

Egészségbiztosításra szóló kiegészítő biztosítási szerződés jelen kiegészítő biztosítási feltételek, valamint az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Általános Életbiztosítási Feltételek / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz alapján jön létre.

A kiegészítő biztosítást a szerződő az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. élet- és nyugdíjbiztosításai (továbbiakban alpbiztosítás) mellé kötheti meg.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyféltájékoztató elemei, továbbá a Ptk-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek **vastag betűkkel** szedettek.

1. A biztosított

1.1. **A biztosított életkora a kiegészítő biztosítás létrejöttkor minimum 18 év, de az 55. életévet nem haladhatja meg.**

1.2. **A biztosított életkora a kiegészítő biztosítás tartamának lejártakor legfeljebb 65. év.**

1.3. Jelen kiegészítő biztosítás egy vagy két biztosítottra köthető meg. Ha egy biztosítottra kerül megkötésre, akkor a kiegészítő biztosítás biztosítottja lehet az alpbiztosítás első vagy főbiztosítottja, vagy a második biztosított. Ha két biztosítottra kerül megkötésre, a kiegészítő egyik biztosítottja azonos kell, hogy legyen az alpbiztosítás első vagy főbiztosítottjával. **A második biztosított az alpbiztosítás minden kiegészítő biztosítása esetében ugyanaz a személy kell, hogy legyen.**

2. A kiegészítő biztosítás létrejötte

2.1. A kiegészítő biztosítás megköthető az alpbiztosítással egy időben, illetve meglévő alpbiztosítás mellé tartam közben is – **amennyiben a szerződő ez irányú igényét a díjfizetési gyakoriság esedékességének napja előtt legalább 30 nappal írásban jelzi** – az alpbiztosítás díjfizetési gyakoriság esedékességének napjával, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja, és az alpbiztosítás az évforduló után díjfizetéssel érvényben marad.

2.2. A szerződéskötés speciális szabályai

A biztosító által nyújtott kockázatok egyedileg összeállíthatóak. Az egyedileg összeállítható csomagon belül különböző kombinációkban lehet választani:

2.2.1. A bármely okú műtéti térítés és bármely okú kórházi napi térítés kockázat együtt, vagy külön-külön is választható.

2.2.2. A második orvosi vélemény, Teledoktor / 24 órás orvosi call center, és a finanszírozás nélküli járóbeteg szakellátás szervezés szolgáltatás csak együtt, kizárólag a bármely okú műtét vagy a bármely okú kórházi napi térítés kockázatok mellé választható. A felsorolt szolgáltatások együttesen alkotják az Asszisztencia csomagot.

3. A kiegészítő biztosítás kezdete

3.1. A kiegészítő biztosítás kezdete – amennyiben azt az alpbiztosítással egyidejűleg kötötték – megegyezik az alpbiztosítás kezdetével.

3.2. A kiegészítő biztosítás kezdete, amennyiben azt az alpbiztosítás tartama alatt kötötték az alpbiztosítás díjfizetési gyakorisága esedékességének napjával megegyező nap.

3.3. Meglévő, egy biztosítottra szóló kiegészítő biztosítás az alpbiztosítás díjfizetési gyakorisága esedékességének napjával kiterjeszhető második biztosítottra.

4. A biztosítás tartama

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

4.2. A kiegészítő biztosítás évfordulója az alpbiztosítás évenkénti fordulónapja.

5. A biztosító kockázatviselése

5.1. Jelen kiegészítő biztosítás 3.1. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alpbiztosítás 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 alpbiztosítás biztosítási díjfizetési gyakorisága esedékességének napjával.

5.3. A kiegészítő biztosítás területi korlátozás nélkül, a Föld bármely országában bekövetkezett biztosítási eseményekre kiterjed, a járóbeteg szakellátás finanszírozás nélkül és a Teledoktor / 24 órás orvosi call center szolgáltatások (Asszisztencia csomag) kivételével, melyek területi hatálya Magyarország.

5.4. Két biztosított esetén az érintett biztosított vonatkozásában megszűnik a biztosító kockázatviselése:

a) az adott biztosított 65. életévének betöltése esetén annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján 24 órakor, amikor a biztosított 65. életévét betöltötte,

b) az adott biztosított halálával, a halál napján,

c) a második biztosítottra vonatkozóan, ha a díjfizetést a biztosító teljesíti a Haláleset esetén nyújtott díjtvállalás vagy a Rokkantság esetén nyújtott díjtvállalás kiegészítő biztosítás szolgáltatásaként, a biztosító által teljesített első díjfizetési időszak első napján 0 órakor,

d) ha az adott biztosított jelen kiegészítő biztosítás megkötéséhez adott hozzájárulását írásban visszavonta.

