

A **Posta Családi Biztosítás** Különös Szerződési Feltételek (KSZF) tartalmazzák a biztosításra vonatkozó speciális rendelkezéseket. Az ajánlat aláírásának időpontjában hatályos Baleset- és Betegségbiztosítás Általános Szerződési Feltételek (ÁSZF) és a jelen Különös Szerződési Feltételek (KSZF) együtt alkotják a **Posta Családi Biztosítás** szerződés feltételeit, azzal, hogy eltérés esetén a KSZF az irányadó.

1. Fogalmak

- 1.1. **Agyi érkatasztrófa:** az agyi érkatasztrófa olyan hirtelen fellépő idegrendszeri történés – agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embólia forrásból eredő agyi embólia –, amelynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak és a következménye maradandó idegrendszeri károsodás (érzékszervi, mozgásszervi) mely 60 nap után kimutatható és igazolható.
- 1.2. **Családi módozat: a biztosítási szerződés legalább egy, legfeljebb két nagykorú Biztosítottat** (egy Biztosított és egy Társbiztosított), illetve a Biztosított és Társbiztosított Gyermekeit foglalhatja magában.
- 1.3. **Egyéni módozat:** a biztosítási szerződés egy Biztosított személyre köthető.
- 1.4. **Koszorúérműtét:** a koszorúérműtét célja két vagy több koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetése. A műtét nyílt mellkasi beavatkozás során végezhető el.
- 1.5. **Orvosi asszisztencia szolgáltatás:** a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló érvényes hatósági engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató által a Biztosítottak, Társbiztosítottak és Gyermekeik számára igénybe vehető, a szerződés mellékletét képező 7/24 órás orvosi asszisztencia szolgáltatás szerződési feltételeknek megfelelő egészségügyi szolgáltatások köre.
- 1.6. **Roszzindulatú daganat:** rosszindulatú daganat a rosszindulatú sejtek ellenőrizhetetlen növekedése és terjedése, a szövetek elburjánzása. A rosszindulatú daganat meghatározás magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin, Non-Hodgkin lymphoma és plazmasejtes myeloma) és a leukémiát is, a chronikus lymphoid leukemia kivételével.
- 1.7. **Szívinfarktus:** akut szívizomelhalás, szívroham. A vérkeringésnek egy, a szívizom körülírt részén történt elakadása következtében kialakult helyi szívizomelhalás.
- 1.8. **Gyermek:** jelen KSZF vonatkozásában gyermek a nagykorú Biztosított/Társbiztosított vérszerinti, vagy örökbefogadott 18 éven aluli (kiskorú) gyermeke, unokája.
- 1.9. **Biztosítottnak minősülő személy:**
 - ▶ Egyéni módozat: - **Biztosított** a szerződés megkötésekor 0-60 év közötti természetes személy
 - ▶ Családi módozat: - **Biztosított** a szerződés megkötésekor 18-60 év közötti természetes személy
 - **Társbiztosított** a szerződés megkötésekor 18-60 év közötti természetes személy
 - **Gyermek** a KSZF 1.8. pontja szerint.

2. Biztosítási csomag, biztosítási összegek

A biztosító négy biztosítási csomagot ajánl, melyek egyéni és családi módozatban kerülhetnek megkötésre. A biztosítási csomagokhoz és a módozatokhoz tartozó szolgáltatások a jelen KSZF 1. sz. mellékletében találhatóak.

3. Tartam

A biztosítási szerződés **kizárólag határozatlan tartamra köthető.**

4. A biztosítási szerződés alanyai

- 4.1. **Jelen biztosítás Családi módozat keretében köthető Társbiztosítotttra is. Társbiztosítottként kizárólag a Biztosított egy háztartásban élő házastársa, élettársa jelölhető meg.**
- 4.2. **A biztosítás kockázatviselésének kezdetén a Biztosított egyéni módozat esetén 0-60 éves, családi módozat esetén 18-60 éves, míg a Társbiztosított 18-60 éves kor közötti személy lehet. A biztosító kockázatviselése a Biztosított/Társbiztosított 65 éves kor elérése esetén az évforduló napjáig, míg a szerződésben szereplő Gyermekekre a 18. életév betöltéséig áll fenn.**
- 4.3. **A haláleseti szolgáltatás kivételével a Kedvezményezett a biztosítási eseménnyel érintett Biztosított/Társbiztosított, a szerződésben szereplő Gyermekek esetében a felügyeleti jogot gyakorló szülő.**
- 4.4. Ha a Szerződő és a Biztosított/Társbiztosított személye nem azonos, Haláleseti Kedvezményezettet a Biztosított vonatkozásában a Szerződő és a Biztosított, a Társbiztosított vonatkozásában a Szerződő és a Társbiztosított közös nyilatkozatával írásban lehet jelölni és módosítani.

