





































































































**5.5.**

Az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken, kivéve, ha a Szerződő a díjat megfelelően kiegészíti. Ez a következmény abban az esetben alkalmazható a Biztosító részéről, ha arra legkésőbb a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg írásban felhívta a Szerződő fél figyelmét, és a fedezetfeltöltés díját közölte. Ha a Szerződő fél a fedezetfeltöltés jogával nem él, a szerződés a kifizetett összeggel csökkentett biztosítási összeg mellett marad hatályban a folyó biztosítási időszakra.

**6. fejezet – A várakozási idő****6.1.**

A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, amely az orvosi vizsgálat nélkül kötött szerződések esetén a szerződés hatálybalépésétől a kockázatviselés kezdetéig tart. A várakozási idő alatt a Biztosító kockázatviselése nem áll fenn.

**6.2.**

A Biztosító az orvosi vizsgálat nélkül, azaz az egészségi nyilatkozattal és az egészségi kérdőívvel létrejövő életbiztosítási és egészségbiztosítási szerződések esetén hat hónap várakozási időt köt ki. **Egészségbiztosítások esetén a különös feltételekben szabályozott esetekben hosszabb várakozási idő is kiköthető ápolási szolgáltatásra irányuló biztosítás esetén, illetve akkor, ha a biztosítandó személy valamely tartós betegsége a szerződéskötéskor mind a Szerződő, mind pedig a Biztosító előtt ismert volt, az említett betegségekre vonatkozóan.**

**6.3.**

A Biztosító előírhatja a Biztosított korának és a választott biztosítási összegnek függvényében az orvosi vizsgálat elvégzését, amely vizsgálat a kockázat bevállalásához ebben az esetben elengedhetetlen.

**6.4.**

A Biztosító eltekint a várakozási időtől, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálatot saját költségén elvégezteti és a vizsgálatok eredményét a Biztosító rendelkezésére bocsátja.

**6.5.**

Nem vonatkozik a várakozási idő a balesetekre és azok következményeire.

**6.6.**

A Biztosító a különös feltételekben határozza meg, hogy mely kiegészítő biztosításra vonatkozik a várakozási idő.

**6.7.**

Amennyiben új Biztosított lép be a szerződésbe, vagy egy új kiegészítő biztosítás megkötése esetén a várakozási idő az új Biztosítottra, illetve az új kiegészítő biztosításra vonatkozóan újra indul.

**6.8.**

**Az egészségbiztosításnak minősülő kiegészítő biztosítások esetén a jelen feltételek 6.2 és 6.7 pontjaiban meghatározott időtartamba beszámít az az időtartam, amelynek során a Biztosított a kiegészítő biztosítás megkötését megelőzően – legfeljebb hatvan napon belül – megszűnt korábbi egészségbiztosítási szerződés alapján folyamatosan jogosult volt egészségbiztosítási szolgáltatásra. Amennyiben beszámításra kerül sor, a Biztosító fokozott egészségügyi kockázat felmérést végez a szerződés létrejötté előtt, amelynek során egészségügyi kérdőív kitöltésére és szükség esetén orvosi vizsgálat elvégzésére hívja fel a Biztosítottat.**

**7. fejezet – Kockázatelbírálás****7.1.**

A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától, a Biztosított korától és az egyéb kockázati tényezőktől függően a biztosítás kockázat-elbírálásához az alábbiakat írhatja elő:

- szárazvér teszt (18 éves életkor betöltését követően)
- egészségi nyilatkozat
- egészségi kérdőív
- nagyorvosi vizsgálat
- az a)-d) pontok alapján beszerzendő egyéb orvosi dokumentumok.

Minden Biztosított tekintetében kötelező egészségi nyilatkozat megtétele vagy egészségi kérdőív kitöltése, amely az ajánlat részét képezi.

**7.2.**

A Biztosító az ajánlatot az összes kapcsolódó dokumentum, vagyis többek között az orvosi dokumentum és vizsgálati eredmény beérkezését követően bírálja el. A kockázat-elbírálási idő az ajánlat Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 15 nap, illetve 60 nap, amennyiben a Biztosító az ajánlat elbírálása érdekében egészségügyi kockázatfelmérést végez.

**7.3.**

A Biztosító a 7.1 pontban felsoroltak alapján dönt az ajánlat elfogadásáról, a nem-dohányzó kedvezményről, az esetleges díjemelés alkalmazásáról.

**7.4.**

A Biztosító alkalmazhat telefonos és elektronikus kockázat-elbírálást. Ezek eredményét az egészségi nyilatkozattal vagy egészségi kérdőívvel együttesen veszi figyelembe a kockázat-elbírálás során.

**7.5.**

Amennyiben a biztosítási tartam alatt a Szerződő új kiegészítő biztosítást köt, vagy meglévő kiegészítő biztosítás biztosítási összegét növeli, a Biztosítónak jogában áll ismételt kockázat-elbírálást előírni.

**7.6.**

A nem-dohányzó kedvezmény igénybevételéről a különös feltételek rendelkeznek.

Amennyiben a Biztosító bármely okból kéri a Biztosított egészségügyi vizsgálatát, úgy a Biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit, azok esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait az egészségügyről szóló törvény alapján a vizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatónál megismerheti. A Biztosított jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatait és jogosult betekinteni a rá vonatkozó egészségügyi dokumentációba, valamint azokról kivonatot vagy másolatot készíteni, vagy saját költségére másolatot kapni.

