bénulása, beszédképesség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség.

A biztosítás nem terjed ki a hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyságra, szédülésre, továbbá olyan kórformákra, mint agyi ciszta, granuloma, az agy ereiben (artéria és véna) kialakult elváltozások, haematoma, tályog, a gerincvelő, illetve az agyalapi mirigy daganata.

4. Vakság

Vakságnak minősül mindkét szem látásának baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist szemész vagy neurológus szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie.

Jelen Különös Feltételek vonatkozásában vaknak minősül az,

- akinek látóélessége megfelelő korrekcióval mindkét szemén legfeljebb 5/70, vagy az egyik szemén legfeljebb 5/50, a másik szemén három méterről olvas ujjakat, vagy az egyik szemén legfeljebb 5/40, a másik szemén fényérzékelés nincs, vagy a másik szeme hiányzik,
- akinek közeli látóélessége rövidlátás esetén Csapody V., vagy annál rosszabb, vagy
- akinek látótere mindkét oldalon körkörösén húsz foknál szűkebb.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.

5. Sükettség

Süketségnek minősül mindkét oldali fül hallásának baleseti

eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie, melyet az audiometria és a hallásküszöb-vizsgálat alátámaszt.

Jelen Különös Feltételek vonatkozásában süketnek minősül az, akinek hallásküszöb-értéke a beszédfrekvenciákon mindkét fülön 60 dB felett van.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az időskori hallásvesztésre.

6. Némaság

Némaságnak minősül a beszéd teljes, állandó és visszafordíthatatlan elvesztése, melyet a gége, a hallóideg vagy az agyi hallásközpont balesete vagy visszafordíthatatlan betegsége okozott. A diagnózist neurológus vagy fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva, igazolni a gégeműködés képtelenségét, valamint azt, hogy a beszédképesség elvesztése több mint 6 hónapja tart.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a pszichiátriai okból, autizmus, illetve értelmi fogyatékoság következtében kialakult némaságra.

7. Aortaműtét

Az aortaműtét olyan mellkasi vagy hasi műtétet jelent, mely az aorta aneurysmája, szűkülete, elzáródása vagy disszekciója miatt történt. Az aorta a mellkasi és a hasi aortát jelenti, mely nem foglalja magába annak ágait.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az intraarterialis technikákra (pl.: perkután endovascularis aneurysma műtét).

8. Szívbillentyűműtét

A szívbillentyűműtét nyitott mellkasi szívűműtétet jelent, melynek célja a kóros szívbillentyű(k) kicserélése, illetve korrekciója. A műtét orvosi szükségességét kardiológusnak, illetve szív-érsebésznek kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az intravénás droghasználat mellett kialakult szívbillentyű-károsodás miatt szükségessé váló műtétekre.

9. Sclerosis multiplex

A sclerosis multiplex a központi idegrendszer fehérállományának gócos pusztulásával járó, szakaszosan lezajló betegség, amelynek eredményeképpen a biztosítottnál járás- vagy egyéb idegrendszeri zavarok (például látóideg-gyulladás, érzékszavarok, pszichés zavarok) alakulnak ki.

A Biztosító csak abban az esetben teljesít szolgáltatást, amennyiben az ideggyógyász szakorvos sclerosis multiplex fennállását a hosszmetseti kép alapján írásban, szakorvosi

leletbe foglalva diagnosztizálja, és az alábbi két kritérium **együttes** meglétét igazolja:

- a) A mozgató és az érző idegek állandó funkcionális károsodását, mely folyamatosan legalább 6 hónapja tart, és
- b) az alábbi vizsgálatok támasztják alá: lumbálpunkció, látás, illetve hallás – egyensúly kóros elváltozásai és az MRI által igazolt központi idegrendszeri károsodások.

10. Harmadfokú égés

A jelen Különös Feltételek vonatkozásában harmadfokú égésnek minősül a teljes mélységű, azaz a bőr minden rétegére kiterjedő, a testfelület legalább 20%-át érintő elváltozás. A diagnózist intenzív terápiás vagy sebész szakorvosnak kell írásban igazolnia, szakorvosi leletbe foglalva, részletes és pontos testtérképpel dokumentálva.

