

A Gyermek egészségbiztosítási csomag kiegészítő biztosítási szerződés (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) 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 alapbiztosítás) mellé kötheti meg.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyfélértékelő elemi valamint a Ptk-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek **vastag betűvel** szedettek.

### 1. A biztosított

**1.1. Biztosított az alapbiztosítás szerződőjének, vagy az első vagy főbiztosítottjának – ideértve az örökbefogadott illetve nevelt gyermeket is – az ajánlaton megnevezett gyermeke lehet. A biztosított belépési életkora a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttékor az 1. évet elérte, de nem haladja meg a 17. évet.**

**1.2. A biztosított életkora a kiegészítő biztosítás tartamának lejártakor legfeljebb 18. év lehet.**

### 2. A biztosítás tartama

**A biztosítás határozott, legalább 1 év tartamú, de legfeljebb azon biztosítási év utolsó napjának 24 órájáig tart, amelyben a biztosított 18. életévét betöltötte.**

### 3. A kiegészítő biztosítás kezdete

**3.1. A kiegészítő biztosítás kezdete – amennyiben azt az alapbiztosítással egyidejűleg kötötték – megegyezik az alapbiztosítás kezdetével.**

**3.2. A kiegészítő biztosítás kezdete, amennyiben azt az alapbiztosítás tartama alatt kötötték, az alapbiztosítás díjfizetési gyakoriság esedékességének napjával megegyező nap, amennyiben a szerződő ez irányú igényét a díjfizetési gyakoriság esedékességének napja előtt legalább 30 nappal írásban jelzi, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja, és az alapbiztosítás az évforduló után díjfizetéssel érvényben marad.**

**3.3. A szerződőt a kiegészítő biztosítás kezdetének napjától terheli a díjfizetés kötelezettsége.**

### 4. A biztosító kockázatviselése

**4.1. Jelen kiegészítő biztosítás 3.1. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapbiztosítás kockázatviselésének kezdetével.**

**4.2. Jelen kiegészítő biztosítás 3.2. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapbiztosítás díjfizetési gyakoriság esedékességének napjával.**

**4.3. A kiegészítő biztosítás területi korlátozás nél-**

**kül, a Föld bármely országában, a nap 24 órájában bekövetkezett biztosítási eseményekre kiterjed. A járóbeteg szakellátás finanszírozás nélkül és a Teledoktor / 24 órás orvosi call center szolgáltatások területi hatálya Magyarország.**

### 5. Várakozási idő

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

**5.1. A biztosító a szerződés kezdetétől a kockázatviselés kezdetére 3 hónap várakozási időt köt ki.**

**5.2. A várakozási időn belül bekövetkező biztosítási esemény esetén a biztosító a biztosítási összeg helyett a jelen kiegészítő biztosításra befizetett díjat téríti vissza.**

### 6. A kiegészítő biztosítás megszűnése

**A kiegészítő biztosítás megszűnik az Általános Életbiztosítási Feltételek 6. / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 9. pontjában foglaltakon túlmenően:**

**a) a biztosított 18. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján,**

**b) az alapbiztosítási szerződés bármely okból való megszűnése esetén az alapbiztosítással egyidejűleg,**

**c) az alapbiztosítás díjmentes leszállítása vagy díjmentesítése esetén a díjmentes leszállítás vagy díjmentesítés hatályba lépését megelőző napon,**

**d) rendes felmondással a biztosítási időszak végére,**

**e) a 7.5. pontban leírtak szerint, ha a szerződő a díjmódosítást nem fogadta el,**

**f) amennyiben az első vagy főbiztosított vonatkozásában a díjfizetést a biztosító teljesíti a Haláleset esetén nyújtott díjtvállalás vagy Rokkantság esetén nyújtott díjtvállalás kiegészítő biztosítás szolgáltatásaként a biztosító által teljesített első díjfizetési időszak első napján 0 órakor.**

### 7. A kiegészítő biztosítás díja

**7.1. A biztosítás díjfizetési időszaka 1 év.**

**7.2. A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő, az alapbiztosítás vonatkozásában választott díjfizetési móddal egyezően. Az alapbiztosítás díjfizetési gyakoriságára kiszámított pótdíj a kiegészítő biztosításra nem vonatkozik.**