6. Várakozási idő

Az Általános Életbiztosítási Feltételek 5.2. / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet és nyugdíjbiztosításokhoz 8.2. pontján túlmenően a biztosító várakozási

<p>időt köt ki:</p> <p>6.1. Az orvosi vizsgálat nélkül kötött egészségbiztosítás esetében a bármely okú műtéti térítés, a bármely okú kórházi napi térítés és a második orvosi vélemény fedezeteknél a biztosító 3 hónap várakozási időt köt ki.</p> <p>6.2. Ha a biztosító kockázatviselése az általa előírt orvosi vizsgálatot követően kezdődik meg, a biztosító a várakozási időtől eltekint.</p> <p>7. A kiegészítő biztosítás megszűnése</p> <p>7.1. A kiegészítő biztosítás megszűnik az Általános Életbiztosítási Feltételek 6. / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 9. pontjában foglaltakon túlmenően,</p> <p>7.1.1. a határozott tartam elteltével, a tartam utolsó napjának 24. órájával,</p> <p>7.1.2. az alpbiztosítás bármely okból való megszűnése esetén az alpbiztosítással egyidejűleg,</p> <p>7.1.3. az alpbiztosítás díjmentes leszállítása vagy díjmentesítése esetén a díjmentes leszállítás vagy a díjmentesítés hatályba lépését megelőző nap 24. órájával,</p> <p>7.1.4. egy biztosítottra kötött kiegészítő biztosítás esetén</p> <ul style="list-style-type: none"> – az alpbiztosítási szerződés lejáratának napjával, illetve a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évforduló közül a korábbi dátummal, – a biztosított halálával, a halál napján, – ha a biztosított jelen kiegészítő biztosítás megkötéséhez adott hozzájárulását írásban visszavonta. <p>7.1.5. két biztosítottra kötött biztosítás esetén – amennyiben az egyik biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a jelen Kiegészítő Biztosítási Feltétel 5.4. pontja szerint már megszűnt – a másik biztosított vonatkozásában</p> <ul style="list-style-type: none"> – az adott biztosított 65. életévének betöltése, esetén annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján 24 órakor, amikor a biztosított 65. életévét betöltötte, – a biztosított halálával, a halál napján, – ha a biztosított jelen kiegészítő biztosítás megkötéséhez adott hozzájárulását írásban visszavonta. <p>7.1.6. a főbiztosított vonatkozásában, ha a díjfizetést a biztosító teljesíti a Haláleset esetén nyújtott díjtvállalás kiegészítő biztosítás szolgáltatásaként, a biztosító által teljesített első díjfizetési időszak első napján 0 órakor.</p> <p>7.2. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és ezzel összefüggésben a kiegészítő szerződés megszűnik, a biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti.</p> <p>8. A biztosítási díj</p> <p>8.1. A szerződőt a kiegészítő biztosítás kezdetének napjától terheli a díjfizetés kötelezettsége.</p> <p>8.2. A kiegészítő biztosítás első díja az ajánlat aláírásának napján esedékes.</p> <p>8.3. A kiegészítő biztosítás díjfizetésének módja és gyakorisága megegyezik az alpbiztosításával, attól nem térhet el.</p>	<p>8.4. A biztosítási díj megállapítására a szerződésben meghatározott biztosítási összeg figyelembevételével, a biztosító kockázatelbírálása alapján kerül sor.</p> <p>8.5. A bármely okú műtéti térítés és bármely okú kórházati napi térítési biztosítási szolgáltatások díja 1,4%-os technikai kamatlábat tartalmaz.</p> <p>9. Aktuális 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 15. pontban meghatározott értékkövetési eljárás szerint meghatározott összeg.</p> <p>10. Biztosítási esemény</p> <p>10.1. A biztosított gyógyulása érdekében, a kockázatviselés időszaka alatt a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség vagy baleset miatt orvosi szempontból szükségessé váló, zárójelentéssel igazolt</p> <p>10.1.1. a biztosító műtéti besorolásában is elismert, szakorvos által végzett műtéte</p> <p>10.1.2. 5 napot elérő folyamatos kórházi ápolása</p> <p>10.2. Második orvosi vélemény</p> <p>10.3. Teledoktor / 24 órás orvosi call center</p> <p>10.4. Járóbeteg szakellátás szervezés (a 10.2., 10.3. és 10.4. pontokban foglalt szolgáltatások együttesen alkotják az Asszisztencia csomagot)</p> <p>10.5. A biztosítási esemény bekövetkezteként időpontja</p> <p>10.5.1. <i>Bármely okú műtét kockázat esetén:</i> az első műtét végrehajtásának napja akkor is, ha egy biztosítási eseményből kifolyólag több műtét elvégzése válik szükségessé.</p> <p>10.5.2. <i>Bármely okú kórházi ápolás kockázat esetén:</i> a kórházba kerülés első napja.</p> <p>10.6. Jelen feltétel vonatkozásában baleseti esemény a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan egyszeri külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár, amelynek következtében a biztosított a balesetet követően 2 éven belül kórházi ápolásra, műtetre szorul.</p> <p>10.7. Jelen feltétel vonatkozásában betegség az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza az életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét.</p> <p>11. A biztosító szolgáltatása</p> <p>11.1. A jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a biztosító szolgáltatásának a jogosultja a biztosított. A szolgáltatás teljesítésére 11.2.-11.3. pontok vonatkozásában a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került.</p> <p>11.2. Bármely okú műtéti térítés</p> <p>11.2.1. Jelen kiegészítő szerződés szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség vagy baleset következményeként elvég-</p>
---	---