5. Kockázatbírálás, várakozási idő

- 5.1. **Jelen szerződés** betegségből eredő műtétet és kritikus betegségre szóló fedezetet nyújtó **csomagjai** (III., IV. csomagok) **tekintetében:**
 - ▶ **Egyéni módozat a Biztosított egészségi nyilatkozat kitöltése esetén köthető. A várakozási idő a betegségbiztosítási eseményekre vonatkozóan 6 hónap.**

- ▶ **Családi módozat akkor köthető, ha a Biztosított egészségi nyilatkozatot tölt ki személyére és a szerződésben szereplő Gyermekek vonatkozásában. A várakozási idő a betegségbiztosítási eseményekre vonatkozóan 6 hónap. A Társbiztosított vonatkozásában** ugyanezekre a biztosítási eseményekre
 - a biztosító **6 hónap várakozási időt köt ki, amennyiben az egészségi nyilatkozat a technikai kezdettől számított 15 munkanapon belül beérkezik** a biztosító felé;
 - a biztosító **2 év várakozási időt köt ki, amennyiben az egészségi nyilatkozat a technikai kezdettől számított 15 munkanapon belül nem érkezik be** a biztosító felé.

A várakozási idő alatt bekövetkező betegségbiztosítási eseményekre a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

5.2. **A biztosító a baleseti eredetű biztosítási események vonatkozásában várakozási időt nem köt ki.**

6. Biztosítási események

A biztosítási csomagok az alábbi biztosítási fedezetek kombinációjaként kerültek összeállításra:

Baleseti eredetű biztosítási események

Balesetbiztosítási szempontból biztosítási eseménynek minősül az a baleset (ÁSZF 1.1. pont), melynek eredményeképpen a Biztosítottnak minősülő személy olyan szakorvosi irattal igazolható, heveny módon bekövetkező anatómiai károsodást szenved, mellyel okozati összefüggésben valamely, jelen fejezetben meghatározott biztosítási esemény következik be.

- 6.1. **Baleseti halál** az ÁSZF 1.2. pontjában meghatározott biztosítási esemény.
- 6.2. **Baleseti eredetű rokkantság:** a Biztosítottnak minősülő személy egészsége balesetből adódóan bizonyítható módon a balesettől számított egy éven belül véglegesen 30%-ot elérő vagy azt meghaladó mértékben károsodott (rokkantság). Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a végleges rokkantsági határozat kiadásának napja.
- 6.3. **Baleseti eredetű csonttörés:** balesetből adódóan bekövetkezett csonttörés, ahol a külső mechanikai behatás következtében a csont folytonossága teljes keresztmetszetében megszakad. **Nem biztosítási esemény a csontrepedés, fogtörés, és fogpótlás.** Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a csonttörés napja.
- 6.4. **Baleseti eredetű kórházi fekvőbeteg-ellátás:** a Biztosítottnak minősülő személy balesete miatt 1 éven belül ok-okozati összefüggésben bekövetkezett, orvosilag indokolt, 3 napot meghaladó, legalább 24 órás kórházi fekvőbeteg-ellátása (ÁSZF 1.11.). **Nem minősül biztosítási eseménynek a rehabilitáció, a terhesség-megszakítás, vagy a fogamzásgátlás formái, a mesterséges megtermékenyítés, a gyógypedagógiai ellátás, a plasztikai műtétek és ápolások, természetgyógyászati kezelések, valamint a gyógytorna és a szerződésalkotás ismert betegségek és műtétek miatti kórházi kezelések.** Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fekvőbeteg ellátás negyedik napja.
- 6.5. **Baleseti eredetű műtét: jelen szerződés szerint baleseti eredetű az a műtét, mely ok-okozati összefüggésben áll a tartam alatt bekövetkező balesettel.** A részletes műtéti lista megtalálható a Biztosító honlapján. Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének a napja.
- 6.6. **Baleseti eredetű plasztikai műtét**

Biztosítási esemény, ha a Biztosítottnak minősülő személy baleset következtében olyan mértékben károsodik/deforálódik, hogy szakorvosi javaslatra a biztosítás kockázatviselése alatt kórházi rekonstrukciós műtét elvégzése válik szükségessé. **A jelen szerződési feltételek alapján csak az olyan plasztikai műtét minősül biztosítási eseménynek, amelyet a kockázatviselési idő alatt bekövetkezett balesetet követő 2 éven belül szakorvosi javaslatra végeztek el.** Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének a napja.

