

1. §

A kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítási szerződés (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) jelen feltételek, valamint az alapt biztosítás különös feltételei alapján jön létre.

A kiegészítő biztosítást a szerződő csak a szerződésben megjelölt alapt biztosítási szerződés mellé kötheti meg.

2. § A biztosított

2.1. Az a természetes személy, aki a biztosítónál érvényes alapt biztosítási szerződés biztosítottjaként szerepel, és a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttékor az életkora a 18. évet elérte, de nem haladta meg az 55. évet.

2.2. A biztosított életkora a kiegészítő biztosítás tartamának lejártakor nem haladhatja meg a 65. évet.

3. § A kedvezményezett

Jelen kiegészítő biztosítás kedvezményezettje a biztosított.

4. § A biztosítás tartama

4.1. A biztosítás határozott, legalább 1 éves tartamú.

4.2. Jelen kiegészítő biztosítás a biztosítási időszak végére, azt megelőzően legkésőbb 30 nappal írásban felmondható.

4.3. Meglévő alapt biztosítás mellé a kiegészítő biztosítás az alapt biztosítás évfordulóján, tartam közben is megköthető, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja és az alapt biztosítás az évforduló után díjfizetéssel érvényben marad.

5. § A biztosítási esemény

5.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak e kiegészítő szerződés alapján történt kockázatviselés időszaka alatt bekövetkezett

- 5.1.1. szívinfarktus,
- 5.1.2. rákos megbetegedése (rosszindulatú daganat),
- 5.1.3. agyi érkatasztrófia,
- 5.1.4. veseelégtelensége,
- 5.1.5. koszorúér áthidalsi műtétje,
- 5.1.6. szervátültetése,
- 5.1.7. sclerosis multiplex megbetegedése,
- 5.1.8. vaksága.

6. § Biztosítási eseménynek minősülnek jelen feltételek szempontjából a következők:

6.1. Szívinfarktus

A szívizom egy részének olyan elhalása, amelyet az adott terület vérrellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége okoz. A diagnózisnak a következőkön kell alapulnia:

- a) jellegzetes mellkasi fájdalom a kórelőzményben,
- b) az infarktusra jellemző elváltozások az EKG-ban,
- c) szívizom-specifikus enzimaktivitások emelkedése.

A szolgáltatás akkor is jár, amennyiben az infarktus korai diagnózisa esetén vérrög-oldó kezelés (lízisterápia) vagy ballonos tágítás kerül végrehajtásra, és ezáltal a szívizom-specifikus enzimaktivitások nem igazolhatóak.

A bekövetkezés időpontja: a kezelőorvos által megállapított és igazolt időpont.

Nem minősül biztosítási eseménynek a tünetmentes szívinfarktus.

6.2. Rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat)

Roszindulatú daganat, amelyet a sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, a szövetek megtámadása jellemez. A rákos megbetegedés jelen feltételek szerint magában foglalja a leukémiát, a krónikus lymphoid leukémia kivételével a lymphomát, a Hodgkin betegséget a II. fokozattól kezdődően, a rosszindulatú melanomát a III. Clark fokozattól kezdve. A bekövetkezés időpontja: a betegség diagnosztizálásának a kezelőorvos által igazolt időpontja, a szövettani lelet és a megbetegedés nemzetközi tumor csoportba (TNM) sorolása alapján.

A biztosításból kizárt:

- minden jóindulatú tumor,
- a helyi, a környezetét nem megtámadó, ún. lokális daganatok (carcinoma-in-situ, beleértve a cervixdysplasia (CIN-1, CIN-2 és CIN-3) vagy a rákmegelőző formák),
- a bőr minden hyperkeratózisa és bazálsejtes carcinómája,
- Kaposi-szarkóma és más daganatok egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés vagy AIDS megbetegedés esetén,
- TNM-T1 osztályú, szövettanilag igazolt prosztatarák (beleértve T1(a), T1(b) vagy más összehasonlítható vagy alacsonyabb osztályozást),
- emberi immunrendszer megbetegedését okozó vírus jelenlétében meglévő daganatok.

6.3. Agyi érkatasztrófia

Olyan, az agyi erekben lezajló váratlan folyamat, az agy szövetének trombózisa, koponyán belüli vérzés, koponyán kívüli forrásból származó embólia, amelynek akut tünetei 24 óránál, neurológiai következményei 30 napnál tovább tartanak. A szélütésre visszavezethető, folyamatosan fennálló idegrendszeri károsodást neurológus által kell igazolni.

A bekövetkezés időpontja: a kezelőorvos által megállapított és igazolt időpont.

A biztosításból kizárt:

- a) migrénből származó cerebrális (agyi) tünetek, valamint trauma (baleset) vagy a fentiekől eltérő eredetű hypoxia (oxigénhiányos állapot) következtében fellépő agyi károsodások,
- b) érrendszeri megbetegedések, melyek a szemet érintik.

6.4. Veseelégtelenség

Végállapotú veseelégtelenség, amelyet mindkét vese működésének krónikus és visszafordíthatatlan működésképtelensége okoz, mely tartós művesekezelést vagy transzplantációt igényel.