<p>zett műtéti beavatkozások minősülnek biztosítási eseménynek. Új biztosítási eseménynek minősül, ha a műtét olyan ok következménye, amelyre a kockázatviselés tartama alatt korábban már alkalmazott orvosi beavatkozások nem vonatkoztak.</p> <p>11.2.2. 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 biztosító műtéti listájában, abból nem került kizárásra.</p> <p>11.2.3. 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. 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.</p> <p>11.2.4. A biztosító a műtétek vonatkozásában 5 súlyossági fokozatot és 4 térítési csoportot állapít meg: I. súlyossági fokozat: a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a biztosító, II. súlyossági fokozat: a biztosítási összeg 150%-át fizeti ki a biztosító, III. súlyossági fokozat: a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki a biztosító, IV. súlyossági fokozat: a biztosítási összeg 50%-át fizeti ki a biztosító, V. súlyossági fokozat: nem téríthető beavatkozás.</p> <p>11.2.5. Egy biztosítási eseményből eredően maximálisan a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a biztosító.</p> <p>11.2.6. 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.</p> <p>11.2.7. 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.</p> <p>11.3. Bármely okú kórházi napi térítés</p> <p>11.3.1. Jelen kiegészítő szerződés szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség vagy baleset miatti kórházi ápolások minősülnek biztosítási eseménynek. Új biztosítási eseménynek minősül, ha a kórházi ápolás olyan ok következménye, amelyre a kockázatviselés tartama alatt korábban már alkalmazott orvosi beavatkozások nem vonatkoztak. A kórházi ápolás kockázata nem terjed ki azokra a kórházi felvételt igénylő egyéb kóros állapotokra, melyek nem az adott baleset vagy betegség gyógyításával állnak közvetlen okozati összefüggésben.</p> <p>11.3.2. Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete, betegsége miatt legalább 5 napot elérő folyamatos kórházi ápolásra szorul</p>	<p>fekvőbetegként, úgy a biztosító a kórházi ápolás kockázat biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét minden kórházi ápolási napra kifizeti.</p> <p>11.3.3. Amennyiben a biztosított balesetével okozati összefüggésben intenzív osztályon történő ellátásban részesül, úgy a biztosító a kórházi ápolás kockázat a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegének kétszeresét minden intenzív osztályon töltött kórházi ápolási napra kifizeti.</p> <p>11.3.4. Amennyiben egy balesetből, 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.</p> <p>11.3.5. Egy biztosítási esemény kapcsán a biztosító szolgáltatása biztosítottanként 50-50 napra korlátozódik. A szolgáltatás mértéke a biztosítás teljes tartama alatt biztosítottanként a 150 napot összesen nem haladhatja meg.</p> <p>11.3.6. Jelen kockázat szempontjából kórháznak minősül a szakmai felügyeletek által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és megfelelő intézményi kóddal rendelkezik. Nem minősülnek kórháznak a nappali kórházak, szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó, illetve obesitológiai és lipidológiai osztályai.</p> <p>11.4. Második orvosi vélemény</p> <p>11.4.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége kapcsán felmerülő második orvosi vélemény szolgáltatás iránti igénye.</p> <p>11.4.2. A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza: A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi a második orvosi vélemény szolgáltatást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.</p> <p>11.4.3. 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.</p> <p>11.4.4. A biztosító ezen szolgáltatásának igénybevételére várakozási időt nem köt ki a szerződés hatálybalépéséhez képest.</p>
--	--