11. Aplasztikus anaemia

Az aplasztikus anaemia egy krónikus csontvelőbetegség, mely súlyos vérképzési zavart jelent. A diagnózist hematológus szakorvos írásban igazolja, szakorvosi leletbe foglalva. Aplasztikus anaemiának minősül a csontvelő legalább 25%-át érintő károsodás, feltéve, hogy az alábbi három tényezőtől legalább kettő fennáll:

- a) Az abszolút fehérvérsejt szám kevesebb, mint 500/mm³
- b) A vérlemezék száma kevesebb, mint 20 000/mm³
- c) A reticulocyták száma kevesebb, mint 20 000/mm³

A Biztosító csak abban az esetben teljesít szolgáltatást, ha a Biztosított folyamatosan, legalább 3 hónapon keresztül kezelést kap. Kezelés alatt a többszöri vérátömlesztést, vagy csontvelő-stimuláló gyógyszerek, vagy immunszuppresszív anyagok adását, illetve csontvelő-átültetést vagy őssejtbeültetést értünk.

A biztosításból kizárjuk az időszakos vagy reverzibilis aplasztikus anaemiát.

12. Végállapotú májelégtelenség

A májműködés állandó és végleges károsodása, mely az alábbi három tünet **együttes** fennállását okozza:

- a) tartós sárgaság (össz-szérum bilirubinérték > 200 umol/l legalább 3 hónapon keresztül, 3 ismételt alkalommal meghatározva 1 hónapos időközönként),
- b) ascites (hasvízkór) 1000 ml felett,
- c) máj eredetű encephalopathia (agy funkciók károsodása, melyet neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva igazol).

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májelégtelenségre.

13. Alzheimer-kór

A memória és az intellektuális funkciók állandó és folyamatos leépülése, melyet a standardizált kérdőívek, illetve agyi

vizsgálatok igazolnak. Az Alzheimer-kór diagnózisát neurológus vagy pszichiáter szakorvos állítja fel, írásban, szakorvosi leletbe foglalva. Jelen Különös Feltételek vonatkozásában Alzheimer-kórnak minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.

A jelen Különös Feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- a) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- b) Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközait felcsatolja, illetve levegye;
- c) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerekesszékbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiénié céljából;
- e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a nem szervi eredetű megbetegedésekre, neurózisokra, pszichiátriai betegségekre, agyi keringési zavarra és alkoholfogyasztással összefüggésben kialakult agyi károsodásokra.

14. Kóma

Olyan eszméletvesztést jelent, amely az alábbi **együttes** feltételeknek megfelel:

- a) külső vagy belső ingerekre nem reagál,
- b) legalább 30 napon keresztül fennáll,
- c) a légzést intubációval és mechanikus lélegeztetéssel lehet csak fenntartani.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a gyógyszer által kiváltott kómára, illetve alkohol vagy drog használatával kapcsolatban kialakult kómára, illetve tudatzavarra (túlادagolás, megvonás).

15. Parkinson-kór

A Parkinson-kór egy progresszív neurológiai betegség, mely a motoros és nem motoros funkciók károsodását jelenti. Diagnózisát neurológus szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. **Jelen Különös Feltételek vonatkozásában Parkinson-kórnak minősül** a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi

öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.

A jelen Különös Feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- a) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- b) Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközait felcsatolja, illetve levegye;
- c) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerekesszékbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiénié céljából;
- e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a Parkinson-szindrómára, drog vagy toxikus anyag okozta parkinsonizmusra.

16. Paralízis

Két vagy több végtag működőképességének teljes (100%-os) és végleges elvesztése baleset vagy betegség következtében, amennyiben sem akaratlagos, sem akaratától független mozgás nem észlelhető. A bénulásnak egyértelmű idegrendszeri okának kell lennie. Az ideggyógyász szakorvosnak írásban, szakorvosi leletbe foglalva nyilatkoznia kell arról, hogy a bénulás legalább 3 hónapja tart, végleges, javulásra nincs esély.

A jelen Különös Feltételek vonatkozásában végtagnak minősül:

- a) A teljes alsó végtag, mely magába foglalja a csípő-, térd-, boka- és lábízületeket.
- b) A teljes felső végtag, mely magába foglalja a váll-, könyök-, csukló- és kézízületeket.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra, részleges bénulásra, vírusfertőzés utáni vagy oltási szövődémenként jelentkező átmeneti bénulásra, vagy pszichés okok miatti bénulásra.

17. Súlyos fejsérülés

Súlyos fejsérülésnek minősül az olyan baleseti eredetű koponyasérülés, mely az agyi funkciók károsodásával jár. Ezt ideggyógyász szakorvos állapítja meg írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melyet MRI- és/vagy CT-vizsgálatok eredményével támaszt alá.