**7.3. A biztosítás díja nem tartalmaz technikai kamatlábat.**

**7.5. A biztosító vállalja, hogy jelen kiegészítő biztosítás díjtételét a biztosítási szerződés megkötésétől számított 5 évig nem változtatja.**

<p><b>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 életbe lépése előtt 30 nappal megküldi a biztosítónak, akkor a kiegészítő biztosítás megszűnik az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájában.</b></p> <p><b>7.6. Írásbeli nyilatkozat hiányában a módosított díj a módosításkori biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan hatályba lép.</b></p> <p><b>8. A biztosítási összeg</b> A biztosítási összeg az első évben az ajánlaton meghatározott kezdeti biztosítási összeg, azt követően pedig a jelen feltételek 15. pontjában meghatározott értékkeövetési eljárás szerinti módosított összeg.</p> <p><b>9. A biztosítási esemény</b></p> <p><b>9.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkezett az alábbiakban felsorolt fertőző, illetve súlyos betegsége:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>fertőző betegségek</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bárányhimlő (varicella)</li> <li>– mumpsz</li> <li>– skarlát</li> <li>– kanyaró</li> <li>– szamárköhögés</li> <li>– gyermekbénulás (poliovírus okozta)</li> <li>– tetanusz</li> </ul> </li> <li>– <b>súlyos betegségek</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– rosszindulatú daganat</li> <li>– veseelégtelenség</li> <li>– szervátültetés</li> <li>– vakság</li> <li>– bakteriális agyhártyagyulladás</li> <li>– agyvelőgyulladás (encephalitis).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>9.2. Jelen feltételek szerint kizárólag a szerződés kockázatviselési tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség vagy baleset</b> következményeként elvégzett beavatkozások, vagy megbetegedések minősülnek biztosítási eseménynek.</p> <p><b>9.3. A biztosító egy biztosítási évben legfeljebb két biztosítási esemény után teljesít szolgáltatást. A biztosító egy biztosítási eseményre a kiegészítő biztosítás teljes tartama alatt legfeljebb egyszer szolgáltat.</b></p> <p><b>10. Biztosítási esemény</b></p> <p><b>10.1. Fertőző betegségek</b></p> <p><b>10.1.1. Bárányhimlő (varicella)</b> Vírus által okozott, fertőző betegség. A viszkető, hólyagos bőrkiütések vírusokat tartalmaz-</p>	<p>nak, ezek közvetlen érintkezés, a levegő, vagy cseppfertőzés útján terjednek rá más személyre.</p> <p>A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a gyermekorvos által felállított diagnózis időpontja.</p> <p><b>10.1.2. Mumpsz</b> Vírus által okozott fertőző megbetegedés, amely a fültömirigy fájdalmas megnagyobbodásával jár együtt. A betegség cseppfertőzéssel terjed. <b>Amennyiben a mumpsz szövődményeként agyhártya- vagy agyvelőgyulladás lép fel, a biztosító egy biztosítási eseményre szolgáltat. Ha a biztosító a biztosított fertőző betegsége miatt már szolgáltatást teljesített, és ugyan ezen betegség szövődményeként a biztosított súlyos betegséget szenved egy éven belül, úgy a biztosító fizetési kötelezettsége csak súlyos betegségek biztosítási összegének arra a részére korlátozódik, amely meghaladja a már kifizetett fertőző betegségre járó szolgáltatás összegét.</b> A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a gyermekorvos által felállított diagnózis időpontja.</p> <p><b>10.1.3. Skarlát</b> A skarlát (vörheny) egy baktérium, a Streptococcus pyogenes által okozott akut fertőző betegség. Cseppfertőzéssel terjed, láz, torokfájdalom, nyaki nyirokcsomó-duzzanat, majd pontozott, apró bőrkiütés lép fel, illetve esetenként lobos garatképletek észlelhetők. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a gyermekorvos által lelettel felállított diagnózis időpontja.</p> <p><b>10.1.4. Kanyaró</b> Vírus által okozott fertőző gyermekbetegség. Cseppfertőzés útján terjed, hirtelen fellépő nátha, láz, köhögés és kötőhártya-gyulladás jelentkezik, valamint a szájüregi nyálkahártyán cseresznyepiros foltok, úgynevezett Koplik-foltok jelennek meg. Később kiütések alakulnak ki a bőrön. <b>Amennyiben a kanyaró szövődményeként agyvelőgyulladás lép fel, a biztosító egy biztosítási eseményre szolgáltat. Ha a biztosító a biztosított fertőző betegsége miatt már szolgáltatást teljesített, és ugyan ezen betegség szövődményeként a biztosított súlyos betegséget szenved egy éven belül, úgy a biztosító fizetési kötelezettsége csak súlyos betegségek biztosítási összegének arra a részére korlátozódik, amely meghaladja a már kifizetett fertőző betegségre járó szolgáltatás összegét.</b> A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a gyermekorvos által felállított diagnózis időpontja.</p> <p><b>10.1.5. Szamárköhögés</b> Igen erős köhögéssel járó heveny légúti fertőzés, melyet baktérium (Bordetella pertussis) okoz. Cseppfertőzés útján terjed. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a gyermekorvos által felállított diagnózis időpontja.</p> <p><b>10.1.6. Gyermekbénulás (poliovírus okozta)</b> A poliovírus okozta megbetegedés következté-</p>
---	---