Nem biztosítási esemény a Biztosítottnak minősülő személy korábbi esztétikai célú plasztikai műtétet követő rekonstrukciós műtétje, valamint orvosi műhibából eredő rekonstrukciós műtét, illetve a kozmetikai jellegű műtétek.

6.7. Baleseti égés

Biztosítási esemény, ha a Biztosítottnak minősülő személy baleset következtében a legalább II. fokú égési sérülést szenved. Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

Betegséggel kapcsolatos biztosítási események

6.8. Betegségből eredő műtét

Jelen szerződés szerint betegségből eredő az a műtét, mely ok-okozati összefüggésben áll a tartam alatt diagnosztizált betegséggel. A részletes műtéti lista megtalálható a biztosító honlapján. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének napja.

6.9. Kritikus betegséggel összefüggő biztosítási események

Biztosítási eseménynek számít, ha a Biztosítottnak minősülő személy a biztosítási tartamon belül

▶ **rosszindulatú daganatos betegségben megbetegszik. Nem biztosítási esemény**

- a körülírt, a környezetét nem elárasztó ún. lokális daganat (carcinoma in situ), a szövettanilag premalignus, korai stádiumú, non-invazív daganat (ide számítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 méhnyaki diszpláziákat),
- korai stádiumú prosztatatarák (T1a, 1b, 1c),
- bazálsejtes rák (basalioma), pikkelyes bőrrák (epithelioma), áttét nélküli melanoma, ha a tumor vastagsága 1,5 mm alatt van vagy a Clark osztályozás szerint a 3-as szint alatti,
- HIV vírus jelenléte mellett kialakult malignus tumorok,

- pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papilláris mikrocarcinómája,
- húgyhólyag papilláris mikrocarcinómája,
- RAI III stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus lymphoid leukémia.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

- ▶ **szívinfarktust szenved. A diagnózist a biztosító az alábbi kritériumok együttes fennállásánál tekinti megalapozottnak: típusos mellkasi fájdalom, friss és bizonyító EKG-eltérés, szívizom elhalására specifikus enzimek (kardiális) felszaporodása a vérben. Nem biztosítási esemény a nem ST-szakasz elevációval járó, emelkedett Troponin I vagy T-vel kísért szívinfarktus (NSTEMI) és a non-Q infarktus.** A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.
- ▶ **agyi érkatasztrófát szenved. Nem biztosítási esemény a baleseti eredetű koponyán belüli vagy agyhártya alatti vérzés, illetve az átmeneti, maradandó tüneteket nem okozó agyi vérkeringési zavar (TIA), lacunaris stroke idegrendszeri jelek nélkül.** A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának a napja.
- ▶ **szívkoszorú érműtéten esik át. Nem biztosítási esemény a ballonkatéterrel végzett tágítás, illetve a koszorúér részleges vagy teljes elzáródásának lézeres kezelése.** A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének a kezelőorvos által igazolt napja.

Bármely diagnózis megállapítása csak akkor számít biztosítási eseménynek, ha a betegség első diagnosztizálása a biztosító kockázatviselésén belül történik, és a diagnózis megállapítását követően a Biztosított legalább 30 napig életben van.