**7.7.**

Amennyiben a Biztosító bármely okból kéri a Biztosított egészségügyi vizsgálatát, úgy a Biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit, azok esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait az egészségügyről szóló törvény alapján a vizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatónál megismerheti. A Biztosított jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatait és jogosult betekinteni a rá vonatkozó egészségügyi dokumentációba, valamint azokról kivonatot vagy másolatot készíteni, vagy saját költségére másolatot kapni.

## 8. fejezet – A biztosítás tartama, a Biztosító kockázatviselése

**8.1.**

Az Általános Személybiztosítási Feltételek 4.1 pontjától eltérően a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat aláírását követő nap 0 órakor visszamenőleges hatállyal kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási szerződés létrejött vagy létre fog jönni és a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő első biztosítási díj megfizetésre került.

**8.2.**

A Biztosító a hiánytalan biztosítási ajánlat és annak mellékletét képező valamennyi dokumentum beérkezését követően bírálja el az ajánlatot a kockázat elbírálásra nyitva álló határidőn belül. Hiánytalan a biztosítási ajánlat, amennyiben tartalmazza a Biztosító által megkövetelt valamennyi információt. Amennyiben a Biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, valamint ha a Biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy a biztosítási ajánlatnak szükség esetén része a szerződés megkötésére vonatkozó hatáskörrel rendelkező gyámhatóság engedélye is.

A nem hiánytalan ajánlat esetében, amennyiben a Szerződő a hiánypótlásra való felszólításnak határidőben nem tesz eleget, a Biztosító jogosult az ajánlatot elutasítani.

A biztosítási szerződés a biztosítási ajánlat Biztosító általi elfogadásával jön létre az ajánlat aláírásának napjára visszamenőleges hatállyal, illetve a Biztosító elfogadásának hiányában az Általános Személybiztosítási feltételek 3.8 - 3.9 pontjaiban meghatározott módon az ajánlat aláírásának napjára visszamenőleges hatállyal.

Az N7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás különös feltételei szerinti életbiztosítással (továbbiakban: főszerződés) együtt kötött kiegészítő biztosítás legkorábban a főszerződés létrejöttének napján jön létre és lép hatályba.

**8.3.**

Amennyiben a biztosítási tartam alatt a Szerződő a már meglévő kiegészítő biztosítása mellé új kiegészítő biztosítást köt, akkor az új kiegészítő biztosítás vonatkozásában a várakozási időt, amennyiben a különös feltételek ennek szükségességéről rendelkeznek, a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttétől kell számítani.

**8.4.**

A kiegészítő biztosítás tartama a kockázatviselés kezdete és a kiegészítő biztosítás megszűnése közötti időszak.

**8.5.**

Kiegészítő biztosítások 5-40 éves határozott tartamra, egész évekre köthetők.

## 9. fejezet – A kiegészítő biztosítások megszűnése

### 9.1.

A biztosítási szerződés az alábbi esetekben automatikusan megszűnik:

- abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 75. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján kivéve, ha a kiegészítő biztosítás különös feltétele ettől eltérően rendelkezik.
- a Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halálával, a bejelentésnek a Biztosítóhoz való beérkezését követő napon.
- a főbiztosítás bármely okból történő megszűnésével, ugyanazzal a hatállyal,
- a biztosítási esemény bekövetkezésével, amennyiben erről a különös feltételek rendelkeznek.

### 9.2.

A biztosítási szerződés megszűnik a Szerződő írásbeli felmondásával is. A felmondással a Biztosító kockázatviselése a felmondás beérkezését követő díjfizetési gyakoriságra megszűnik, amennyiben a kérelem a kiegészítő biztosításra vonatkozó díjfizetési gyakoriság előtt legalább 15 nappal beérkezik. Élet-, és egészségbiztosítás esetén a Biztosító nem mondhatja fel a szerződést, kivéve a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén.

### 9.3.

A biztosítási csomag megszűnik, ha a biztosítási csomagban lévő bármely kiegészítő biztosítás megszűnik. A meg nem szűnő kiegészítő biztosítások a Biztosító kockázatviselése alatt változatlanul fennállnak.

### 9.4.

Díjnemfizetés esetén a biztosítási szerződés az Általános Személybiztosítási feltételek 16. fejezete valamint 11.3 pontja alapján megszűnik.

## 10. fejezet – A biztosítási összeg

### 10.1.

A biztosítási összeget a Szerződő köteles az ajánlaton meghatározni.

### 10.2.

A biztosítási összeg a tartam során a választott díjfizetési gyakoriság ütemezésének megfelelően növelhető, amellyel egyidejűleg a kiegészítő biztosításra vonatkozó biztosítási díj is módosul. A biztosítási összeg emelésénél a Biztosító kockázat-elbírálást alkalmazhat.

### 10.3.

A kiegészítő biztosításokra vonatkozó minimális biztosítási összegek a biztosítási csomagoknál a 2. számú mellékletben előre meghatározottak, amelyeket egész számmal többszörözni lehet a biztosítási szerződés megkötésekor, jelen feltételek 3. számú melléklet 1. pontban szabályozott szorzók alkalmazásával. Az adott biztosítási csomag elemeit csak azonos mértékben lehet többszörözni.

