



GB101 JELŰ DÍJFIZETÉS ÁTVÁLLALÁSÁRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS RETTEGETT BETEGSÉGEK ESETÉRE KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. § Általános rendelkezések

A Díjfizetés átvállalására szóló kiegészítő biztosítás rettegett betegségek esetére jelen Különös Feltételek, valamint az OTP Garancia Biztosító Rt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei alapján jön létre az OTP Garancia Biztosító Rt. (székhelye: 1051 Budapest, Október 6. u. 20., továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.

Amennyiben a Különös Feltételek bármely rendelkezése eltér az Általános Feltételekben foglaltaktól, a Különös Feltételek rendelkezései az irányadók.

A jelen feltétel alapján létrejövő biztosítási szerződésben a biztosító kockázatvállalása kiterjed a jelen szerződésben megfogalmazott biztosítási eseményekre.

2. § Fogalmak

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) Biztosítási esemény

- Roszzindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása,
 - Szívroham diagnosztizálása,
 - Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét végrehajtása,
 - Stroke (maradandó agykárosodások) diagnosztizálása,
 - Veseelégtelenség diagnosztizálása,
 - Létfenntartó szerv átültetése,
 - Vakság diagnosztizálása,
 - Súlyos égési sérülés diagnosztizálása,
 - Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálása,
 - Szklerosis multiplex diagnosztizálása,
 - Vértranszfúzióból származó HIV vagy AIDS fertőzés diagnosztizálása,
- amennyiben a szóban forgó diagnosztizálás, műtét a biztosítás tartamán belül ténylegesen megtörtént a biztosítottnál, és a diagnózist a biztosított 28 nappal túlélte.

(2) Főbiztosítás: A szerződő által a biztosító rendelkezései szerint a biztosítónál megkötött biztosítás.

(3) Szerződő: Az a személy, aki az ajánlatot teszi, a biztosítóval a biztosítási szerződést megkötö, és a biztosítás díját fizeti. A szerződő azonos is lehet a biztosítottal.

(4) Biztosított: Jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződésben biztosítottként megjelölt természetes személy. Jelen kiegészítő biztosítás egy vagy két biztosítottra köthető.

(5) Kedvezményezett: Jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés szerződője.

(6) Várakozási idő: A biztosító a 2. §-ban meghatározott eseményekre vonatkozóan a kockázatviselés kezdetének tekintetében 6 hónap várakozási időt köt ki.

3. § A biztosítás létrejötte és tartama

(1) Jelen feltételek alapján ezen kiegészítő biztosítás megköthető

- a főbiztosítás megkötésével egyidejűleg, a főbiztosítás díjfizetési tartamával azonos tartamra;
- a főbiztosítás díjfizetési tartama alatt, a főbiztosítás biztosítási évfordulójakor, a főbiztosítás díjfizetési tartamából hátralévő tartamra.

Jelen feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás tartama minimum 5 év.

(2) Ha a főbiztosítás díjfizetési tartama során megkötendő kiegészítő biztosításhoz orvosi vizsgálat is szükséges, akkor csak úgy köthető meg a kiegészítő biztosítás, ha az orvosi vizsgálat költségeit az ügyfél magára vállalja.

4. § A betegségek meghatározása

Jelen feltételek alkalmazása szerint a betegségek meghatározása a biztosítási védelem szempontjából a következő:

(1) Rák: Egy vagy több rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, beleértve a leukémiát (a krónikus limfocitózis leukémián kívül), a nyirokmirigyekből kiinduló rosszindulatú daganatokat (limfómák) és a Hodg-

kin betegséget is, amelyeket a rosszindulatú sejtek ellenőrizhetetlen növekedése és áttételei, valamint az egészséges szövetekre történő ráterjedése és azok megsemmisítése jellemeznek. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia. **Jelen kiegészítő biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:**

- A rák rosszindulatú elváltozásait in situ mutató daganatokra (beleértve a CIN-1, CIN-2, CIN-3 típusú cervicális dysplasiát is), vagy amelyeket szövettanilag rosszindulatúvá válása előtti állapotúnak írtak le.
- Melanomákra, amelyek a szövettani vizsgálat szerint kevesebb, mint 1,5 mm vastagságúak, vagy amelyek ráterjedése a „Clark Level 3” mélységet nem éri el.
- A bőr valamennyi fokozott elszarusodásával járó állapotára, illetve basalis rákjára.
- A bőr valamennyi pikkelysejt karcinómájára, hacsak nem más szervekre is áttért.
- Kaposi szarkómára, és a HIV fertőzéshez, illetve az AIDS-hez kapcsolódó egyéb daganatokra.
- Prostata rákra, melyet szövettanilag TNM klasszifikáció T1-ként írtak le (beleértve a T1 (a) vagy T1 (b), vagy ennek megfelelő, vagy más alacsonyabb klasszifikációt is).