<p>11.5. Teledoktor / 24 órás orvosi call center</p> <p>11.5.1. A biztosító a jelen feltételek alapján ügyfelei számára a biztosító ellátásszervező partnere (a továbbiakban szolgáltató) által 24 órás egészségügyi információs szolgáltatást nyújt.</p> <p>11.5.2. A szolgáltatás célja, hogy egészségügyi szakemberek telefonon laikusoknak szóló, egészségmegőréssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek.</p> <p>11.5.3. Az egészségügyi információs központban egészségügyi szakemberek válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:</p> <p>a) egészségmegőréssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,</p> <p>b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,</p> <p>c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről,</p> <p>d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszertárakról,</p> <p>e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.</p> <p>11.5.4. Az év minden napján, a nap 24 órájában elérhető szolgáltatás igénybevétele a biztosított telefonon kezdeményezheti.</p> <p>11.5.5. A szolgáltató és felelőssége</p> <p>11.5.5.1. Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a betegvizsgálatot.</p> <p>11.5.5.2. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget.</p> <p>11.5.5.3. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.</p> <p>11.5.5.4. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel.</p> <p>11.6. Járóbeteg szakellátás szervezés finanszírozás nélkül</p> <p>11.6.1. A biztosító a jelen feltételek alapján a biztosított számára ellátásszervező partnere közreműködésével megszervezi a vizsgálati időpontokat, helyszíneket járóbeteg-szakellátásokra. A járóbeteg-szakellátásokra a helyszínt és időpontot az ellátásszervező 5 munkanapon belül megszervezi szerződött egészségügyi szolgáltató partnereinél. Az orvosi ellátás időpontja és helyszíne minden esetben a biztosítottal egyeztetve történik.</p> <p>11.6.2. A járóbeteg szakellátás szervezés szakorvosi vizsgálatra szolgáltatás nem finanszírozza az orvosi vizsgálatok költségét, kizárólag a megfelelő szakorvos kiválasztását és a vizsgálat idejének megszervezését tartalmazza. Az ügyfelek érdeklődése esetén tájékoztató jellegű információt ad az ellátásszervező a választott szakrendelés áairól. A vizsgálat költségei a biztosítottat terhelik. Meglévő időpont módosítására egyszer van lehetőség, legkésőbb 2 munkanappal a kiadott időpont előtt.</p>	<p>Amennyiben a biztosított 2 munkanapon belül mondja le vagy módosítja az időpontot vagy nem jelenik meg az ellátásra szervezett időpontban, a biztosított ugyanezen vizsgálat megszervezésére legkorábban 3 hónap elteltével válik ismét jogosulttá, kivéve, ha bizonyítja, hogy rajta kívül álló okból kifolyólag nem volt lehetősége az ellátást lemondani vagy megjelenni.</p> <p>12. Kizárt kockázatok</p> <p>Az Általános Életbiztosítási feltételek 13. / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 21. pontjában foglaltakon túlmenően a biztosító kockázatviselése nem terjed ki:</p> <p>12.1. 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 vagy kórházi ápolásra abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt történt (a fogamzás időpontjának a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni);</p> <p>12.2. a veleszületett fejlődési rendellenességekre és a szüléssel összefüggésben létrejött egészségkárosodásokra és későbbi következményeik miatti műtetre és kórházi ápolásra;</p> <p>12.3. a művi megtermékenyítéssel és fogamzásgátlással összefüggésben bekövetkező műtéti megoldásokra vagy kórházi ápolásra;</p> <p>12.4. a művi terhesség-megszakítással kapcsolatos műtéti beavatkozásokra vagy kórházi ápolásra;</p> <p>12.5. az egészségügyi ellátás, az orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt bekövetkező műtéti beavatkozásokra vagy kórházi ápolásra;</p> <p>12.6. az olyan orvosi vizsgálat vagy egészségügyi beavatkozás miatt bekövetkező műtéti ellátásra vagy kórházi ápolásra, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés, kivéve, ha az valamely betegség vagy baleset következménye;</p> <p>12.7. nemek megváltoztatását célzó műtétekre;</p> <p>12.8. a biztosított HIV-fertőzésére vagy ezzel okozati összefüggésben bekövetkezett megbetegedésére, illetve ezzel kapcsolatos műtetre vagy kórházi ápolásra;</p> <p>12.9. a biztosított öngyilkossági, öncsonkítási kísérletére vagy annak bekövetkezése miatti műtéti beavatkozásra vagy kórházi ápolásra még akkor sem, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el;</p> <p>12.10. az alkohol-, illetve a drogfüggőséggel összefüggésben végzett műtétekre és kórházi ápolásra;</p> <p>12.11. foglalkozási megbetegedésre és annak következményeire;</p> <p>12.12. a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett biztosítási eseményre, ha összefüggésbe hozható a biztosított kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett balesetével, egészségkárosodásával, műtéttel, illetve a kockázatviselés kezdetét megelőző egészségi állapotával (előzménybetegség);</p> <p>12.13. Jelen kiegészítő feltétel vonatkozásában nem minősül balesetnek:</p> <p>a) a napsugárzás által okozott égési sérülés,</p>
---	---