<p>ben alakulhat ki. Maga a bénulás egy komplex, több lépcsős folyamat eredménye. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakorvos által felállított tartós paralizisról szóló diagnózis időpontja.</p>	<p><b>10.2.5. Bakteriális agyhártyagyulladás</b> Bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladással járó folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább 6 hete folyamatosan fennáll.</p>
<p><b>10.1.7. Tetanusz</b> Fertőző betegség, ami leginkább az izommozgató idegeket érinti. Kórokozója a Clostridium tetani nevű anaerob baktérium. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakorvos által felállított tartós paralizisról szóló diagnózis időpontja.</p>	<p><b>A biztosítás nem terjed ki:</b> – a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladásra.</p>
<p><b>10.2. Súlyos betegségek</b> <b>10.2.1. Rosszindulatú daganat</b> Rosszindulatú 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. <b>A biztosításból kizárt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– minden jóindulatú tumor,</li> <li>– a helyi, a környezetét nem megtámadó, ún. lokális daganatok (carcinoma-in-situ, beleértve a cervixdysplasia (CIN-1, CIN-2 és CIN-3) vagy a rák megelőző formák),</li> <li>– a bőr minden hyperkeratózisa és bazálszerű carcinomája,</li> <li>– Kaposi-szarkóma és más daganatok egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés vagy AIDS megbetegedés esetén,</li> <li>– emberi immunrendszer megbetegedését okozó vírus jelenlétében meglévő daganatok.</li> </ul> <p>A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a betegség diagnosztizálásának a kezelőorvos által igazolt időpontja, a szövettani lelet és a megbetegedés nemzetközi tumor csoportba (TNM) sorolása alapján.</p>	<p><b>10.2.6. Agyvelőgyulladás (encephalitis)</b> Az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladást okozó vírusfertőzés, amely tartós neurológiai károsodáshoz vezet. A tartós neurológiai károsodásnak minimum 6 hétig folyamatosan fenn kell állnia, és a diagnózist neurológus szakvéleményével kell alátámasztani.</p> <p>A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a neurológus szakorvos vélemény felállításának időpontja, mely diagnózist orvosi dokumentációval kell alátámasztani.</p> <p><b>A biztosításból kizárt:</b> – A HIV vírus okozta agyvelőgyulladás nem tekinthető biztosítási eseménynek.</p>
<p><b>10.2.2. Veseelégtelenség</b> Végállapotú veseelégtelenség, amelyet mindkét vese működésének krónikus és visszafordíthatatlan működésképtelensége okoz, mely tartós művesekezelést vagy transzplantációt igényel.</p> <p>A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a rendszeres dialíziskezelés megkezdését követő 60. nap.</p>	<p><b>11. Kizárt kockázatok</b> Az Általános Életbiztosítási Feltételek 13. pontjában / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 21. pontjában foglaltakon túlmenően a biztosító kockázatviselése nem terjed ki:</p>
<p><b>10.2.3. Szervátültetés</b> 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.</p> <p>A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a műtét elvégzésének a kezelőorvos által igazolt időpontja.</p>	<p><b>11.1.</b> 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,</p> <p><b>11.2.</b> nem térít a biztosító olyan esetekben sem, amely esetekben bizonyítható az a tény, hogy a gyógykezelés során nem tartották be az orvosszakmai előírásokat,</p> <p><b>11.3.</b> veleszületett rendellenességekre, és az abból származó betegségekre,</p> <p><b>11.4.</b> az életkor szerint kötelezően beadandó védőoltások hiányában kialakuló betegségekre.</p>
<p><b>10.2.4. Vakság</b> Akut és krónikus betegség vagy baleset következtében mindkét szem látóképességének klinikailag bizonyított teljes és visszafordíthatatlan elvesztése.</p> <p>A biztosítási esemény bekövetkezése a vakság szemorvosi diagnózisának felállítása.</p>	<p><b>12. A biztosító mentesülése</b> <b>12.1.</b> Az Általános Életbiztosítási Feltételek 14. pontjában / 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 (betegséget illetve balesetet) a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.</p> <p><b>12.2.</b> A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni. Súlyosan gondatlannak minősülhet különösen,</p>

