

Az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) a jelen biztosítási feltételek alapján kötött szerződés értelmében, a szerződésben megjelölt díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási kötvényen leírt kiegészítő biztosítások biztosítási eseményeinek bekövetkezése esetén a szerződés szerinti szolgáltatást nyújtja.

A kiegészítő biztosítást a szerződő az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításai (továbbiakban: alapbiztosítás) mellé kötheti meg.

1. A biztosított

- 1.1. Biztosított lehet – egy vagy kétszemélyes biztosítás esetén – az a természetes személy, akinek az életkora a kiegészítő biztosítás létrejöttkor a 18. évet elérte, és a 75. évet nem haladta meg.
- 1.2. Jelen kiegészítő biztosítás egy vagy két biztosítottra, illetőleg családra köthető meg. Amennyiben a biztosítást két biztosítottra vagy családra kötik meg, úgy az egyiküknek azonosnak kell lennie az alapbiztosítás biztosítottjával (továbbiakban: főbiztosított).
- 1.3. Családi biztosítás esetén egyttbiztosított lehet az alapbiztosítás biztosítottjával egy háztartásban élő, a Ptk. 8:1§ (1) bekezdésének 1. pontjában felsorolt közeli hozzátartozók, valamint az élettárs gyermekei. Családi biztosítás köthető maximum két felnőttre és gyermekekre, a gyermekek számától függetlenül. A gyermek életkora a kiegészítő biztosítás létrejöttkor minimum 1 év, de a 18 évet nem haladhatja meg.

2. A kiegészítő biztosítás létrejötte

A kiegészítő biztosítás megköthető az alapbiztosítással egy időben, illetve meglévő alapbiztosítás mellé az alapbiztosítás évfordulóján tartam közben is, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja, és az alapbiztosítás az évforduló után díjfizetéssel érvényben marad.

3. A biztosítás tartama

- 3.1. A kiegészítő biztosítás határozott, legalább 1, legfeljebb 25 éves tartamú
- 3.2. A kiegészítő biztosítás lejáratának napja az alapbiztosítás tartamának utolsó napja, de legfeljebb a 25. biztosítási évforduló napja.
- 3.3. A kiegészítő biztosítás évfordulója az alapbiztosítás díjfizetésének kezdő napján történő évváltás.

4. A kiegészítő biztosítás kezdete

- 4.1. A kiegészítő biztosítás kezdete – amennyiben azt az alapbiztosítással egyidejűleg kötötték – megegyezik az alapbiztosítás kezdetével.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás kezdete, amennyiben azt az alapbiztosítás tartama alatt kötötték az alapbiztosítás évfordulójának napjával megegyező nap.
- 4.3. Meglévő, egy biztosítottra szóló kiegészítő biztosítás az alapbiztosítás évfordulójának napjával kiterjeszthető második biztosítottra.
- 4.4. A szerződőt a kiegészítő biztosítás kezdetének napjától terheli a díjfizetés kötelezettsége.

5. A biztosító kockázatviselése

- 5.1. Jelen Kiegészítő Biztosítási Feltételek 4.1. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapbiztosítás kockázatviselésének kezdetével.
- 5.2. Jelen Kiegészítő Biztosítási Feltételek 4.2. és 4.3. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapbiztosítás biztosítási évfordulójának napjával.
- 5.3. A kiegészítő biztosítás területi korlátozás nélkül, a Föld bármely országában bekövetkezett biztosítási eseményekre kiterjed.
- 5.4. A biztosító kockázatviselése a második biztosítottra vonatkozóan megszűnik a biztosítási évforduló napjával, amennyiben a szerződő legalább 30 nappal az évforduló előtt írásban jelzi igényét a biztosítónak, valamint a jelen kiegészítő biztosítás bármelyik biztosítási eseményének a bekövetkeztével.

6. Várakozási idő

- 6.1. Az orvosi vizsgálat nélkül kötött egészségbiztosítás esetében a biztosító 3 hónap várakozási időt köt ki.
- 6.2. Ha a biztosító kockázatviselése az általa előírt orvosi vizsgálatot követően kezdődik meg, a biztosító a várakozási időtől eltekint.