## 11. fejezet – Biztosítási díj

### 11.1.

A Biztosító kockázatvállalásáért és szolgáltatásaiért cserébe a Szerződő díjat fizet.

### 11.2.

A biztosítás rendszeres díjfizetésű.

### 11.3.

A biztosítási díj kiszámítása az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül a dohányzási szokások figyelembevételével történik, amennyiben a különös feltételek erről rendelkeznek.

### 11.4.

A Biztosító az ajánlat elfogadása előtt kérdéseket tesz fel a Biztosított dohányzási szokásaira vonatkozóan.

### 11.5.

Amennyiben a Biztosított a nem dohányzó díjkedvezményt igénybe kívánja venni, abban az esetben a Biztosító által előírt szárazvér teszt vizsgálaton köteles részt venni. **Amennyiben a Biztosított a szárazvér teszten nem vesz részt, vagy annak eredménye azt mutatja ki, hogy a Biztosított dohányzó, illetve a szárazvér teszt eredménye a Biztosítóhoz az ajánlat megtételét követő 30 napon belül nem érkezik meg, akkor a Biztosító jogosult a nem-dohányzó kedvezmény kockázatvállalás időpontjára visszamenő hatállyal történő megvonására.**

### 11.6.

A nem-dohányzó kedvezmény a tartam egészére vonatkozik.



**11.7.**

Amennyiben a biztosítási tartam alatt a Szerződő további kiegészítő biztosítást köt, illetve meglévő kiegészítő biztosítás biztosítási összegét emeli, a biztosítási díj a következő díjfizetési gyakoriság ütemezésével megegyezően esedékes. Ebben az esetben a Biztosító a kockázatviselést a következő díjfizetési gyakoriságtól vállalja, amennyiben a díj az esedékesség napjával a Biztosítóhoz beérkezett.

**11.8.**

Figyelemmel az Általános Személybiztosítási feltételek 14.2 pontjára, az egészségbiztosításnak minősülő kiegészítő biztosítás esetén nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

**12. fejezet – A biztosítás értékének megőrzése****12.1.**

A biztosítás értékének megőrzését a biztosítási összeg évenkénti emelésének lehetősége biztosítja. Az ehhez tartozó díjmelés a biztosítási összegnek, a Biztosított aktuális korának és a tartamból még hátra levő időnek a figyelembevételével történik, ezért a biztosítási díj és a biztosítási összeg növekedésének aránya eltérhet a biztosítás kezdetén megállapítottól.

**12.2.**

Amennyiben a Szerződő a felajánlott érték követésén felül kívánja megemelni a biztosítási összeget, abban az esetben a Biztosító élhet a kockázat-elbírálás lehetőségével.

**12.3.**

Az érték követéshez használt index (az évenkénti biztosítási összeg növekedésének mértéke) a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindexe alapján kerül meghatározásra. Amennyiben a KSH által hivatalosan közzétett index 5% vagy 5% alatti, a Biztosító 5%-os indexet alkalmaz, amennyiben a KSH által hivatalosan közzétett index 5% feletti, a Biztosító az aktuális KSH index mértékével megegyezően növeli a biztosítási összeget.

**12.4.**

A biztosítási összeg indexálása és így a díj emelkedése a biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődik és évente ismétlődik. A díjnövekedés mértékét a Biztosító minden naptári év július 1-jére vonatkozóan határozza meg és ez a mérték július 1-jétől a következő naptári év június 30-ig van érvényben.

**12.5.**

A biztosítási évfordulót megelőzően (legalább 30 nappal) a Biztosító minden évben értesítést küld a megemelkedett biztosítási összegről vagy szolgáltatásról és a megemelkedett díjról. A Szerződőnek jogában áll a díjmelést (érték követést) 30 napon belül visszautasítani. Ha ezt nem teszi meg, a Biztosító a megnövelt biztosítási összeget és díjat tekinti érvényesnek.

**12.6.**

**Az érték követési lehetőség két egymást követő elutasítása után az érték követésre a továbbiakban a Szerződőnek nincs lehetősége. Ebben az esetben az érték követés egy újabb, a Szerződő költségére elvégzett egészségügyi elbírálással visszaállítható.**

**13. fejezet – Biztosítási csomag****13.1.**

A Biztosított az egyedi kiegészítő biztosítások mellett és helyett a 2. számú mellékletben felsorolt csomagok közül is választhat.

**13.2.**

A Biztosító által összeállított biztosítási csomagon belül a kiegészítő biztosítások egymáshoz viszonyított aránya a biztosítási tartam során nem változik.

**13.3.**

Egy szerződésen belül különböző biztosítási csomagok választhatók.

**13.4.**

Egy szerződésen belül azonos biztosítási csomagot több Biztosított vonatkozásában is választani lehet.

**13.5.**

**Egy Biztosított egyszerre több biztosítási csomaggal is rendelkezhet, de ugyanazon csomagból azonos Biztosított egy időben csak egyet rendelkezhetsz.**

**13.6.**

A biztosítás tartama alatt a biztosítási csomagban lévő kiegészítő biztosítások biztosítási összegei változtathatóak, minden a biztosítási csomagban lévő kiegészítő biztosításra ugyanolyan arányban.

**13.7.**

A biztosítási csomagokat a választott díjfizetési gyakoriságnak megfelelő ütemezésben meg lehet szüntetni, új biztosítási csomag köthető, új kiegészítő biztosítás köthető a csomag mellé.