<p>a) ha a betegség diagnosztizálása esetén a biztosított az orvosi utasításokat (gyógyszer-szedés, kezelések stb.) nem tartja be és ennek következményeként olyan szövőd-mény vagy állapotromlás következik be, amely az utasítások betartásával megelőz-hető lett volna,</p> <p>b) amennyiben a kötelező védőoltás beadását a szülő megtagadta,</p> <p>c) a biztosított érvényes jogosítvány nélkül történő gépjárművezetése közben,</p> <p>d) ittas vagy bódult állapotban történt gépjár-művezetés közben,</p> <p>e) és mindkét utóbbi esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megsér-tett.</p>	<p>– a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;</p> <p>– az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.</p> <p>A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizáróla-gos mérlegelési jogosultsággal bír.</p>
<p><b>13. A biztosító szolgáltatása</b> Jelen kiegészítő biztosítás kedvezményezettje a biztosított, és a szolgáltatást a gyermek tör-vényes képviselője tudja érvényesíteni a bizto-sító felé.</p>	<p><b>13.3.1.3.</b> A biztosító ezen szolgáltatásának igénybevételére várakozási időt nem köt ki a szerződés hatálybalépéséhez képest.</p>
<p><b>13.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító kifizeti ezen kiegészítő biztosításra meghatározott biztosítási összeget, amennyi-ben a fenti biztosítási események bekövetkez-tének időpontját a biztosított 30 nappal túl-éli.</b></p>	<p><b>13.3.2. Teledoktor / 24 órás orvosi call center</b> A biztosító a jelen feltételek alapján ügyfelei számára a biztosító ellátásszervező partnere által 24 órás egészségügyi információs szol-gáltatást nyújt.</p>
<p><b>13.2. A szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelenté-szer még a biztosított életében sor került.</b></p>	<p>13.3.2.1. A szolgáltatás célja, hogy egészségügyi szak-emberek telefonon laikusoknak szóló, egész-ségmegőrzéssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek.</p>
<p><b>13.3. Asszisztencia csomag</b> Az asszisztencia csomag a második orvosi vélemény, a Teledoktor / 24 órás orvosi call center és a finanszírozás nélküli járóbeteg szakellátás szervezést foglalja magában. A biztosító ezen szolgáltatásait ellátásszervező partnerén keresztül nyújtja.</p>	<p>13.3.2.2. Az egészségügyi információs központban egészségügyi szakemberek válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolo-sított kérdések,</li> <li>– tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesít-hetőségét, árát illetően,</li> <li>– tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeleterkről,</li> <li>– tájékoztatás ügyeletes gyógyszertárakról,</li> <li>– tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.</li> </ul>
<p><b>13.3.1. Második orvosi vélemény</b> Biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége kapcsán felmerülő második orvosi vélemény szolgálta-tás iránti igénye.</p>	<p><b>13.3.2.3. Az év minden napján, a nap 24 órájában elér-hető szolgáltatás igénybevételét a biztosított telefonon kezdeményezheti.</b></p>
<p><b>13.3.1.1. A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza:</b> A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi a második orvosi vélemény szolgáltatást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgálta-tási limit erejéig.</p>	<p>13.3.2.4. Az ellátásszervező és felelőssége</p> <p>13.3.2.4.1. 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><b>13.3.1.2. A jelen feltételekben ismertetett második orvosi véleményt az ellátásszervező az alábbi betegségek esetén nyújtja:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);</li> <li>– szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebés-zetet; szervátültetések;</li> <li>– neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;</li> <li>– veleszületett betegségek és rendellenessé-gek;</li> <li>– az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;</li> </ul>	<p>13.3.2.4.2. A telefonon adott információ hibás értelmezésé-ért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biz-tosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget.</p> <p>13.3.2.4.3. Az ellátásszervező receptfelírást, kórházba, járóbetegszakellátásra történő beutalást, szem-élyes betegvizsgálatot nem végez.</p> <p>13.3.2.4.4. Az ellátásszervező a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizá-rólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolásá céljából használja fel.</p> <p><b>13.3.3. Járóbeteg szakellátás szervezés finanszírozás nélkül</b> A biztosító a jelen feltételek alapján a bizto-sított számára – ellátásszervező partnere közre-működésével – megszervezi a vizsgálati idő-pontokat, helyszíneket járóbeteg-szakellátá-sokra. A járóbeteg-szakellátásokra a helyszínt és időpontot az ellátásszervező 5 munkana-pon belül megszervezi szerződött egészség-ügyi szolgáltató partnereinél. Az orvosi ellátás időpontja és helyszíne minden esetben a biz-</p>