Jelen Különös Feltételek vonatkozásában **súlyos fejsérülésnek minősül** a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális

funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapra keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.

A jelen Különös Feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközait felcsatolja, illetve levegye;
- Közeledés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;
- Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a gerincvelő-sérülésre, illetve olyan agyi funkciózavarra, melyet nem baleset okozott.

18. Creutzfeldt-Jakob kór

A Creutzfeldt-Jakob betegség olyan gyógyíthatatlan agyi fertőzőes megbetegedés, mely a mozgást, illetve a mentális tevékenységet gyorsan károsítja. Ideggyógyász szakorvos a kórismét objektív idegrendszeri tünetek, súlyos, romló demencia és EEG alapján állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

19. Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS)

Szisztémás szklerózisnak minősül az olyan, egész szervezetet érintő kötőszöveti betegség, mely progresszív, átható (diffúz) kötőszöveti átépüléssel jár a bőrben, az érfalakban, és a zsigeri szervekben. A diagnózist reumatológus vagy immunológus szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. A diagnózis felállításának feltétele a betegséget igazoló biopszia (szövettan), vérlelet (szerológia), illetve hogy a betegség több szervre ráterjedjen, magában foglalva a szívet, tüdőt, veséket.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- Lokális scleroderma (morphea)
- Eosinophil fasciitis
- CREST-szindróma

20. Súlyos, bélszakasz-eltávolítással kezelt Crohn-betegség

A Crohn-betegség a gyulladásos bélbetegségek egyik típusa, amely a bélrendszer nyálkahártyájának gyulladásával jár,

ezáltal súlyos hasmenéshez és hasi fájdalomhoz vezet. **Jelen Különös Feltételek vonatkozásában súlyos Crohn-betegségnek minősül** az olyan, biopsziával (szövettan) igazolt Crohn-betegség, amely legalább két bélszakasz különböző időpontokban elvégzett műtéti eltávolításával jár, és a megfelelő kezelés ellenére fennáll és tüneteket okoz. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amelyhez csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.

21. Súlyos, vastagbél eltávolítással kezelt colitis ulcerosa

A colitis ulcerosa a gyulladásos bélbetegségek egyik fajtája, ami az emésztőrendszer, általában a vastagbél és a végbél nyálkahártya felületes rétegeit, és jellegzetesen a bélszakasz összefüggő területeit érintő krónikus gyulladásával jár, jellegzetesen hasi fájdalom és hasmenés kíséri. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

Jelen Különös Feltételek vonatkozásában súlyos colitis ulcerosának minősül az olyan, biopsziával (szövettan) igazolt colitis ulcerosa, amely a teljes vastagbélszakasz műtéti eltávolításával jár.

22. Végző stádiumú tüdőbetegség

Végző stádiumú, idült légzési elégtelenséghez vezető tüdőbetegség megállapításának feltételei a következők:

- FEV1 < 60% ismételten: legalább 3 alkalommal, 3 hónapos időközökben mérve, minden alkalommal, és;
- folyamatos oxigénterápia alkalmazása szükséges a fennálló oxigénhiány kezelésére, és;
- az ütőérvérgáz-analízis szerint az oxigénnyomás 55 Hgmm-nél alacsonyabb, és
- nyugalmi légszomj áll fenn.

A végleges diagnózist tüdőgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

23. Szisztémás lupus erythematosus (SLE)

Az SLE a test több szervét érintő autoimmun betegség, amelynek tünetei időnként felerősödnek, időnként lecsökkennek. Az SLE diagnózist reumatológus, immunológus, belgyógyász-nefrológus vagy ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:

- típusos bőrjelenségek (pillangószárnny erythaema, discoid bőrküetés),
- sokizületi gyulladás,
- serositis,
- SLE által kiváltott vérképzőszervi és immunológiai kóros elváltozások,
- pozitív antinukleáris antitest kimutatása vérvizsgálat során,
- központi idegrendszeri károsodás,
- vesekárosodás.

A vesekárosodás megállapításának jelen Különös Feltételek vonatkozásában feltétele a tartós fehérjevizelés fennállása napi 0,5 gramm feletti vizeletfehérje-ürítés esetén.