**13.8.**

A csomagban a kiegészítő biztosításokra csak azonos mértékű értékövetést lehet választani.

**13.9.**

A Biztosító az Általános Személybiztosítási Feltételek 19.1 pontjában alkalmazott kizárásoktól eltekintve, kizárólag a Sport csomagra vonatkozóan jelen különös feltételek 2. számú mellékletében meghatározott Sportzáradékban felsorolt sportokra is vállalja a kockázatviselést, ha erre a záradékra hivatkozással kötötték a szerződést.

## 14. fejezet – A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása

**14.1.**

A Biztosító mentesül az Általános Személybiztosítási Feltételekben megfogalmazott kizárások és mentesülések esetén a Szolgáltatás teljesítése alól.

**14.2.**

A Biztosító mentesül továbbá a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény bekövetkezésében alkohol- vagy drogfogyasztás közrehatása igazolható.

**14.3.**

A biztosítási védelem nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek összefüggésbe hozhatók:

- hivatásos sportolói foglalkozással,
- bármilyen sporttevékenységgel, amelynek célja rekord beállításra való felkészülés vagy rekord beállítási kísérlet,
- a következő extrém sporttevékenységekkel, kivétel, ha a kötvény erre vonatkozó sport-záradékot tartalmaz: vízisí, jetski, vadvízi evezés (rafting), hegy- és sziklamászás (2000 m-ig), barlangászat, mélybe ugrás (bungee jumping), falmászás, hőlégballonozás, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés, siklóernyőzés, vadászat.

**14.4.**

Továbbá a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek ok-okozati összefüggésben vannak a következő extrém sporttevékenységekkel: magashegyi expedíció, rally, bázisugrás, roncsautó (autó crash) sport és a 14.3 pontban fel nem sorolt egyéb extrém sporttevékenységgel.

**14.5.**

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon esetekre, ha a biztosítási esemény összefüggésben hozható a HIV vírusfertőzéssel, Hepatitis B és C vírusfertőzéssel.

## 15. fejezet – Maradékjogok

**15.1.**

A kiegészítő biztosítások nem rendelkeznek maradék jogokkal. (Általános Személybiztosítási Feltételek 24., 25., 26., 27. fejezet)

## 16. fejezet – Választható kiegészítő biztosítások

- Halálesetre szóló kiegészítő biztosítás (N7111)
- Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel (N0114)
- Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel (N0115)
- Baleseti keresőképtelenségre szóló biztosítás (N0116)
- Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (N0121)
- Végleges rokkantság esetére szóló kiegészítő biztosítás (N1103)
- Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás (N1111)
- Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás (N1114)

Kizárólag csomagban köthető kiegészítő biztosítások

- Egyszeri térítés rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (N1112)
- Járadékszolgáltatás rokkantság esetére kiegészítő biztosítás (N9113)

## 17. fejezet – A szerződés módosítása

### 17.1.

A Biztosító az egyes biztosítási szerződések tartama során nem jogosult megváltoztatni a jelen feltételek 1. számú mellékletében közzétett adatokat.

### 17.2.

A Biztosító jogosult a jelen feltételek 2-3. mellékletében közzétett adatokat naptári évente legfeljebb kétszer megváltoztatni. A változásról a Biztosító a Szerződőt a változás hatályba lépése előtt 30 nappal írásban vagy elektronikus levél útján köteles értesíteni, amely kötelezettségének a Biztosító a honlapon történő közzététellel eleget tesz. Amennyiben a Szerződő a biztosító által eszközölt változásokat nem fogadja el, akkor joga van a biztosítási szerződést megszüntetni.

# 1. számú melléklet

Érvényes: 2016. július 1-től megkötött szerződésekre

## Kiegészítő biztosítások minimális és maximális biztosítási összegei:

Kód	Kiegészítő biztosítás megnevezése	Minimális biztosítás összeg (Ft)	Maximális Biztosítás összeg (Ft)
N7111	Halálesetre szóló kiegészítő biztosítás	500 000	nincs
N1103	Végleges rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás	500 000	nincs
N1114	Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás	500 000	nincs
N1111	Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás	10 000	nincs
N0114	Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel	500 000	nincs
N0115	Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás kiemelt térítéssel	500 000	nincs
N0121	Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás	10 000	nincs
N0116	Baleseti keresőképtelenségre szóló kiegészítő biztosítás	1 000	20 000
N9113	Járadékszolgáltatásra szóló kiegészítő biztosítás	10 000 Ft/hó (600 000 Ft/5 év)	200 000 Ft/hó (12 000 000 Ft/ 5 év)
N1112	Egyösszegű térítésre szóló kiegészítő biztosítás	200 000	10 000 000

## 2. számú melléklet

Érvényes: 2016. július 1-től.