<p>tosítottal – szülőjével, törvényes képviselőjével – egyeztetve történik.</p> <p>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 áraitól.</p> <p><b>A vizsgálat költségei a biztosítottat terhelik.</b> Meglévő időpont módosítására egyszer van lehetőség, legkésőbb 2 munkanappal a kiadott időpont előtt.</p> <p><b>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.</b></p> <p>A biztosító ellátásszervező partnere a Global Assistance Kft., melynek elérhetőségei megtalálhatóak a biztosító honlapján.</p> <p>Az ellátásszervező személyének és/vagy elérhetőségének módosulásáról a biztosító legkésőbb a változást megelőző 30. napig honlapján ad tájékoztatást.</p>	<p>Az orvosi vizsgálatról szóló, részletes leírást és határozott diagnózist tartalmazó dokumentum (lelettel, zárójelentéssel), amelynek tartalmaznia kell:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a daganatos betegség rosszindulatúságát igazoló diagnózist és a szövettani leletet vagy utóbbi hiányában</li> <li>– a szöveti mintavétel nélkül végzett sebészi beavatkozásról, endoszkópos vagy képalkotó vizsgálatról szóló, az invazív daganatos terjedést egyértelműen kimutató leírást és diagnózist.</li> </ul>
<p><b>14. A biztosító teljesítése</b></p> <p><b>14.1. A biztosítási eseményt az Általános Életbiztosítási Feltételek 16. pontjában / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 26. pontjában foglalt határidőben és az ott meghatározott módon kell bejelenteni.</b></p>	<p>14.3.2. Veseelégtelenség</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– az állapot fennállását, valamint a rendszeres dialízis megkezdését igazoló orvosi dokumentumok</li> </ul> <p>14.3.3. Szervátültetés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a műtét indokoltságát igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó egészségügyi dokumentumok (orvosi leletek, zárójelentés)</li> </ul> <p>14.3.4. Vakság</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– az állapot fennállását igazoló orvosi dokumentumok</li> </ul> <p>14.3.5. Bakteriális agyhártyagyulladás</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a neurológus szakorvos szakvéleményét, mely alátámasztja a diagnózist gerinccsapolással nyert gerinccvelő-folyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel</li> </ul> <p>14.3.6. Agyvelőgyulladás (encephalitis)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a neurológus szakvéleményét, miszerint a tartós neurológiai károsodás minimum 6 hete folyamatosan fennáll.</li> </ul> <p><b>14.4. A biztosító teljesítése az Általános Életbiztosítási Feltételek 16. / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 26. pontjában foglaltak szerint történik.</b></p>
<p><b>14.2. A szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Életbiztosítási Feltételek 16. pontjában / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 26. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a biztosítóhoz:</b></p>	<p><b>15. Értékkövetés</b></p> <p><b>15.1. A biztosító a kiegészítő biztosítás díját és biztosítási összegét az alapbiztosítás díjával egyidejűleg, a biztosítási évfordulón megnöveli, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás az évforduló után még érvényben marad.</b></p> <p><b>15.2. A kiegészítő biztosítás díja és szolgáltatása azonosan, a biztosító által az alapbiztosítás díjának növelésére megajánlott mértékben nő értékkövetéskor.</b></p>
<p><b>14.2.1. Fertőző betegségek</b></p> <p>14.2.1. Bórányhimlő (varicella)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a gyermekorvos által felállított diagnózis orvosi dokumentációját</li> </ul> <p>14.2.2. Mumpsz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a gyermekorvos által felállított diagnózis orvosi dokumentációját</li> </ul> <p>14.2.3. Skarlát</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a gyermekorvos által felállított diagnózis orvosi dokumentációját</li> </ul> <p>14.2.4. Kanyaró</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a gyermekorvos által felállított diagnózis orvosi dokumentációját</li> </ul> <p>14.2.5. Szamárköhögés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a gyermekorvos által felállított diagnózis orvosi dokumentációját</li> </ul> <p>14.2.6. Gyermekbénulás (poliovírus okozta)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a szakorvos által felállított tartós parálizról szóló diagnózis orvosi dokumentációját</li> </ul>	<p>15.3. A biztosító 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><b>15.4. A kiegészítő biztosításra – a biztosító által megajánltnál nagyobb mértékű – extra indexálás nem érvényesíthető.</b> 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><b>14.3. Súlyos betegségek</b></p> <p>14.3.1. Rosszindulatú daganat</p>	