7. A kiegészítő biztosítás megszűnése

A kiegészítő biztosítás megszűnik az Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 7. pontjában foglaltakon túlmenően, amennyiben

- az alapbiztosítási szerződés bármely okból megszűnik, az alapbiztosítással egyidejűleg,
- a biztosított 75. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján,
- a határozott tartam elteltével a tartam utolsó napjának 24. órájával,
- az alapbiztosítás díjmentes leszállítása esetén a díjmentes leszállítás hatályával, a kiegészítő biztosítás felmondása esetén a biztosítási időszak utolsó napján.

8. A biztosítási díj

- 8.1. A kiegészítő biztosítás első díja az ajánlat aláírásának napján esedékes.
- 8.2. A kiegészítő biztosítás díjfizetésének módja és gyakorisága megegyezik az alap-életbiztosítási szerződésével, attól nem térhet el.
- 8.3. A biztosítási díj megállapítására a szerződésben meghatározott szolgáltatási összeg figyelembevételével, a biztosító kockázatalbírálása alapján kerül sor.
- 8.4. A biztosítás díja 2,9%-os technikai kamatlábat tartalmaz.
- 8.5. Családi biztosítás esetén 5% kedvezmény jár a biztosítás díjából.

9. Aktuális biztosítási összeg

A kiegészítő biztosítás biztosítási összege az első évben a biztosítási ajánlaton rögzített biztosítási összeg, azt követően pedig jelen feltételek 15. pontjában leírt értékkövetési eljárás szerinti módosított biztosítási összeg.

10. A biztosítási események

- 10.1. A biztosított gyógyulása érdekében, a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkezett betegség miatt orvosi szempontból szükségessé váló, szakorvos által végzett, zárójelentéssel igazolt, a biztosító műtéti besorolásában is elismert
 - műtete, valamint
 - betegség miatti kórházi ápolása.
- 10.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja:
 - betegségi műtét kockázat esetén: az első műtét végrehajtásának napja akkor is, ha egy biztosítási eseményből kifolyólag több műtét elvégzése válik szükségessé,
 - betegségi kórházi ápolás kockázat esetén: a kórházba kerülés első napja.
- 10.3. Jelen kiegészítő biztosítás szerint műtét, az olyan sebészeti típusú beavatkozás, amelyet érvényes felelősségbiztosítással rendelkező gyógyintézetben, érvényes szakmai szabályok szerint végeznek, azok szerint is dokumentálnak és szerepel a biztosító műtéti listájában, abból nem került kizárásra.

11. Kizárt kockázatok

Az Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 18. pontjában foglaltakon túlmenően a biztosító kockázatviselése nem terjed ki:

- 11.1. a terhesség ideje alatt, valamint a szülés közben, illetve a szüléssel összefüggésben létrejövő egészségkárosodással kapcsolatos műtéti megoldásra abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt történt (a fogamzás időpontjának a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni),
- 11.2. a veleszületett fejlődési rendellenességekre, és a szüléssel összefüggésben létrejött egészségkárosodásokra és későbbi következményeik miatti kórházi ápolásra,
- 11.3. a művi megtermékenyítéssel és fogamzásgátlással összefüggésben bekövetkező műtéti megoldásokra,
- 11.4. a művi terhesség-megszakítással kapcsolatos műtéti beavatkozásokra,
- 11.5. a csőtükrözéssel végzett diagnosztikus és terápiás beavatkozásokra,
- 11.6. az egészségügyi ellátás, az orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt bekövetkező műtéti beavatkozásokra,
- 11.7. az olyan orvosi vizsgálat vagy egészségügyi beavatkozás miatt bekövetkező műtéti ellátásra, amelynek célja esztétikai változta-