### Választható biztosítási csomagok

Az alábbi biztosítási csomagok választhatóak a főbiztosításhoz:

#### 1. Alap csomag

Választható devizanem	HUF	
ALAP	1 egység	
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg
N7111	Halálesi	100 000
N0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	100 000
N0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	200 000

#### 2 Junior csomag

Választható devizanem	HUF	
ALAP	1 egység	
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg
N7111	Halálesi	100 000
N0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	100 000
N0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	200 000
N0121	Baleseti műtéti térítés	20 000

#### 3. Családfenntartó csomag

Választható devizanem	HUF	
ALAP	1 egység	
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg
N7111	Halálesi	200 000
N0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	200 000
N0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	400 000
N0121	Baleseti műtéti térítés	20 000
N1114	Kritikus betegségek	100 000

#### 4. Vállalkozó csomag

Választható devizanem	HUF	
ALAP	1 egység	
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg
N7111	Halálesi	200 000
N0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	200 000
N0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	400 000
N0121	Baleseti műtéti térítés	20 000
N1103	Végleges rokkantság	200 000
N1114	Kritikus betegségek	200 000

**5. Női csomag**

Választható devizanem	HUF	
ALAP	1 egység	
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg
N7111	Haláleseti	200 000
N0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	200 000
N0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	400 000
N0121	Baleseti műtéti térítés	10 000
N1111	Műtéti térítés	10 000

**6. Sport csomag**

Választható devizanem	HUF	
ALAP	1 egység	
Kód	Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg
N7111	Haláleseti	200 000
N0114	Baleseti halál kiemelt térítéssel	200 000
N0115	Baleseti rokkantság kiemelt térítéssel	400 000
N0121	Baleseti műtéti térítés	20 000
N1103	Végleges rokkantság	200 000

**6.2 Sportzáradék a Sport csomagra vonatkozóan**

A Biztosító az alább felsorolt hobbi szintű extrém sporttevékenységekre teljes körű kockázatot vállal, **kivételt képez, ha a biztosítási esemény edzés, verseny vagy versenyre történő felkészülés közben vagy rekord beállításra való felkészülés, rekordbeállítási kísérlet közben következik be. A Biztosító nem vállalja a kockázatviselést a hivatásos sportolókra.**

Biztosító által vállalt sporttevékenységek

- 1 vízisí
- 2 jetski
- 3 vadvízi evezés (rafting)
- 4 hegy- és sziklamászás (2000 m-ig)
- 5 barlangászat
- 6 mélybe ugrás (bungee jumping)
- 7 falmászás
- 8 hólégballonozás
- 9 félkezes és nyílttengeri vitorlázás
- 10 sárkányrepülés
- 11 ejtőernyőzés
- 12 paplanernyőzés
- 13 műrepülés
- 14 siklóernyőzés
- 15 vadászat

**A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbiakban meghatározott sporttevékenységével, vagy a Biztosító által vállalt sporttevékenységek listájában fel nem sorolt extrém sporttevékenységgel.**

- magashegyi expedíció
- rally
- bázisugrás
- roncsautó (autó-crash) sport

**7. Rokkantsági Áthidaló Csomagok**

A Rokkantsági Áthidaló csomag 3 változata:

	<b>N9113 Járadék- szolgáltatás választható havi járadék összege</b>	<b>5 év alatt kifizetett járadék összege összesen</b>	<b>Szorzó</b>	<b>N1112 Egyszeri térítés (választott havi járadék*Szorzó)</b>	<b>ÖSSZESEN kifizetendő biztosítási összeg</b>
1.	10 000 – 200 000 Ft	600 000 – 12 000 000 Ft	20X	200 000 – 4 000 000 Ft	800 000 – 16 000 000 Ft
2.	10 000 – 200 000 Ft	600 000 – 12 000 000 Ft	30X	300 000 – 6 000 000 Ft	900 000 – 18 000 000 Ft
3.	10 000 – 200 000 Ft	600 000 – 12 000 000 Ft	50X	500 000 – 10 000 000 Ft	1 100 000 – 22 000 000 Ft

A Rokkantsági Áthidaló csomagot a fenti 3 változatból lehet választani. Meg kell adni a választott rokkantsági csomagot (pl. 1. Rokkantsági Áthidaló csomag) és a választott havi járadék összegét (minimum 10 000 Ft, maximum 200 000 Ft lehet). Az Egyszeri térítés összegét a választott havi járadék és a csomaghoz tartozó szorzó szorzata adja.

# 3. számú melléklet

Érvényes: 2016. július 1-től.

## 1. Biztosítási csomagok egységeinek többszörözése

A biztosítási csomagok alapegységeiben kerültek meghatározásra. A csomagokat 5-99-ig terjedő egész számmal lehet többszörözni. A 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott csomagokban írt kiegészítő biztosítások biztosítási összegei nem többszörözhetőek.

## 2. Biztosítási összeg növelése

A biztosítási összeg növelését a Szerződő 6 hónap várakozási idő elteltét követően kezdeményezheti írásban



# Halálesetre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N7111)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Személybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (N7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és a jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás kockázati életbiztosításnak minősül, és kizárólag az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, az N7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

## 1. fejezet – A biztosítási szerződés alanyai

### 1.1.

A Szerződő fél az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és aki a biztosítási díjat fizetni tartozik. Természetes személy abban az esetben lehet Szerződő, ha betöltötte a 18. életévét.

### 1.2.

Biztosított: az a személy, akinek életével a jelen feltételben meghatározott biztosítási esemény kapcsolatos. Egy szerződésben a Főbiztosítottak és a Biztosítottak száma együttesen legfeljebb 10 fő lehet.

### 1.3.

**Nem lehet Biztosított az, aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezik a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban szakértő intézet) szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodás megállapítása céljából.**

## 2. fejezet – A biztosítottak életkora

### 2.1.

A biztosítás 1–70 éves korig köthető.