A bekövetkezés időpontja: a rendszeres dialíziskezelés megkezdését követő 60. nap.

6.5. Koszorúér áthidalsi (by-pass) műtét

Nyitott mellkasban végzett olyan operáció, amely két vagy több koszorúér szűkületének, illetőleg elzáródásának megszüntetésére irányul a korábban angina pectoris tüneteit mutató betegnél.

Jelen biztosítás nem nyújt fedezetet: a nem sebészeti eljárásokra, mint amilyen a ballon-katéterezés, angioplasztikai lézerkezelések és más, nem operációs beavatkozások.

A bekövetkezés időpontja: a műtét elvégzésének a kezelőorvos által igazolt időpontja.

- 6.6. Szervátültetés
Vese, csontvelő (kivéve a saját szervezeten belüli átültetést), máj, szív, hasnyálmirigy és tüdő tényleges átültetése a biztosított testébe.
Szív-transzplantációnak számít a műszív implantációja is.
A bekövetkezés időpontja: a műtét elvégzésének a kezelőorvos által igazolt időpontja.
Transzplantáció elvégzése előtt jelentkezhet a szolgáltatási igény, amennyiben bizonyított, hogy a biztosított:
– hivatalosan elismert transzplantációs várólistán szerepel Magyarországon,
– szakorvos igazolja, hogy a megbetegedés életveszélyes és a szerv-transzplantáció rövid időn belül a legjobb kezelési mód.
- 6.7. Sclerosis multiplex
A központi idegrendszer megbetegedése visszafordíthatatlan, jellegzetes idegi kiesésekkel (multi- vagy monofokális), és jellemző betegséggócokkal, megfelelő képalkotó technikákkal (CT vagy MR) és jellemző liquor lelettel bizonyítottan. Az irreverzibilis neurológiai eltéréseket a neurológus szakorvosnak kell dokumentálnia.
A szolgáltatási igény fennáll a neurológus szakorvos megbízható diagnózisa után. Megbízhatónak számít egy diagnózis akkor, ha legkorábban 12 hónappal a megbetegedés jelentkezése után állították fel.
- 6.8. Vakság
Akut betegség vagy baleset következtében mindkét szem látóképességének klinikailag bizonyított teljes és visszafordíthatatlan elvesztése.
A szolgáltatási igény fennáll a vakság szemorvosi igazolása után.
- 6.9. Jelen kiegészítő szerződés szerint kizárólag e szerződés kockázatviselési tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség vagy baleset következményeként elvégzett beavatkozások, vagy megbetegedések minősülnek biztosítási eseménynek.

7. § A biztosító szolgáltatása

- 7.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító kifizeti ezen kiegészítő biztosításra meghatározott biztosítási összeget, amennyiben a fenti biztosítási események bekövetkeztek időpontját a biztosított 30 nappal túléli. A 6.7 pontban meghatározott SM megbetegedés esetén a szolgáltatás teljesítésére a betegség diagnosztizálását követő egy év múlva kerül sor.
- 7.2. Egy biztosítási esemény szolgáltatási igényének teljesítésével a kiegészítő szerződés megszűnik, és nem köthető újra.
- 7.3. A szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került.
- 7.4. A biztosítási szolgáltatás teljesítése az UNION Biztosító Rt. Általános Életbiztosítási Feltételek 14. és 15. §-a szerint történik. A 15. §-ban meghatározott dokumentumokon kívül a biztosító szakorvosának véleménye alapján további orvosi dokumentumok benyújtását is kérheti.
- 7.5. A várakozási időn belül bekövetkező biztosítási esemény esetén a biztosító a biztosítási összeg helyett csak a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó díjat téríti vissza a szerződőnek, kivéve, ha a biztosítási esemény balesetből vagy heveny fertőzésből eredően következett be.
- 7.6. Ha a biztosító kockázatviselése az általa előírt orvosi vizsgálatot követően kezdődik meg, a bizto-

sító a várakozási időtől eltekint. Amennyiben a biztosított azonnali kockázatviselést igényel, de a biztosító nem írta elő az orvosi vizsgálatot, a vizsgálat költségeit a szerződő fél fedezi.

8. § Kizárások

Jelen feltételek alapján nem minősül biztosítási eseménynek:

- 8.1. a biztosított HIV-fertőzése vagy ezzel okozati összefüggésben bekövetkezett megbetegedése, illetve ezzel kapcsolatos kezelése,
- 8.2. a biztosított öngyilkossági, öncsonkítási kísérlete miatti beavatkozás a kockázatviselés kezdetétől számított első két évben még akkor sem, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el,
- 8.3. az alkohol- illetve a drogfüggőség miatti beavatkozás,
- 8.4. a biztosított olyan balesete miatt végrehajtott beavatkozás, amely az alábbi szabadidős tevékenységekkel kapcsolatosan következik be:
 - a) gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járművek használatával kapcsolatos sportok,
 - b) légi sportok,
 - c) hegyi sportok,
 - d) különleges sportok,
 - e) küzdősportok,
 - f) akrobatikus sielés,
 - g) a légi jármű használata közben bekövetkezett baleset, kivéve, ha a biztosított utasszállító repülésre engedélyezett repülőgépen utasként utazott.