tás, kozmetikai kezelés, kivéve, ha az valamely betegség vagy baleset következménye, 11.8. nemek megváltoztatását célzó műtétekre, 11.9. a biztosított HIV-fertőzésére vagy ezzel okozati összefüggésben bekövetkezett megbetegedésére, illetve ezzel kapcsolatos műtétjére, 11.10. a biztosított öngyilkossági, öncsonkítási kísérletére, vagy annak bekövetkezése miatti műtéti beavatkozásra még akkor sem, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el, 11.11. az alkohol-, illetve a drogfüggőséggel összefüggésben végzett műtétekre, 11.12. foglalkozási megbetegedésre és annak következményeire, 11.13. ha a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett biztosítási esemény összefüggésbe hozható a biztosított kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett egészségkárosodásával, műtétével, illetve a kockázatviselés kezdetét megelőző egészségi állapotával. 12. A biztosító mentesülése Az Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 19. pontjában foglaltakon túlmenően mentesül a biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a betegséget a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. A betegséget súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak kell tekinteni, ha: a) a betegség diagnosztizálása esetén a biztosított az orvosi utasításokat (gyógyszeresedést, kezeléseket stb.) nem tartja be, és ennek következményeként olyan szövődmény vagy állapotromlás következik be, amely a szakorvosi utasítások betartásával megelőzhető lett volna, b) a betegség diagnosztizálása esetén a biztosított az orvos által javasolt műtétet elutasítja, és ennek következtében a későbbiekben egy, az eredetileg javasoltnál magasabb térítési kategóriába sorolt beavatkozást kell végrehajtani a biztosított gyógyulása érdekében, c) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye kapcsán vagy azzal összefüggésben szükségessé váló műtéti beavatkozás esetén, d) a biztosított súlyos alkoholos vagy bódító-, kábítószeres befolyásoltsága, illetve toxikus anyagok rendszeres szedésével okozati összefüggésben történt műtéti beavatkozások esetén, e) érvényes jogosítvány nélküli gépjárművezetés közben, f) ittas állapotban történt gépjárművezetés közben következett be, és mindkét utóbbi esetben a biztosított más közlekedérendészeti szabályt is megsértett. 13. A biztosító szolgáltatása A jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a biztosító szolgáltatásának a jogosultja a biztosított. 13.1. <i>Betegségi műtéti térítés</i> 13.1.1. Jelen kiegészítő szerződés szerint műtét az olyan sebészeti típusú beavatkozás, amelyet érvényes felelősségbiztosítással rendelkező gyógyintézetben, érvényes szakmai szabályok szerint végeznek, azok szerint is dokumentálnak és szerepel a WHO műtéti listájában, és a biztosító feltételeiből nem került kizárára. Amennyiben az adott műtét nem szerepel a WHO listájában és kizárára sem kerül, abban az esetben a műtét besorolását a megismerés körülmények és adatok alapján a biztosító szakorvosa állapítja meg. 13.1.2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító kifizeti a biztosított végrehajtott műtéti kategóriának megfelelő, az alábbi táblázat szerinti, a biztosítási esemény időpontjában aktuális, a műtéti térítésre vonatkozó biztosítási összeget: I. térítési csoport: a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a biztosító, II. térítési csoport: a biztosítási összeg 150%-át fizeti ki a biztosító, III. térítési csoport: a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki a biztosító, IV. térítési csoport: a biztosítási összeg 50%-át fizeti ki a biztosító, V. térítési csoport: nem téríthető beavatkozás. Jelen kiegészítő szerződés szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség következményeként elvégzett műtéti beavatkozások minősülnek biztosítási eseménynek. 13.1.3. Egy biztosítási eseményből eredően maximálisan a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a biztosító. 13.1.4. Amennyiben egy műtét során ugyanazon testrészen vagy szerveen több sebészeti beavatkozást végeznek, akkor az adott szerven vagy testrészen végzett sebészeti eljárások közül a műtéti térítés meghatározására a legmagasabb kategóriájú eljárás alapján kerül sor. 13.1.5. Ha egy műtét során több testrészen, vagy szerveen végeznek sebészeti beavatkozást, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken vagy szerveken végzett beavatkozások együttes	összege, de nem haladhatja meg a jelen feltételek 13.1.2. pontban meghatározott biztosítási összeget. 13.1.6. A szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került. 13.1.7. Családi biztosítás esetén a betegségi műtét kockázat a gyermek biztosítottakra nem nyújt fedezetet. 13.1.8. A műtétek veszélyességi besorolását a biztosító objektív feltételek alapján (műtéti halálozás kockázata, szövődmények gyakorisága, súlyossága, műtéttechnikai bonyolultsága, beteg által elviselendő megterhelés nagysága) határozza meg. Ennek alapján négy térítési csoportot állapít meg. 13.1.9. Új biztosítási eseménynek minősül, ha a műtét olyan ok következménye, amelyre a kockázatviselés tartama alatt korábban már alkalmazott orvosi beavatkozások nem vonatkoztak. 13.2. <i>Betegségi kórházi napi térítés</i> 13.2.1. Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező betegsége miatt legalább 5 napot elérő folyamatos kórházi ápolásra szorul fekvőbetegként, úgy a biztosító az egészségbiztosítási kiegészítő aktuális biztosítási összegének a kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítási összegét minden kórházi ápolási napra kifizeti a biztosítottnak. Családi biztosítás esetén a biztosított gyermek kórházba kerülése esetén csak akkor nyújt szolgáltatást a biztosító, ha a szülő is a kórházban van, mint kísérő. 13.2.2. Amennyiben egy betegségből eredően többször kerül kórházi ápolásra sor, úgy a biztosító az első 5 napot meghaladó időszak után már a következő ápolási időszaknál nem vizsgálja annak folyamatos meglétét. 13.2.3. Egy biztosítási esemény kapcsán a szolgáltatás felnőtt biztosított esetén 360 napra, gyermek biztosított esetén 180 napra korlátozódik. A szolgáltatás mértéke a biztosítás tartama alatt a 720 napot – gyermek esetén a 360 napot – összesen nem haladhatja meg. 13.2.4. Jelen kockázat szempontjából kórháznak minősül a szakmai felügyeletet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, valamint a kórházak beteget ellátó, gondozó központok. 13.3. <i>Második orvosi vélemény</i> Második orvosi vélemény alatt a jelen szerződés alkalmazásában a biztosított által feltett, a biztosított súlyos betegsége vonatkozó orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvos szakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni. 13.3.1. A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza: – hozzáférés nemzetközi orvos szakértők szaktudásához, elismert orvos szakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá betérjesztett minden esetben. – vezető szakértők kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. A biztosító ezen szolgáltatását egy ellátásszervezőn keresztül nyújtja. Az ellátásszervező jelen esetben az Advance Medical Hungary Kft. (1085 Budapest, Baross u. 22.) Az ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a beteggel és kezelőorvosával. 13.3.2. A jelen feltételekben ismertetett második orvosi véleményt az ellátásszervező az alábbi betegségek esetén nyújtja: – az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat); – szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet; – szervátültetések; – neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát; – veleszületett betegségek és rendellenességek; – az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció; – a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák; – az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás. A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír. A biztosító ezen szolgáltatásának igénybevételére várakozási időt nem köt ki a szerződés hatálybalépéséhez képest.
--	--

14. A biztosító teljesítése

- 14.1. A biztosítási eseményt a biztosítóhoz a szolgáltatás iránti igény-
nyel együtt a biztosítási eseményt követő 8 napon belül be kell
jelenteni.
- 14.2. A biztosító teljesítése az Általános Biztosítási Feltételek
Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosí-
tásokhoz 23. pontjában foglaltak szerint történik.
- 14.3. A szolgáltatási igény teljesítéséhez az Általános Biztosítási
Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és
nyugdíjbiztosításokhoz 23.6. pontjában megjelölt iratokon kívül
a biztosító a biztosítottnak a biztosítási eseményt megelőző,
illetve a biztosítási esemény bekövetkeztekor fennálló egészségi
állapotára vonatkozó igazolásokat is bekérhet.

15. Értékkövetés

- 15.1. A kiegészítő biztosítás díja és biztosítási összege egyidejűleg
indexálódik az alapt biztosítás díjával a biztosítási évfordulón,
feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás az évforduló után még
érvényben marad.
- 15.2. Az alapt biztosítást és a kiegészítő biztosítást egymástól függetle-
nül nem lehet indexálni.

16. Egyéb rendelkezések

- 16.1. A kiegészítő biztosítás nem reaktiválható.
- 16.2. Amennyiben egy biztosítottra vonatkozóan több egészségbiztosí-
tási kiegészítő biztosítás kerül megkötésre, a biztosító a szerző-
désben korlátozhatja az egy biztosítási eseményből eredő összes
kifizetés nagyságát.**
- 16.3. Jelen biztosítási szerződésben nem szabályozott kérdésekben az
Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz
kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz rendelkezései az
irányadóak.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.