### 2.2.

**Jelen feltételek szerint a minimális belépési kor, az Általános Személybiztosítási Feltételek 2. fejezetében meghatározott életkor számításától eltérően, a betöltött 1 éves kort jelenti.**

### 2.3.

A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 75. életévet.

## 3. fejezet – A biztosítási esemény

### 3.1.

Jelen feltételek szerint biztosítási esemény bármely Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bármely okból bekövetkező halála.

## 4. fejezet – A biztosítási szolgáltatás

### 4.1.

A Biztosított biztosítási tartam alatt bekövetkező halála esetén a Biztosító az aktuális biztosítási összeget fizeti ki és a kifizetéssel jelen kiegészítő biztosítás az elhalálozott Biztosított vonatkozásában megszűnik.

### 4.2.

Amennyiben a biztosítási tartam lejártakor a Biztosított él, akkor a biztosítási tartam lejártakor a biztosítás kifizetés nélkül megszűnik.

## 5. fejezet – A várakozási idő

### 5.1.

A Biztosító a szolgáltatásokra vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

## 6. fejezet – Kockázatelbírálás

### 6.1.

A Biztosító a biztosítási összeg nagyságától, a Biztosított korától és az egyéb kockázati tényezőktől függően a biztosítás kockázat-elbírálásához az alábbiakat írhatja elő:

- szárazvér teszt (18 éves életkor betöltését követően)
- egészségi nyilatkozat
- egészségi kérdőív
- nagyorvosi vizsgálat
- az a)-d) pontok alapján beszerzendő egyéb orvosi dokumentumok.

Minden Biztosított tekintetében kötelező egészségi nyilatkozat megtétele vagy egészségi kérdőív kitöltése, amely az ajánlat részét képezi.

### 6.2.

A Biztosító az ajánlatot az összes kapcsolódó dokumentum, vagyis többek között az orvosi dokumentum és vizsgálati eredmény alapján bírálja el az ajánlatot.

### 6.3.

A Biztosító a 6.1 pontban felsoroltak alapján dönt az ajánlat elfogadásáról, a nem-dohányzó kedvezményről, az esetleges díjmelés alkalmazásáról.

### 6.4.

A Biztosító alkalmazhat telefonos és elektronikus kockázat-elbírálást. Ezek eredményét az egészségi nyilatkozattal vagy egészségi kérdőívvel együttesen veszi figyelembe a kockázatelbírálás során.

## 7. fejezet – Nemdohányzó díjkedvezmény

### 7.1.

Jelen kiegészítő biztosításra a nemdohányzó kedvezmény igénybe vehető, amennyiben a Biztosított a Biztosító által előírt szárazvér teszt vizsgálaton részt vesz és annak eredménye azt mutatja ki, hogy a Biztosított nem minősül dohányzóknak.

### 7.2.

A nemdohányzó kedvezmény a tartam egészére vonatkozik.

## 8. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

### 8.1.

Jelen biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal. A Biztosító a többlethozamnak legalább 80%-át a következő biztosítási évre vonatkozóan jóváírja úgy, hogy abból egy egyszeri díjas, az N7111 kiegészítő biztosítással megegyező kockázatú, 1 évre szóló biztosítást vásárol a Biztosított részére, aminek következtében megnő a jelen kiegészítő biztosításhoz tartozó biztosítási összeg.

## 9. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

### 9.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- halotti vizsgálati bizonyítvány a halál okának megjelölésével,
- boncolási jegyzőkönyv másolata,
- házi vagy kezelő orvos nyilatkozata, esetleírása,
- rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata,
- véralkohol-vizsgálat eredménye.

### 9.2.

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

### 9.3.

**A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

# Baleseti Halálra Szóló Kiegészítő Biztosítás Kiemelt Tértéssel Különös Feltételei (N0114)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Sze­mélybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (N7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás balesetbiztosításnak minősül, és kizárólag az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, az N7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

## 1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

### 1.1. Közlekedési baleset fogalma

Közlekedési balesetnek minősül jelen különös feltételek szerint a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

### 1.2. Nem közlekedési baleset

- a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében nem hatott közre mozgó jármű,
- a kerékpárost ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében nem hatott közre más mozgó jármű,
- a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű, vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

## 2. fejezet – A biztosítási esemény

2.1 Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – a Biztosítottnak a baleset napjától számított egy éven belül a balesetre visszavezethetően bekövetkezett halála.

## 3. fejezet – A biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

### 3.1.

Ha a Biztosított halála a baleset napjától számított egy éven belül a balesetre visszavezethetően következik be, a Biztosító kifizeti a baleseti halál biztosítási összegét.

### 3.2.

Amennyiben a Biztosított halála közlekedési balesetből eredően, a közlekedési baleset napjától számított egy éven belül a közlekedési baleset-tel okozati összefüggésben következik be, a Biztosító a baleseti halál biztosítási összegének 150%-át fizeti ki.

### 3.3.

Ha ugyanazon balesetre a Biztosító korábban már rokkantsági szolgáltatást teljesített, akkor a haláleseti biztosítási összegből a Biztosító levonja az ugyanazon balesetből bekövetkező baleseti rokkantsági szolgáltatás során teljesített kifizetést.