9. § Mentessülések

A biztosító mentesül – a biztosított súlyosan gondatlan magatartása miatt – a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási esemény az alább felsoroltak miatt következett be:

- a) a betegség diagnosztizálása esetén a biztosított az orvosi utasításokat (gyógyszerszedés, kezelések, stb.) nem tartja be és ennek következményeként olyan szövődmény vagy állapotromlás következik be, amely az utasítások betartásával megelőzhető lett volna,
- b) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye kapcsán vagy azzal összefüggésben,
- c) a biztosított érvényes jogosítvány nélkül történő gépjárművezetése közben,
- d) ittas állapotban történt gépjárművezetés közben,
- e) és mindkét utóbbi esetben a biztosított más közlekedérendészeti szabályt is megsértett.

10. § A biztosítási összeg

Az aktuális biztosítási összeg a biztosítás első évében azonos az ajánlaton megválasztott biztosítási összeggel, míg folyamatos díjfizetés esetén az első évfordulót követően a jelen feltételek 12. §-ában meghatározott értékkövetési eljárás szerint meghatározott összeg.

11. § A kiegészítő biztosítás díja

- 11.1. A biztosítás díjfizetési időszaka 1 év.
- 11.2. A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő. Az alapbiztosítás díjfizetési gyakoriságára kiszámított pótdíj a kiegészítő biztosításra nem vonatkozik.
- 11.3. A biztosítási díj megállapítására a szerződésben meghatározott szolgáltatási összeg figyelembevételével a biztosító kockázatelbírálása alapján kerül sor.
- 11.4. A biztosítás díja 2,9%-os technikai kamatlábat tartalmaz.
- 11.5. A biztosító vállalja, hogy jelen kiegészítő biztosítás díjtételét a biztosítási szerződés megkötésétől

számított 5 évig nem változtatja. Az 5 éves időszak elteltével a biztosító a díjat az orvosi technika, valamint a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős változása miatt évente felülvizsgálhatja és új díjkalkuláció, illetve díjszabás alapján új díjtételt állapíthat meg. A módosítás mértékéről a biztosító az új díj érvénybe lépése előtt két hónappal írásban tájékoztatja a szerződőt. Az így módosított díj a biztosítás évfordulójával kezdődően érvényes a következő évfordulóig. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, és az erre vonatkozó nyilatkozatát az új díj életbelépése előtt 30 nappal megküldi a biztosítónak, akkor a kiegészítő biztosítás megszűnik az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájában.

11.6. Írásbeli nyilatkozat hiányában a módosított díj a módosításkori biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan hatályba lép.

12. § Értékkövetés

12.1. A kiegészítő biztosítás díja az alapt biztosítás díjával egyidejűleg a biztosítási évfordulón indexálódik, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás az évforduló után még érvényben marad.

12.2. A kiegészítő biztosítás szolgáltatása a díjkalkulációs elveknek megfelelően, a díjjal nem azonos mértékben nő az indexálásban.

12.3. Az alapt biztosítás és a kiegészítő biztosítást egymástól függetlenül indexálni nem lehet.

13. § A kiegészítő biztosítás megszűnése

A kiegészítő biztosítás a szolgáltatás teljesítésén kívül az alábbi esetekben szűnik meg:

a) biztosítási esemény hiányában kifizetés nélkül az alapt biztosítási szerződés lejáratának napjával, illetve a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évforduló közül a korábbi dátummal,

- b) a biztosítás felmondása esetén a biztosítási időszak utolsó napján,
- c) az alapt biztosítási szerződés bármely okból való megszűnése esetén az alapt biztosítással egyidejűleg,
- d) az alapt biztosítás díjmentes leszállítása esetén a díjmentes leszállítás hatályát megelőző napon,
- e) ha a szerződő a díjat az esedékességtől számított 60 napig nem fizette meg, a 60. napon,
- f) a 11.5. pontban leírtak szerint, ha a szerződő a díjmódosítást nem fogadta el.

14. § Egyéb rendelkezések

14.1. A biztosító a szolgáltatási igény megnyílásához a biztosítottnak a szerződésbe történő belépésétől a kockázatviselés kezdetére 3 havi várakozási időt köt ki, kivéve a baleseti vagy fertőző megbetegedések miatt bekövetkező biztosítási eseményekre vonatkozóan.

14.2. Jelen kiegészítő biztosításnak nincs visszavásárlási és díjmentes leszállítási értéke, valamint kötvény-kölcsön sem nyújtható rá. A kiegészítő biztosítás nem reaktiválható.

14.3. Amennyiben egy biztosítottra vonatkozóan több betegségbiztosítási kiegészítő biztosítás kerül megkötésre, a biztosító a szerződésben korlátozhatja az egy biztosítási eseményből eredő összes kifizetés nagyságát.

14.4. Jelen biztosítási szerződésben nem szabályozott kérdésekben az Általános Életbiztosítási Feltételek rendelkezései az irányadóak.

UNION Biztosító Rt.