<p>b) a fagyási sérülés, c) a szokványos ízületi ficamok és alkati sajátosságból adódó ízületi szalaggyengeség, d) a megemelés következtében kialakuló anatómia elváltozások, e) a testi sérüléssel nem járó lelki sérülések, f) a rándulásos sérülések és azok későbbi következményei.</p> <p>12.14. a kórházi napi térítés és műtéti kockázatokra, amennyiben a kórházi beavatkozás célja nem a sérült biztosított állapotromlásának a megakadályozása, hanem esztétikai, kozmetikai kezelése;</p> <p>12.15. minden olyan, a szervezet támasztórendszerét érintő ártalomra (a degeneratív, ortopéd jellegű kórképek), melynek meglétére az adott baleseti esemény hívja fel a figyelmet;</p> <p>12.16. A biztosító nem vállalja a fedezet nyújtását amennyiben a baleset a biztosított alábbi tevékenységével ok-okozati összefüggésbe hozható:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bármilyen cirkuszművész, – 40 méter mélységtől búvár, – munkavégzés magasban (15 méter feletti), – fegyveres testület tagja (kivéve adminisztratív területen dolgozó), – fegyveres őrként, – kaszkadőr, – légiutas-kísérő, – pirotechnikus, – pénzszállító autó sofőrje vagy annak kísérője, – vadász, – veszélyes anyagot szállító tehergépkocsi sofőr. <p>12.17. Amennyiben a biztosított igazolt versenyzőként sportol vagy sportolt egyesületnél, a biztosító kizárja a fedezetből mindkét oldali térd- és bokaizület sérülését.</p> <p>12.18. A biztosító nem vállalja a fedezet nyújtását, amennyiben a baleset a biztosított alábbi betegségeivel ok-okozati összefüggésbe hozható:</p> <ul style="list-style-type: none"> – idült szív- és keringési rendszeri betegség, – vérzékenység, – inzulin-függő (I. típusú) cukorbetegség, – Alzheimer-kór, – skizofrénia, – bipoláris zavar, – Parkinson-kór, – időskori demencia, – epilepszia, – 5 évnél régebben diagnosztizált sclerosis multiplex betegség, – mozgásszervet érintő, rosszindulatú daganatos betegség, – sokizületi gyulladás, – csontritkulás megbetegedés, – egyensúlyszervi megbetegedés, – -7 dioptria erősséget meghaladó rövidlátás, vagy vakság, – véralvadásgátló gyógyszerek szedésével, – illetve aki, a magyar társadalombiztosítási szerv szakvéleménye, határozata alapján bármilyen fokú maradandó egészségkárosodással bír. 	<p>13. A biztosító mentesülése Az Általános Életbiztosítási feltételek 14. / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 22. pontjában foglaltakon túlmenően mentesül a biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni. Súlyosan gondatlannak minősülhet különösen, ha</p> <p>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 a szakorvosi utasítások betartásával megelőzhető lett volna,</p> <p>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,</p> <p>c) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye kapcsán vagy azzal összefüggésben szükségessé váló műtéti beavatkozás esetén,</p> <p>d) a biztosított súlyos alkoholos vagy bódító-, kábítószeres befolyásoltsága, illetve toxikus anyagok rendszeres szedésével okozati összefüggésben történt műtéti beavatkozások esetén,</p> <p>e) érvényes jogosítvány nélküli gépjárművezetés közben,</p> <p>f) ittas állapotban történt gépjárművezetés közben következett be, és mindkét utóbbi esetben a biztosított más közlekedérendészeti szabályt is megsértett.</p> <p>14. A biztosító teljesítése</p> <p>14.1. A biztosítási eseményt az Általános Életbiztosítási Feltételek 16. / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 26. pontjában foglalt határidőben, és ott meghatározottak szerint kell bejelenteni.</p> <p>14.2. A biztosító teljesítése az Általános Életbiztosítási Feltételek 16. / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 26. pontjában foglaltak szerint történik.</p> <p>15. Értékkövetés</p> <p>15.1. A kiegészítő biztosítás díját és biztosítási összegét az alapt biztosítás díjával egyidejűleg, a biztosítási évfordulón megnöveli, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás az évforduló után még érvényben marad.</p> <p>15.2. A kiegészítő biztosítás díja a biztosító által az alapt biztosítás díjának növelésére megajánlott mértékben nő az értékkövetéskor. A kiegészítő biztosítás szolgáltatása pedig a megnövelt, új biztosítási díjnak megfelelően kerül meghatározásra. A kiegészítő biztosítás díja és szolgáltatása eltérő mértékben változhat.</p>
---	--