### 3.4.

Amennyiben a Biztosító a baleseti rokkantsági összeget a baleseti halál bekövetkezése előtt kifizette és ennek összege meghaladta a baleseti halál összegét, a Biztosító a többletként kifizetett összeget nem követelheti vissza.

### 3.5.

Amennyiben a baleseti halál a baleset napjától számított egy éven, vagy a Biztosító kockázatviselésén túl következik be, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

## 4. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

**4.1.**  
Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a 3.1 és 3.2 pont szerinti biztosítási szolgáltatás kifizetésével.

**4.2.**  
Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 75. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

## 5. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

**5.1.**  
A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok,
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- kórházi zárójelentés másolata,
- halott vizsgálati bizonyítvány a halál okának megjelölésével,
- boncolási jegyzőkönyv másolata,
- rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata,
- véralkohol-vizsgálat eredménye.

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

**5.2.**  
**A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.**

## 6. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

**6.1.**  
Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

# Baleseti Rokkantságra Szóló Kiegészítő Biztosítás Kiemelt Térítéssel Különös Feltételei (N0115)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Sze-  
mélybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (N7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei  
és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét  
képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a  
hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás balesetbiztosításnak minősül, és kizárólag az N7100  
folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, az N7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

## 1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

### 1.1. Közlekedési baleset fogalma

Közlekedési balesetnek minősül jelen különös feltételek szerint a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű  
vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

### 1.2. Nem közlekedési baleset

- a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkeztében nem hatott közre mozgó jármű,
- a kerékpárost ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében nem hatott közre más mozgó jármű,
- a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű, vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

### 1.3. Égési sérülés

Az égési sérülés biztosítási esemény, amennyiben a Biztosított égési sérülésből eredően maradandó egészségkárosodást szenved el, megrok-  
kan. **Napozás miatti égési sérülés nem minősül biztosítási eseménynek.**

### 1.4. Maradandó egészségkárosodás (rokkantság)

Az orvosilag véglegesnek tekintett, gyógykezelés és rehabilitáció ellenére visszafordíthatatlan testi károsodás, mely a szokásos életvitelt, tár-  
sadműködést korlátozza.

**A maradandó rokkantság foka nem minden esetben azonos a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által megállapított rokkant-  
sági fokkal.**

## 2. fejezet – Biztosítási esemény

A Biztosító a jelen fejezet 1. és 2. pontjában meghatározott események bekövetkezésekor kizárólag az egyikre nyújt szolgáltatást:

### 2.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint –, amennyiben a baleset napjától számított egy éven belül megállapítást nyer, hogy  
a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan károsodott (rokkant),

### 2.2.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint –, amennyiben a Biztosított rokkantsága közlekedési balesetből vagy égési sérülésből  
eredően következik be.

## 3. fejezet – A biztosítási összeg

### 3.1.

A 2.1 pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatásának mértéke a szerződésben meghatározott biztosítási  
összeg.

### 3.2.

A 2.2 pont szerinti biztosítási esemény esetén a Biztosító szolgáltatásának mértéke a szerződésben meghatározott biztosítási összeg 150%-a.

## 4. fejezet – Rokkantsági fok megállapítása

### 4.1.

A Biztosító a rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek egészségkárosodása Térítés mindkét szem látóképességének teljes elvesztése mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése 100% felső végtag és alsó végtag csonkolása mindkét comb elvesztése mindkét lábszár elvesztése egyik comb elvesztése egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már előzőleg elvesztette 90% egyik felkar elvesztése egyik lábszár elvesztése 80% egyik alkar elvesztése beszélnőképesség teljes elvesztése mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése 70% jobb kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén 65% egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már elvesztette 60%

jobb kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén 50% bal kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén egyik lábfej teljes elvesztése boka alatt 40% egyik szem látóképességének teljes elvesztése 35% jobb hüvelykujj elvesztése jobbkezes Biztosított esetén 30% bal hüvelykujj elvesztése balkezes Biztosított esetén fül hallóképességének teljes elvesztése 25% jobb hüvelykujj elvesztése balkezes Biztosított esetén 20% bal hüvelykujj elvesztése jobbkezes Biztosított esetén egy mutatóujj elvesztése 10% a szaglóérzék teljes elvesztése bármely más kezűj elvesztése az ízlőképesség teljes elvesztése 5% egyik nagylábujj bármely más lábujj elvesztése 2%

### 4.2.

Az egyes testrészek, érzékszervek teljes működésképtelensége esetén az előzőekben megadott fenti egészségkárosodási táblázatot kell figyelembe venni.

## 5. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

### 5.1.

A Biztosító a biztosítási összegnek a rokkantság mértékével megegyező részét (2-100%) fizeti ki.

### 5.2.

Ha a rokkantság mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működésség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg [Általános Személybiztosítási Feltételek 22.5 pont] a rendelkezésre bocsátott dokumentumok és esetleges vizsgálat alapján.