(2) Szívroham: A szívizom egy részének elhalását jelenti, annak eredményeként, hogy nem megfelelő a kérdéses terület vérellátása, és mindez tipikus mellkasi fájdalom, új EKG elváltozások és a megemelkedett szívenzim értékek szintje bizonyítja.

(3) Szívkoszorúér megkerülő műtetei (by-pass): A szívkoszorúér by-pass beültetés azt jelenti, hogy szívsebész szakorvos tanácsára aktuális by-pass műtétet hajtanak végre, hogy a koszorúerek elzáródását vagy szűkületét korrigálják. Nem minősülnek by-pass műtétnek az olyan nem műteti technikák, mint például az érplasztika, a lézeres kezelés vagy nem sebészeti eljárások.

(4) Stroke (maradandó agykárosodások): Olyan agyi érrendszeri történések, amelyek 24 óránál hosszabb ideig tartó neurológiai következményekkel járnak, beleértve az agyszövetek infarktuszát, az agyvérzést és az agyembóliát koponyán kívüli forrásból. A tartós idegrendszeri károsodást egy neurológusnak kell megerősítenie legkorábban 6 héttel az esemény után, ennél korábbi kárigény nem fogadható el. Ki vannak zárva olyan agyi tünetek, mint például a migrén, traumából vagy a csökkent oxigéntartalomból származó agyi sérülés, a szemet vagy a látóideget érintő érrendszeri betegségek, az egyensúlyi rendszer vérellátási rendellenességei.

(5) Veseelégtelenség: A vesék működésének krónikus visszafordíthatatlan leállását jelentő betegség utolsó szakasza, amelynek eredményeként rendszeres dialízist végeznek vagy veseátültetést hajtanak végre.

(6) Alapvető szerv átültetése: A paciensenél tényleges szív (teljes szív), tüdő, máj, vese hasnyálmirigy (csak a Langerhans szigetsejtek transzplantációja nem) vagy csontvelő átültetést hajtanak végre.

(7) Vakság: Mindkét szem látásának teljes, klinikailag igazolt, visszavonhatatlan elvesztése akut betegség vagy baleset eredményeként. A vakságot szemészorvosnak kell diagnosztizálnia.

(8) Súlyos égési sérülés: Harmadfokú égési sérülés, amely a testfel-szín legalább 20%-át érinti, ahogyan ezt az ún. „9-es szabály”, vagy a „Lund and Browder Body Surface Chart” által mérik.

(9) Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség (hosszútávú gondoskodás): Ez a feltétel azt jelenti, hogy a biztosított személy betegsége vagy baleset miatt teljesen és visszavonhatatlanul képtelenné vált arra, hogy más személy nélkül elvégezzen az alábbi 6 kategóriából legalább 4 tevékenységet.

- Személyi higiénia: A személyes tisztaság fenntartásához szükséges mértékű mosdás, fürdés.
- Öltözködés: Az összes szükséges ruhadarab fel-, illetve levétele.
- Mozgás: Egyik szobából a másikba való mozgás, leülés, felállás ágyról vagy székről.
- Évés, ivás: Az elkészített étel, ital elfogyasztása.

e. WC használat: A WC-re való leülés, onnan való felállás és a személyes higiénia biztosítása.

f. Kontinencia: A vizelet és széklet ürítési funkciók önkontrollja.

(10) Szklerosis multiplex: Kórházban dolgozó neurológus szakorvos által diagnosztizált egyértelmű szklerosis multiplex a demielinizáció, a persztáló neurológiai rendellenességekre és a funkciók leromlásának tipikus tüneteivel. A diagnózis megerősítését neurológiai vizsgálatokra alapozzák (pl.: lumbalpunkció, látási, hallási reakciók mérése, központi idegrendszeri MRI).

(11) Vértranszfúzióból származó HIV vagy AIDS fertőzés:

A biztosított személy HIV vagy AIDS fertőzött, ha:

- a fertőzés olyan transfúciónak tulajdonítható, melyet az illető jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötése után kapott;
- a transfúziót végző intézmény elismeri a felelősséget;
- a fertőzött biztosított személy nem hemofilias;
- életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

5.5 Kockázatelbírálás

A biztosító az ajánlat felvételekor kéri a biztosítottra vonatkozó egészségi nyilatkozatot vagy a biztosító által meghatározott orvosi vizsgálatot.

6.5 A biztosítás megszűnése

Jelen feltételek alapján megkötött kiegészítő biztosítás megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésekor;
- a főbiztosítás díjmentes leszállítása esetén;
- a főbiztosítás díjfizetésének szüneteltetésekor;
- a kiegészítő biztosítás felmondásakor;
- díjnemfizetéskor.

7.5 A biztosítási díj

(1) A biztosítási díj igazodik a biztosított neméhez, életkorához, valamint jelen kiegészítő biztosítás tartamához.

(2) A díjfizetés gyakorisága a főbiztosításával azonos.

(3) Jelen kiegészítő biztosítás díja a főbiztosítással együtt fizetendő.