7. Biztosítási szolgáltatások

Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjáig a szerződés díjhátralékkal rendelkezik, a biztosító

- ▶ **a biztosítási szolgáltatás összegéből a fennálló díjtartozást levonja, illetve**
- ▶ **amennyiben a biztosítási szolgáltatási összeg nem fedezi a hátralékos díj összegét, a biztosítási szolgáltatás kifizetése a hátralékos díj befizetését követően történik.**

Baleseti eredetű biztosítási szolgáltatások

7.1. **Amennyiben a baleseti esemény olyan testrészt érint, mely a szóban forgó baleseti eseményt megelőzően, vagy az után már másikkal, nem a jelen biztosítás hatálya alá eső baleset, ortopéd jellegű vagy egyéb természetű megbetegedés miatt károsodott, a biztosító arra a testrészt nem teljesíti biztosítási szolgáltatást, és nem veszi figyelembe a rokkantság fokának megállapításánál.**

7.2. Baleseti halál esetén

A biztosító az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklet szerinti biztosítási összeget fizeti ki, melyből az ugyanazon balesetből eredő, korábban kifizetett baleseti eredetű rokkantsági szolgáltatást levonja.

7.3. Baleseti eredetű rokkantság

- ▶ **A biztosító a 30%-os, vagy azt meghaladó végleges egészségkárosodás (rokkantság) esetén az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklet szerinti biztosítási összeg egészségkárosodásnak megfelelő százalékát fizeti ki, a szolgáltatás teljesítésével az adott Biztosítottnak minősülő személy vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik.**
- ▶ A szolgáltatás mértékét az adott sérülésből, illetve az egyidejűleg elszenvedett többszörös sérülésből adódó végleges állapotot, valamint az állandósult funkcionális egészségkárosodás fokát a rokkantsági táblázat alapján határozza meg a biztosító. A rokkantság fokát az alábbi táblázat tartalmazza tájékoztató jelleggel. A táblázatban nem rögzített szervek, vagy testrészek elvesztése, funkciócsökkenése esetén a biztosító orvosszakértője állapítja meg a Biztosítottnak minősülő személy egészségkárosodásának mértékét.
- ▶ A baleset bekövetkezése utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Ha a biztosító szolgáltatási kötelezettsége egyértelműen megállapítást nyert, de a várható károsodási fok nem állapítható meg pontosan, a Biztosítottnak minősülő személy előlegként kérheti az abban az időpontban előrelátható károsodási fok szerinti összeg 20 százalékának kifizetését. Az előlegként kifizetett összeg nem haladhatja meg a baleseti halálkor esedékes biztosítási összeget.
- ▶ Amennyiben a végleges egészségkárosodás foka nem tisztázott egyértelműen, mind a Biztosítottnak minősülő személynek, mind a biztosítónak joga van a baleset napjától számított 2 évig évenként a rokkantság fokának újbóli megállapítását kérni. Ha az új felülvizsgálat magasabb rokkantsági fokot állapít meg, a biztosító ennek megfelelően térít.

Testrészek	Térítés
	Egészségkárosodás mértéke
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Egyoldali felkar csonkolása	65%
Egyoldali comb csonkolása	60%
Minkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%

Agyzúzódás utáni állapot, súlyos maradványtünetekkel és állandó ápolási igényvel	100%
Nyaki, háti, ágyéki gerencvelő sérülése állandósult benuállással	70-100%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Hüvelykujj elvesztése	10%
Mutatóujj elvesztése	5%
Több ujj elvesztése, ujjanként	2%

7.4. **Baleseti eredetű csonttörés esetén** a biztosító **egy éven belül maximum három alkalommal** az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklete szerinti biztosítási összeget fizeti ki.

7.5. **Baleseti eredetű kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén (kórházi napidíj)**

- ▶ A biztosító **egy biztosítási éven belül a kórházi kezelés negyedik napjától** minden olyan kórházi napra kórházi napidíj térítést fizet, amelyen a Biztosítottak minősülő személy baleset következtében kórházi ellátásban részesül. Egy kórházi nap az egybefüggően 24 órát kórházban töltött naptári nap.
- ▶ A biztosító az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklete szerinti biztosítási szolgáltatást (kórházi napidíj térítést) – a következő pont szerinti korlátozás figyelembevételével – annyszor teljesíti, ahányszor 3 napot (önrész) meghaladóan a Biztosítottak minősülő személy **24 órát egybefüggően kórházban töltött**.
- ▶ A biztosító egy biztosítási éven belül **maximum 150 kórházi napra térít**.
- ▶ **A biztosító minden egyes kórházi tartózkodás kezdetekor újra számolja a biztosítási esemény bekövetkezésének napját (egybefüggő fekvőbeteg-ellátás negyedik napja).**

7.6. **Baleseti eredetű plasztikai műtét:**

A biztosító az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklet szerinti biztosítási összeget fizeti ki és a szolgáltatás teljesítésével az adott Biztosítottak minősülő személy vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik.