<p>15.3.</p> <p>15.4.</p> <p>16.</p> <p>17.</p> <p>17.1.</p> <p>17.2.</p> <p>17.3.</p> <p>17.4.</p> <p>17.5.</p>	<p>A biztosító a biztosítási évforduló előtt két hónappal írásban értesíti a szerződőt a kiegészítő biztosítás megemelt biztosítási díjáról és biztosítási szolgáltatási összegéről. Amennyiben a szerződő legkésőbb az évforduló előtt egy hónappal írásban nem utasítja vissza a díjnövelés lehetőségét, úgy a biztosító a megemelt díjat és biztosítási összeget tekinti érvényesnek a következő díjfizetési időszaktól.</p> <p>A kiegészítő biztosításra – a biztosító által megajánlottnál nagyobb mértékű – extra indexálás nem érvényesíthető. Amennyiben a szerződő az alapbiztosítás esetében él az extra indexálás lehetőségével, úgy a kiegészítő biztosítás díja és szolgáltatása a 15.2. pontban meghatározott módon kerül megemelésre.</p> <p>Eltérés a Ptk. rendelkezéseitől, illetve a szokásos szerződési gyakorlattól</p> <ul style="list-style-type: none"> – a második biztosított az alapbiztosítás minden kiegészítő biztosítása esetében ugyanaz a személy kell, hogy legyen (1.3. pont) – a szolgáltatás teljesítésére 11.2. és 11.3. pontok vonatkozásában a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került (11.1. pont) – jelen kiegészítő biztosítás nem reaktiválható (17.2. pont) – amennyiben egy biztosítottra vonatkozóan a biztosítónál több egészség vagy betegségbiztosítási kiegészítő biztosítás kerül megkötésre a biztosítónál, a biztosító a szerződésben korlátozhatja az egy biztosítási eseményből eredő összes kifizetés nagyságát (17.3. pont). <p>Egyéb rendelkezések</p> <p>Jelen kiegészítő biztosításnak nincs visszavásárlási és díjmentes leszállítási értéke</p> <p>Jelen kiegészítő biztosítás nem reaktiválható.</p> <p>Amennyiben egy biztosítottra vonatkozóan a biztosítónál több egészség- vagy betegségbiztosítási kiegészítő biztosítás kerül megkötésre a biztosítónál, a biztosító a szerződésben korlátozhatja az egy biztosítási eseményből eredő összes kifizetés nagyságát.</p> <p>A biztosító ellátásszervező partnere a Global Assistance Kft., melynek elérhetőségei honlapunkon találhatóak meg. Az ellátásszervező személyének vagy elérhetőségének módosulásáról a biztosító legkésőbb a változást megelőző 30. napig honlapján ad tájékoztatást.</p> <p>Jelen kiegészítő biztosítási szerződésben nem szabályozott kérdésekben az Általános Életbiztosítási Feltételek / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz, illetve a vonatkozó alapbiztosítás Különös Biztosítási Feltételek rendelkezései az irányadóak. Amennyiben jelen feltételek bármely rendelkezése eltér a fentiekől, e szerződési feltételek az irányadóak.</p>	<p style="text-align: center;">UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.</p>
--	---	---