16. **Eltérés a Ptk. rendelkezéseitől, illetve a szokásos szerződési gyakorlattól**
- a biztosító egy biztosítási évben legfeljebb két biztosítási esemény után teljesít szolgáltatást. A biztosító egy biztosítási eseményre a kiegészítő biztosítás teljes tartalma alatt legfeljebb egyszer szolgáltat (9.3. pont)
  - a szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került (13.2. pont)
  - a kiegészítő biztosítás nem reaktiválható (17.2. pont)
  - amennyiben egy biztosítottra vonatkozóan a biztosítónál több Gyermekek egészségbiztosítási csomagra vonatkozó kiegészítő biztosítás kerül megkötésre, a biztosító a szerződésben korlátozhatja az egy biztosítási eseményből eredő összes kifizetés nagyságát (17.3. pont).

17. **Egyéb rendelkezések**

- 17.1. Jelen kiegészítő biztosításnak nincs visszavárlási és díjmentes leszállítási értéke.
- 17.2. **A kiegészítő biztosítás nem reaktiválható.**
- 17.3. **Amennyiben egy biztosítottra vonatkozóan a biztosítónál több Gyermekek egészségbiztosítási csomagra vonatkozó kiegészítő biztosítás kerül megkötésre, a biztosító a szerződésben korlátozhatja az egy biztosítási eseményből eredő összes kifizetés nagyságát.**
- 17.4. Jelen kiegészítő biztosítási feltételben nem szabályozott kérdésekben az Általános Életbiztosítási Feltételek / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz, továbbá a vonatkozó alapbiztosítás Különös Biztosítás Feltételek rendelkezései az irányadóak. Amennyiben jelen feltételek bármely rendelkezése eltér a fentiekben foglaltaktól, úgy jelen kiegészítő biztosítási feltételek az irányadók.

**UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**