A központi idegrendszer tartós károsodása megállapításának jelen Különös Feltételek vonatkozásában feltétele az idegrendszeri fizikális vizsgálat alapján, ideggyógyász szakorvos által írásban, szakorvosi lelet formájában igazolt objektív mozgató vagy érző idegkárosodás, mely legalább 3 hónapja fenn áll. **Görcsrohamok, fejfájások, kognitív (tudati) és pszichiátriai eltérések nem tekintendők** a központi idegrendszer tartós károsodásának.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a discoid lupusra.

24. Cardiomyopathia

A cardiomyopathia a szívizomzat szerkezeti és funkcionális károsodása. A diagnózist kardiológus vagy belgyógyász szakorvos állítja fel tartós balkamra-károsodás esetén írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melynél az ejekciós frakció (EF) 25%-nál kisebb és – megfelelően beállított, stabilizált kezelés mellett – legalább 6 hónapon keresztül olyan súlyos fizikális aktivitási korlátot jelent, mely megfelel a IV. stádiumú New York Heart-beosztásnak.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló szívizomzat-károsodásra.

25. Heveny súlyos májgyulladás

A heveny **májgyulladás** a **máj heveny** megbetegedése, melyet elsősorban különböző **vírusfertőzések**, de más károsító hatások is okozhatnak. **Jelen Különös Feltételek vonatkozásában heveny súlyos májgyulladásnak minősül** a teljes májelhalás, mely hirtelen májelégtelenséghez vezet. A diagnózis kimondásához a következő feltételek együttes, legalább 2 héten keresztül történő fennállása szükséges:

- Hirtelen, nagyfokú romlás a májfunkciós laborparaméterekben (GOT, GPT, GGT közül legalább 2 > 1000 U/l),
- Mélyülő sárgaság (összbilirubin > 200 umol/l),
- Hepaticus encephalopathia (agyi funkciók károsodása, melyet neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva igazol).

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májkárosodásra.

26. Végtag elvesztés

Egy végtag végleges elvesztése, balesetből vagy betegségből kifolyólag, boka, illetve csukló feletti magasságban elszenvedve.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra.

27. Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás

A diagnózist ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben a jelen pont máso-

dik bekezdésében meghatározott feltétel fennáll, a következő betegségek megállapítása esetén: spinális muszkuláris atrofia, progresszív bulbáris bénulás, amiotrófiás laterálszklerózis vagy primer laterálszklerózis.

A kortikospinális pályák, vagy az elülső sarv sejtek, vagy a bulbáris efferens neuronok progresszív károsodásának fennállása szükséges. Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított idegrendszeri eredetű károsodásának fennállása szükséges a diagnózis felállításához.

28. Szívinfarktus

A szívizomzat egy részének minden réteget érintő – transmuralis – elhalása, amelyet a megfelelő terület hirtelen kialakuló vérellátási elégtelensége okoz.

A diagnózis megállapításához az alábbi feltételek közül legalább háromnak teljesülnie kell:

- jellegzetes panasz,
- nekroenzim-emelkedés,
- specifikus EKG-eltérés,
- szívultrahang (hypo- vagy akinesis),
- pozitív coronarographia.

29. Agyi érkatasztrófa

Az olyan hirtelen fellépő idegrendszeri történés, agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embóliaforrásból eredő agyi embólia, amelynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak. Az akut idegrendszeri tünetek meghatározása az alábbiakat foglalja magában: agyideg bénulása, beszédképesség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség.

A biztosítás nem terjed ki az idegrendszeri történést követően kialakuló hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyságra, szédülésre, balesetből eredő koponyaűri vérzésekre, illetve az átmeneti (24 óránál rövidebb ideig tartó), maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarokra.

30. Koszorúérműtét

Az a nyitott mellkasban végzett operáció, melynek célja a koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetése lábszárvénából, illetve mellkasból vett érpótlással.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, melyek közül ma ismert a ballonkatéterrel végzett tágitás, illetve a koszorúér keringésének biztosítása céljából behelyezett bármely típusú stent- (sztent-) műtét.

31. Szervátültetés

Az a szív-, szív-tüdő-, máj-, illetve veseátültetés, ahol a Biztosított mint szervet kapó (recipiens) szerepel.

A biztosítás a szervet adóra (donor) nem terjed ki. A biz-

tosítás csontvelő-, illetve hasnyálmirigy-átültetésre nem terjed ki.

32. A veseelégtelenség

Mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző funkcióját jelenti, mely legalább 60 napon keresztül tartó dialíziskezelést tesz szükségessé.

Budapest, 2015. június 5.