7.7. **Baleseti égés**

- ▶ A biztosító a baleset következtében ok-okozati összefüggésben bekövetkező égési sérülésre szóló, az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklete szerinti biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő százalékát fizeti az alábbi táblázat szerint.

Fokozat	Testfelület			
	10-19%	20-49%	50-79%	80% felett
II. fokú	---	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100%	160%
IV. fokú	40%	80%	180%	200%

- ▶ Ha a Biztosítottak minősülő személy egy biztosítási esemény következtében többféle fokozatú és/vagy kiterjedtségű égési sérülés éri, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét a Biztosítottak minősülő személyt ért egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva és a legmagasabb fokú sérülés fokát figyelembe véve állapítja meg. Azonban **a biztosító által teljesített szolgáltatások értéke nem haladhatja meg az ajánlaton igényelt csomag és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklete szerinti biztosítási összeg 200%-át.**

Balesetből vagy betegségből eredő biztosítási eseményekre vonatkozó szolgáltatások

7.8. **Balesetből vagy betegségből eredő műtét**

Jelen biztosítási esemény esetén a biztosító szolgáltatása négy csoportra tagolódik

- ▶ nem térített műtétek
- ▶ kis műtétek, melyek esetében a Biztosító az ajánlaton igényelt csomag és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. mellékletében megadott biztosítási összeg 50%-át téríti,
- ▶ közepes műtétek, melyek esetében a Biztosító az ajánlaton igényelt csomag és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. mellékletében megadott biztosítási összeg 100%-át téríti
- ▶ nagy műtétek, melyek esetében a Biztosító az ajánlaton igényelt csomag és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. mellékletében megadott biztosítási összeg 200%-át téríti.

A maximális szolgáltatási összeg az ajánlaton igényelt csomag és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. mellékletében megadott **biztosítási összeg 200%-a**. A szolgáltatás 200%-os teljesítésével az adott Biztosítottak minősülő személy vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik.

Betegséggel kapcsolatos biztosítási szolgáltatások

7.9. **Kritikus betegség**

- ▶ Kritikus betegség bekövetkezése esetén a biztosító az ajánlaton igényelt csomagra és módozatra vonatkozó, jelen KSZF 1. sz. melléklete szerinti biztosítási összeget fizeti ki a szolgáltatásra jogosult személynek és **a szolgáltatás**

teljesítésével az adott Biztosítottnak minősülő személy vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik.

- ▶ **A biztosító kizárólag olyan leletet és diagnosztikai vizsgálati véleményt fogad el, amely dátummal ellátott és a felállított diagnózissal egyértelmű, egyenes összefüggésben áll.**
- ▶ **A biztosító kritikus betegség biztosítási esemény bekövetkezése esetén biztosítási szolgáltatást egyszer, az időben először bejelentett kritikus betegség diagnosztizálása esetén teljesít. Egy időben több betegség fellépése vagy a biztosítási szolgáltatás kifizetése után következő újabb megbetegedés esetén a biztosító további kifizetést – az egy eseménnyel kapcsolatos szolgáltatásán kívül – nem teljesít.**
- ▶ **A várakozási idő (5.1. pont) leteltét követően diagnosztizált kritikus betegségben történő megbetegedés esetén a biztosító csak egyszeresen térít az időben elsőként megkötött biztosítási szerződés ajánlatában rögzítettek szerint.**
- ▶ **A Biztosított, illetve Társbiztosított, mint a Gyermekek törvényes képviselője köteles az ÁSZF 13.2. pontjában foglaltakat lehetővé tenni.**

7.10. Étkezési hozzájárulás

Étkezési hozzájárulást szolgáltat a biztosító a kritikus betegség diagnosztizálása, valamint baleseti eredetű és betegségből eredő nagy műtét (7.8. pont) szerinti biztosítási események bekövetkezése esetén, a kórházi elbocsátást követő munkaképtelenség orvosilag igazolt első, maximum 25 naptári napjára 1 000 Ft/nap összegben.

7.11. Orvosi asszisztencia szolgáltatás

A biztosító jelen biztosítás keretében a biztosítás teljes tartama alatt **7/24 órás orvosi call center** orvosi asszisztencia szolgáltatás nyújtását vállalja.