(4) Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási díja a biztosítási esemény bekövetkezéséig, legfeljebb a 6.§ a.-d. pontjában meghatározott események bekövetkeztéig esedékes.

8.5 A biztosító szolgáltatása

(1) A 2.§-ban felsorolt biztosítási események bekövetkezése esetén a főbiztosítás változatlan feltételek mellett, további díjfizetési kötelezettség és indexálás nélkül fennmarad.

(2) A biztosító egyben átvállalja a főbiztosítás megtakarítási díjának fizetését.

(3) A biztosító egy szerződés esetén a 8.§ (1) pontjában meghatározott események bekövetkezése esetén csak egy esemény vonatkozásában nyújt szolgáltatást. Több betegség együttes fellépésekor vagy a biztosítási eseményt követő újabb betegség fellépésekor is csak egy esemény vonatkozásában nyújt a biztosító szolgáltatást.

(4) Amennyiben a jelen feltételek mellett létrejött szerződés alapján a biztosító szolgáltatást nyújt, úgy a főbiztosítás haláleseti szolgáltatásának vonatkozásában a biztosító eltekint a haláleseti többszolgáltatástól.

(5) Ha a biztosítottnál a 2.§-ban meghatározott biztosítási események közül egyetlen egy sem következett be a szerződésben meghatározott biztosítási tartam lejártáig, akkor jelen kiegészítő biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

(6) A várakozási idő tartamán belül bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosító visszautalja a jelen kiegészítő biztosítás befizetett díjait a szerződő részére, és jelen kiegészítő biztosítás szolgáltatás teljesítése nélkül megszűnik.

9.5 A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

A biztosítási eseményt a biztosítóhoz a szolgáltatás iránti igénnyel együtt a bekövetkezéstől számított 30 napon belül be kell jelenteni.

A biztosító a 2.§-ban felsorolt biztosítási eseményekre szóló igényeket az alábbi dokumentumok megléte esetén fogadja el. A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvosakértője bírálja el. A felsorolt dokumentumok mellett a biztosító orvosa más dokumentumok bekérését, további vizsgálatok elvégzését kezdeményezheti.

(1) Rosszindulatú daganatos (rák) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján történik.

(2) Szívroham (infarctus) elfogadásának feltételei a következők:

- a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
- az infarctusra jellemző EKG eltérések megléte;

c. a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.

A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarctus diagnosztizálásához.

(3) Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtėti leírás vagy annak kivonata szükséges.

(4) Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 6 hét múlva a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik az esemény elfogadása.

(5) Veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésre vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialysis igazolásával kerül elfogadásra.

(6) Létfonosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.

(7) Vakságot, amely betegség vagy baleset miatt következett be, szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.

(8) Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.

(9) Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásnak elfogadása a biztosító által megbízott orvosszakértő vizsgálata alapján történik.

(10) Szklerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórelőfolyás, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.

(11) Vértranszfúzióból származó HIV, vagy AIDS fertőzés diagnosztizálásának elfogadása a HIV vírus fertőzés laboratóriumi diagnosztizálásán, illetve a szerzett immunhiányos szindróma (AIDS) klinikai laboratóriumi eltérések dokumentálásán alapul, feltéve, hogy a 4.§ (11) pontjában felsorolt feltételek fennállnak.

A szívkoszorúér megkerülő műtete és a szervtranszplantáció műtete előtt, ha az nem Magyarországon történik, a biztosító orvosszakértőjével történő konzultáció szükséges.

10.5 Értékkövetés indexálással

(1) Jelen biztosítási szerződés indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatással azonosan történik.

(2) A kiegészítő biztosítás tekintetében az indexálás kötelező érvényű, ha a szerződő a főbiztosításnál az indexálás mellett döntött, illetve ha a főbiztosítás Különös Feltételei így rendelkeznek.

(3) Amennyiben a szerződő a következő díjfizetés alkalmával az indexszámmal megnövelt díjat fizeti meg, akkor az emelt díjfizetéstől kezdődően a biztosítási jogviszony megemelt szolgáltatással és díjjal folytatódik.

11.5 Kizárások

A biztosító a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeiben megfogalmazott kizárásokon túl nem nyújt szolgáltatást:

- öngyilkosság vagy öncsonkítás esetén;
- bűncselekményekben és azok kísérletében való részvételből fakadó, a biztosított szándékos magatartásával összefüggő biztosítási eseményekre;
- a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel, illetve a kockázatviselés kezdetét megelőzően megkezdődött betegséggel kapcsolatban bekövetkező és azokkal okozati viszonyban lévő biztosítási eseményekre.

12.5 Maradékjogok

Jelen biztosítási szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik, díjmentesen leszállítani, visszavásárolni nem lehet.

13.5 Záró rendelkezések

(1) A biztosítás vonatkozásában a biztosító kötvénykölcsönt nem nyújt.

(2) Jelen Különös Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek, a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. Törvény és egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadóak.