

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 jelen feltételekben leírt biztosítási események 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: alaptbiztosítás) mellé kötheti meg.

1. A biztosított

1.1. 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 alaptbiztosítás biztosítottjával (továbbiakban: főbiztosított).

1.2. **A felnőtt biztosítottak életkora a kiegészítő biztosítás létrejöttkor a minimum 18 év, de a 75 életévet nem haladhatja meg. Családi biztosítás esetén a kiegészítő biztosítás létrejöttkor a gyermek életkora minimum 1 év, de a 18 évet nem haladhatja meg.**

1.3. Családi biztosítás esetén egyttbiztosított lehet az alaptbiztosítás biztosítottjával egy háztartásban élő, a Ptk. 8:1§ (1) bekezdésének 1. pontjában felsorolt közeli hozzátartozók, élettárs valamint az élettárs gyermekei. **Családi biztosítás köthető maximum két felnőttre és gyermekekre, a gyermekek számától függetlenül.**

1.4. Két biztosítottra kötött szerződés esetében egyttbiztosított lehet az alaptbiztosítás biztosítottjával (főbiztosított) egy háztartásban élő, a Ptk. 8:1.§. 1, bekezdésében felsorolt közeli hozzátartozó és élettárs, valamint az élettárs gyermekei, feltéve, hogy egyébként megfelelnek jelen biztosítási feltételek 1.2. pontjában előírtaknak.

2. A kiegészítő biztosítás létrejötte

A kiegészítő biztosítás megköthető az alaptbiztosítással egy időben, illetve meglévő alaptbiztosítás mellé tartam közben is – **amennyiben a szerződő ez irányú igényét a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal jelzi** – az alaptbiztosítás évfordulóján, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja, és az alaptbiztosítás az évforduló után díjfizetéssel érvényben marad.

3. A kiegészítő biztosítás kezdete

3.1. A kiegészítő biztosítás kezdete – amennyiben azt az alaptbiztosítással egyidejűleg kötötték – megegyezik az alaptbiztosítás kezdetével.

3.2. A kiegészítő biztosítás kezdete, amennyiben azt az alaptbiztosítás tartama alatt kötötték az alaptbiztosítás évfordulójának napjával megegyező nap.

3.3. Meglévő, egy biztosítottra szóló kiegészítő biztosítás az alaptbiztosítás évfordulójának napjával kiterjeszthető második biztosítottra illetőleg családra.

4. A biztosítás tartama

4.1. A kiegészítő biztosítás határozott, legalább 1, legfeljebb 25 éves tartamú.

4.2. A kiegészítő biztosítás lejáratának napja az alaptbiztosítás lejáratával megegyező nap, de legfeljebb a kiegészítő biztosítás 25. biztosítási évfordulójának napja.

4.3. A kiegészítő biztosítás évfordulója az alaptbiztosítás évenkénti fordulónapja.

5. A biztosító kockázatviselése

5.1. Jelen kiegészítő biztosítás 3.1. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alaptbiztosítás kockázatviselésének kezdetével és a kiegészítő biztosítás megszűnéséig tart

5.2. Jelen kiegészítő biztosítás 3.2. és 3.3. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alaptbiztosítás biztosítási évfordulójának napjával.

5.3. A kiegészítő biztosítás területi korlátozás nélkül, a Föld bármely országában bekövetkezett biztosítási eseményekre kiterjed.

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

7.1. A kiegészítő biztosítás megszűnik az Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 9. pontjában foglaltakon túlmenően,

a) a főbiztosított 75. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján,

b) a határozott tartam elteltével, a tartam utolsó napjának 24. órájával,

c) az alaptbiztosítás bármely okból való megszűnése esetén az alaptbiztosítással egyidejűleg,

d) az alaptbiztosítás díjmentesítése esetén, a díjmentesítés napjával.

7.2. A biztosító kockázatviselése megszűnik egy biztosítottra vonatkozóan:

a) a biztosított halálával

b) a biztosított 75. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján,

c) a gyermekbiztosított 18. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján.

7.3. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a kiegészítő szerződés megszűnik, a biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti.

8. A biztosítási díj

8.1. A szerződőt a kiegészítő biztosítás kezdetének napjától terheli a díjfizetés kötelezettsége.

8.2.	A kiegészítő biztosítás első díja az ajánlat aláírásának napján esedékes.		
8.3.	A kiegészítő biztosítás díjfizetésének módja és gyakorisága megegyezik az alapt biztosítással, attól nem térhet el.		
8.4.	A biztosítási díj megállapítására a szerződésben meghatározott biztosítási összeg figyelembevételével, a biztosító kockázat-elbírálása alapján kerül sor.		
8.5.	A biztosítás díja 1,4%-os technikai kamatlábat tartalmaz.		
9.	Aktuális biztosítási összeg A kiegészítő egészségbiztosítás biztosítási összege az ajánlaton kerül megjelölésre. A biztosítási összeg duplázható. A biztosítási összeg valamennyi biztosítottra vonatkozóan azonos.		
10.	Biztosítási esemény		
10.1.	A biztosított gyógyulása érdekében, a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkezett betegség miatt orvosi szempontból szükségessé váló, zárójelentéssel igazolt		
	a) a biztosító műtéti besorolásában is elismert műtete,		
	b) betegség miatti kórházi ápolása.		
10.2.	A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja		
10.2.1.	<i>Betegségi műtét kockázat esetén:</i> az első műtét végrehajtásának napja akkor is, ha egy biztosítási eseményből kifolyólag több műtét elvégzése válik szükségessé.		
10.2.2.	<i>Betegségi kórházi ápolás kockázat esetén:</i> a kórházba kerülés első napja.		
10.3.	Jelen kiegészítő biztosítás szerint műtét, az olyan sebészeti típusú beavatkozás, amely érvényes felelősségbiztosítással rendelkező gyógyintézetben, érvényes szakmai szabályok szerint szakorvos által elvégzett, azok szerint is dokumentált, valamint szerepel a biztosító műtéti listájában, abból nem került kizárásra.		
11.	Kizárt kockázatok Az Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 21. pontjában foglaltakon túlmenően a biztosító kockázatviselése nem terjed ki:		
11.1.	a terhesség ideje alatt, valamint a szülés közben, illetve a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a terhességgel, 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 járó eljárásokkal végzett diagnosztikus és terápiás beavatkozásokra;		
11.6.	az egészségügyi ellátás, az orvosi beavatkozás		
11.7.	az olyan orvosi vizsgálat vagy egészségügyi beavatkozás miatt bekövetkező műtéti ellátásra, amelynek célja esztétikai változtatás, 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 műtétre;		
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.	a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett biztosítási eseményre, ha összefüggésbe hozható a biztosított kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett egészségkárosodásával, műtétével, illetve a kockázatviselés kezdetét megelőző egészségi állapotával,		
11.14.	A betegségi műtét kockázat a gyermek biztosítottakra nem nyújt fedezetet.		
12.	A biztosító mentesülése Az Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 22. 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 (gyógyszeresedés, kezelések 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-, kábítószerek 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 közlekedésrendészeti szabályt is megsértett.		

13. A biztosító szolgáltatása A jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a biztosító szolgáltatásának a jogosultja a biztosított. A biztosító szolgáltatásra a biztosított halála esetén kizárólag abban az esetben köteles, ha a szolgáltatási igény bejelentésére még a biztosított életében sor került. 13.1. Betegségi műtéti térítés 13.1.1. Jelen kiegészítő szerződés szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdétéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség következményeként elvégzett műtéti beavatkozások minősülnek biztosítási eseménynek. 13.1.3. Ha a biztosított gyógyulása és állapotromlásának megakadályozása érdekében a biztosítottnak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező betegsége miatt szükségessé váló, a biztosító által meghatározott mértéket meghaladó súlyosságú műtétet végeznek, úgy a biztosító kifizeti a kiegészítő biztosítás aktuális biztosítási összegének 13.1.6. pont szerinti összegét. 13.1.4. A műtétek veszélyességi besorolását a biztosító objektív feltételek alapján (műtéti halálozás kockázata, szövődmények gyakorisága, súlyossága, műtéttechnikai bonyolultsága, beteg által elviselendő megterhelés nagysága) határozza meg. 13.1.5. Amennyiben az adott műtét nem szerepel a biztosító listájában és kizárásra sem kerül, abban az esetben a műtét besorolását a megismert körülmények és adatok alapján a biztosító szakorvosa állapítja meg. 13.1.6. A biztosító a műtétek vonatkozásában 5 súlyossági fokozatot és 4 térítési csoportot állapít meg I. súlyossági csoport: a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a biztosító, II. súlyossági csoport: a biztosítási összeg 150%-át fizeti ki a biztosító, III. súlyossági csoport: a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki a biztosító, IV. súlyossági csoport: a biztosítási összeg 50%-át fizeti ki a biztosító, V. súlyossági csoport: nem téríthető beavatkozás. 13.1.7. Egy biztosítási eseményből eredően maximálisan a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a biztosító. 13.1.8. Amennyiben egy műtét során ugyanazon testrészen vagy szerveen több sebészeti beavatkozást végeznek, akkor az adott szerveen vagy testrészen végzett sebészeti eljárások közül a műtéti térítés meghatározására a legmagasabb kategóriájú eljárás alapján kerül sor. 13.1.9. 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 az aktuális biztosítási összeg 200%-át. 13.1.10. A szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került. 13.1.11. Új biztosítási eseménynek minősül, ha a műtét olyan ok következménye, amelyre a kockázatviselés tartama alatt korábban már alkalmazott orvosi beavatkozások nem vonatkoztak.	13.2. Betegségi kórházi napi térítés 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 kómas betegeket ellátó, gondozó központok. 13.3. Második orvosi vélemény Második orvosi vélemény alatt a jelen szerződés alkalmazásában a biztosított által feltett, a biztosított súlyos betegségekre 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: a) 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; b) 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 érsebészet; 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.

13.3.3. 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 igénnyel 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 nyugdíjbiztosításokhoz 26. pontjában foglaltak szerint történik.

14.3. A szolgáltatási igény teljesítéséhez az Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 26.6. 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 alapbiztosítás díjával a biztosítási évfordulón, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás az évforduló után még érvényben marad.

15.2. **Az alapbiztosítást és a kiegészítő biztosítást egymástól függetlenül nem lehet indexálni.**

16. Egyéb rendelkezések

16.1. **A kiegészítő biztosítás nem reaktiválható.**

16.2. **Amennyiben egy biztosítottra vonatkozóan több egészségbiztosítási kiegészítő biztosítás kerül megkötésre, a biztosító a szerződésben 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.