Az orvosi asszisztencia szolgáltatást a biztosító az orvosi asszisztencia partnerén keresztül nyújtja, a biztosítónak jogában áll az orvosi asszisztencia partnert egyoldalúan meghatározni és a biztosító egyoldalú döntésétől függően bármikor másik, azonos szolgáltatási szintet biztosító partnerre cserélni.

Az orvosi asszisztencia szolgáltatásra vonatkozó szabályokat a jelen szerződési feltételek 2. számú melléklete tartalmazza.

8. Biztosítási fedezetek és biztosítási szerződés megszűnése

8.1. Egyéni módozat

A biztosítási szerződés és ezzel együtt a biztosítási fedezet az ÁSZF-ben rögzítetteken túl megszűnik a Biztosított

- ▶ kritikus betegségben történő megbetegedésével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ balesetből vagy betegségből eredő műtétnél a biztosítási összeg 200%-os kifizetésével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ baleseti eredetű egészségkárosodása (rokkantsága) esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ baleseti eredetű plasztikai műtétével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ a 4.2. pontban rögzített kor elérésével.

8.2. Családi módozat

8.2.1. Betegségbiztosítási fedezetek megszűnése az egyes Biztosítottnak minősülő személyek vonatkozásában

A Biztosítottnak minősülő személy

- ▶ **kritikus betegséggel történő diagnosztizálása,**
- ▶ **illetve betegségből eredő műtete esetén**

a **betegségi fedezetek** a betegségből eredő biztosítási eseménnyel érintett személy vonatkozásában **megszűnnek**, és személyére vonatkozóan kizárólag a baleseti eredetű biztosítási fedezetek maradnak érvényben. A szerződés változatlanul érvényben marad változatlan díjjal a szerződésben szereplő többi Biztosítottnak minősülő személyre vonatkozóan.

8.2.2. Biztosítási szerződése megszűnése

A biztosítási szerződés és egyben a biztosítási fedezet az ÁSZF-ben rögzítetteken túl megszűnik

a. ha a szerződésben nem szerepel Társbiztosított, akkor a Biztosított

- ▶ Balesetből eredő műtéténél a biztosítási összeg 200%-os kifizetésével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ Baleseti eredetű egészségkárosodása (rokkantsága) esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ Baleseti eredetű plasztikai műtétével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ A 4.2. pontban rögzített kor elérésével.

b. ha a szerződésben szerepel Társbiztosított, akkor a szerződésben szereplő utolsó nagykorú Biztosított vagy Társbiztosított

- ▶ Balesetből eredő műtéténél a biztosítási összeg 200%-os kifizetésével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,

- ▶ Baleseti eredetű egészségkárosodása (rokkantsága) esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ Baleseti eredetű plasztikai műtétével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával,
- ▶ A 4.2. pontban rögzített kor elérésével.

9. Biztosítási díj

A biztosítás **folymatos díjfizetésű**, a szerződés díja életkortól független és a tartam alatt változatlan. Az I.-es csomag havi rendszerességgel csak csoportos beszedési megbízással fizethető.

10. Reaktiválás

Jelen biztosítás nem reaktiválható.

11. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

Az ÁSZF-ben rögzítettekén túl **kritikus betegség biztosítási esemény bekövetkezése esetén** a következő iratokat kell csatolni:

- ▶ rosszindulatú daganat előfordulása esetén: orvosi diagnózist, mely szövettani vizsgálaton alapul, és az ezt igazoló szövettani vizsgálat leírását,
- ▶ szívinfarktus esetén: típusos mellkasi fájdalom leírását a vele járó kísérő tünetekkel, akut transzmurális infarktusra jellemző EKG-elváltozások igazolását, a „kardiális” enzimek jellemző emelkedésének igazolását,
- ▶ agyi érkatasztrófa esetén: ideggyógyász szakvéleményt, mely igazolja a 60 napon túl fennálló, maradandó idegrendszeri károsodást,
- ▶ koszorúérműtét esetén: a műtét előtt készített koszorúérfestés (coronarographia) leletét és a műtéti leírást
- ▶ Gyermekkel kapcsolatos biztosítási esemény esetén a felügyeleti jogot gyakorló részére történő kifizetés esetében a felügyeleti jogokat igazoló dokumentumok, illetve anyakönyvi kivonat(ok) másolata.

12. Kizárások

AZ ÁSZF-ben meghatározott kizárási eseteken túl a biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá

- ▶ **a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés kockázatviselése előtt fennállott betegségekkel, egészségi állapottal, illetve a kockázatviselés előtt bekövetkezett balesetekkel okozati összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre.**
- ▶ **a baleseti eredetű csonttörésre, ha csontbetegség (pl.: rosszindulatú csont- és porcdaganatok minden formája, illetve egyéb szervekből kiinduló daganat áttételeinek következtében létrejött patológiás csonttörés, csontvelőgyulladás (osteomyelitis), súlyos csontritkulás (osteoporosis), csontlágylás (osteomalacia)), illetve azok szövődménye közvetve vagy közvetlenül részben vagy egészében közrehatottak a biztosítási esemény bekövetkezésében.**
- ▶ **betegséggel kapcsolatos biztosítási fedezet nem terjed ki az olyan Biztosítottnak minősülő személyre, akinél a jelen biztosítási szerződés technikai kezdetét megelőzően, illetve a biztosítás várakozási ideje alatt**
 - **kritikus betegséget diagnosztizáltak, illetve**
 - **orvosi kivizsgálás kezdődött kritikus betegségre utaló vagy ezzel összefüggésben felmerülő tünetek miatt.**
- ▶ **betegséggel kapcsolatos biztosítási fedezet nem terjed ki az olyan kritikus betegségre, melynek diagnosztizálására a Biztosítottnak minősülő személy halálakor, illetve azt követően került sor.**

13. Egyéb rendelkezések

13.1. Jelen biztosításhoz kiegészítő biztosítás nem köthető.

13.2. **Egy Biztosított kizárólag egy III. vagy IV. csomagban szerepelhet – egyéni vagy családi módózatra tekintet nélkül – Biztosítottként.** Amennyiben a Biztosított több III. vagy IV. csomagban szerepel, a biztosító a rá vonatkozó, időben elsőként létrejött szerződést tekinti érvényesnek, és

- ▶ **az időben később megkötött szerződésre befizetett díjak kamat nélkül kerülnek visszautalásra a befizetést teljesítő Szerződő részére, illetve**
- ▶ **ha a szerződés családi módózatként került megkötésre, és tartalmaz más személyt is Biztosítottként vagy Társbiztosítottként, úgy az időben később létrejött szerződés kizárólag az adott nagykorú Biztosított esetében érvénytelen, de a szerződés továbbra is érvényben marad a szerződésben szereplő többi Biztosítottnak minősülő személy vonatkozásában.**

Biztosítási csomagok**Egyéni módozat**

	I. csomag	II. csomag	III. csomag	IV. csomag
Baleseti halál	1 500 000	4 500 000	4 500 000	6 000 000
Baleseti rokkantság	1 500 000	4 500 000	4 500 000	6 000 000
Baleseti csonttörés		30 000	45 000	60 000
Baleseti kórházi napidíj térítés		3 000	4 500	6 000
Baleseti eredetű műtét	150 000	450 000	450 000	600 000
Betegségből eredő műtét			150 000	300 000
Kritikus betegség			1 500 000	3 000 000
Baleseti plasztikai műtét				600 000
Baleseti égés				600 000
7/24 órás Orvosi Call Center			Igen	Igen
Étkezési hozzájárulás (egy napra vonatkozóan)			1 000	1 000
Havi díj (Ft)*	990	1 990	2 990	4 990

Biztosítási csomagok**Családi módozat**

	I. csomag	II. csomag	III. csomag	IV. csomag
Baleseti halál		1 500 000	1 500 000	2 000 000
Baleseti rokkantság		1 500 000	1 500 000	2 000 000
Baleseti csonttörés		10 000	15 000	20 000
Baleseti kórházi napidíj térítés		1 000	1 500	2 000
Baleseti eredetű műtét		150 000	150 000	200 000
Betegségből eredő műtét			50 000	100 000
Kritikus betegség			500 000	1 000 000
Baleseti plasztikai műtét				200 000
Baleseti égés				200 000
7/24 órás Orvosi Call Center			Igen	Igen
Étkezési hozzájárulás (egy napra vonatkozóan)			1 000	1 000
Havi díj (Ft)*		1 990	2 990	4 990

*A táblázat havi díjakat tartalmaz, melyekből a díjfizetési gyakoriság szerint a biztosító az alábbi kedvezményeket adja:

- ▶ **negyedéves díj** esetén a teljes negyedéves időszakra eső havi díj 2%-a, azaz a fizetendő negyedéves díj a **havi díj háromszorosa x 0,98**
- ▶ **féléves díj** esetén a teljes féléves időszakra eső havi díj 4%-a, azaz a fizetendő féléves díj a **havi díj hatszorosa x 0,96**
- ▶ **éves díj** esetén a teljes éves időszakra eső díj havi díj 6%-a, azaz a fizetendő éves díj a **havi díj tizenkétszerese x 0,94**.

Kifizetési költségek: 0 Ft

2. számú melléklet – 7/24 órás Orvosi Call Center szolgáltatás biztosítási feltételek

A Magyar Posta Biztosító Zrt. a **Posta Családi Biztosítás** keretében a jelen feltételek 7.11. pontjában szabályozott 7/24 órás Orvosi Call Center szolgáltatást nyújtja.

A jelen szolgáltatás feltételei a **Posta Családi Biztosítás** KSZF 2. sz. mellékleteként a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik.

A jelen feltételek szerinti orvosi asszisztencia szolgáltatást kiszervezett tevékenység keretében a biztosító szerződött partnere, az **Advance Medical Hungary Kft. (Teledoc Health csoport tagja)**, mint az ezen feladat ellátásához szükséges engedélyekkel, szakértelemmel és technikai felkészültséggel rendelkező gazdasági társaság (továbbiakban: „**Orvosi Szolgáltató**”) nyújtja.

Az 7/24 órás Orvosi Call Center szolgáltatás célja, hogy segítséget nyújtson az ÁSZF, illetve a KSZF szerinti Biztosítottnak minősülő személy (továbbiakban: „Biztosított”) balesetének, illetve megbetegedésének esetére, illetve hogy támogassa a betegek pontosabb tájékozódásának lehetőségét.

I. Orvosi asszisztencia szolgáltatások köre

1. A 7/24 órás Orvosi Call Center szolgáltatás igénybevételére valamennyi Biztosítottnak minősülő személy jogosult.
2. Az Orvosi asszisztencia szolgáltatások a biztosítási szerződés kockázatviselésének első napjától igénybe vehetők. A 7/24 órás orvosi Call Center szolgáltatás a biztosítási szerződés megszűnéséig vehető igénybe.

II. A 7/24 órás Orvosi Call Center szolgáltatás részletes feltételei

1. Az Orvosi **asszisztencia** Szolgáltató a **+36 1 461 1533 telefonszámon** az év minden napján elérhető, 7/24 órás munkarendben folyamatosan üzemelő ügyfélszolgálatot tart fenn.
2. Az Orvosi **asszisztencia** Szolgáltatóhoz intézendő telefonhíváshoz és a szolgáltatások igénybevételéhez szükség van az alábbi adatok megadására:
 - ▶ szerződésszám
 - ▶ telefonáló születési neve, születési helye és ideje, édesanyja neve
 - ▶ érintett biztosított neve, születési neve, születési helye és ideje, édesanyja neve
3. A megadott telefonszám felhívásával a Biztosítottnak minősülő személyek a következőkről kaphatnak tájékoztatást:
 - ▶ betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdések
 - ▶ gyógyszerek összetétele, azok alkalmazhatósága, mellékhatásai, ára
 - ▶ orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletek
 - ▶ ügyeletes gyógyszerárak
 - ▶ egészségügyi intézmények elérhetősége
 - ▶ utazás előtti védőoltás
4. **A 7/24 órás Orvosi Call Center szolgáltatás nem helyettesíti az orvosi vizsgálatot, a szolgáltatás során nyújtott információk tájékoztató jellegűek.**

III. Az orvosi asszisztencia szolgáltatásokkal kapcsolatos egyéb rendelkezések

Az orvosi asszisztencia szolgáltatásokkal vagy az Orvosi Szolgáltatóval kapcsolatos panaszok akár az orvosi asszisztencia szolgáltató alábbi, akár a biztosító ÁSZF-ben rögzített elérhetőségein megtehetőek.

Advance Medical Hungary Kft. (Teledoc Health csoport tagja)

Cím: 1092 Budapest, Köztelek u. 6.
Postacím: 1085 Budapest, Baross utca 22.
E-mail: operation@advance-medical.hu