### 5.3.

**A baleset utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Ha a Biztosító fizetési kötelezettsége egyértelműen megállapítást nyert, de a várható károsodási fok nem állapítható meg pontosan, a Biztosított előlegként kérheti az abban az időpontban előrelátható károsodás mértéke szerinti összeg 20%-ának kifizetését.**

### 5.4.

**Amennyiben a tartós rokkantság mértéke nem tisztázott egyértelműen, mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van a baleset napjától számított 4 évig, évenként, a rokkantság mértékének újbóli megállapítását kérni. Ha a felülvizsgálat magasabb rokkantsági mértéket állapít meg, a Biztosító ennek megfelelően szolgáltat.**

### 5.5.

**Ha a Biztosított halála a balesetet követő egy éven belül a balesetből eredően következik be, rokkantsági szolgáltatásra igény nem támasztható. Amennyiben a Biztosító a baleseti halál bekövetkezte előtt már folyósított rokkantsági kifizetést, ennek összege nem követelhető vissza.**

### 5.6.

Ha a Biztosított a balesetet követő egy éven belül nem a baleset következtében hal meg, de halálát megelőzően a balesetből eredően tartós rokkantsági szolgáltatásra jogosult lett volna, a Biztosító az utolsó orvosi vizsgálat megállapításai alapján teljesíti a rokkantsági szolgáltatást.

### 5.7.

Az előzőekben megadott egészségkárosodási százalékos szolgáltatások összegződhetnek, a biztosítási szolgáltatás felső határa baleseti rokkantság esetén a biztosítási összeg, közlekedési baleseti rokkantság, illetve égési sérülésből eredő baleseti rokkantság esetén a biztosítási összeg 150%-a.

## 6. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

### 6.1.

Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 75. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

### 6.2.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik az 5. fejezetben meghatározott biztosítási szolgáltatás kifizetésével, ha a Biztosító szolgáltatása jelen kiegészítő biztosításra elérte a szerződésben meghatározott biztosítási összeget (5.7).

### 6.3.

Jelen biztosítási szerződés megszűnik a szerződő általi felmondással évfordulóra.

## 7. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

### 7.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata
- véralkohol-vizsgálat eredménye
- minden olyan orvosi dokumentum, amely a baleseti rokkantságot alátámasztja (Kórházi zárójelentés, szakértői szakvélemény).

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

### 7.2.

**A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

## 8. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

### 8.1.

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

# Baleseti Keresőképtelenségre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N0116)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Sze-mélybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (N7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás balesetbiztosításnak minősül, és kizárólag az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, az N7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

## 1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

### 1.1.

A baleset az az esemény, amely a Biztosított akaratától függetlenül fellépő, egyszeri (időpontja behatárolt), hirtelen, külső erőbehatásra orvosi ellátást szükségessé tevő testi sérülés, amelynek következtében a Biztosított egy éven belül keresőképtelen állományba kerül.

### 1.2.

Betegszabadság: a munkavállalót a balesete, betegsége miatti keresőképtelensége idejére – ide nem értve a társadalombiztosítási szabályok szerinti üzemi baleset és foglalkozási betegség miatti keresőképtelenséget – naptári évenként 15 munkanap illeti meg.

### 1.3.

**Biztosított csak olyan személy lehet, aki a szerződés megkötésének pillanatában nem keresőképtelen, illetve nem áll orvosi kezelés alatt.**

### 1.4.

Keresőképtelen az, aki saját betegsége vagy balesete miatt munkáját – orvosi szempontból indokoltan – nem tudja ellátni és aki a vonatkozó jogszabályok alapján a betegszabadság, illetve a táppénz igénybevételére jogosult. A keresőképtelenség tartamát és okát csak az arra érvényes jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja

### 1.5.

**Nem köthető biztosítás olyan személyekre, akik saját jogon nem jogosultak táppénzre (így különösen: tanuló, nyugdíjas, munkanél-küli, háztartásbeli, gyed), illetve akik részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg.**

### 1.6.

Táppénz: a Biztosított baleset vagy betegség miatt fennálló keresőképtelenség esetén táppénzre legkorábban a betegszabadságra való joga-sultság lejárata követő naptól jogosult (vagyis amennyiben a munkavállaló a betegszabadságot teljes mértékben kimerítette).

### 1.7.

Önrész: a biztosítási esemény bekövetkezése utáni azon keresőképtelen állományban töltött napok száma – a keresőképtelen állományba vétel napjától számítva – amelyekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem terjed ki.

## 2. fejezet – A Biztosítottak

### 2.1.

A Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1 pontjától eltérően a biztosítás 18-60 éves korig köthető.

### 2.2.

A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 65. életévet.



### 3. fejezet – Biztosítási esemény

#### 3.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint –, ha a Biztosított a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkező baleset következtében egészségi állapotának romlása miatt, keresőképtelen állományba kerül és ezt a mindenkorai törvényi rendelkezések értelmében a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház a megfelelő előírásoknak megfelelően írásban hitelesíti.

#### 3.2.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a baleset napja.

### 4. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

#### 4.1.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a biztosítási összeget minden olyan naptári napra – figyelembe véve a 4.3 pontot – amelyen a Biztosított orvosilag igazoltan keresőképtelen (táppénz), és amely a társadalombiztosításról szóló törvény szerint táppénzre jogosító napnak bizonyul.

#### 4.2.

**Nem jár táppénz (és biztosítási szolgáltatás) a betegszabadság lejártát követő szabadnapra és heti pihenőnapra, ha az azt követő munkanapon (munkaszüneti napon) a keresőképtelenség már nem áll fenn.**

#### 4.3.

**A Biztosító önrészként 15 napot határoz meg, amelyre nem nyújt szolgáltatást. A Biztosító abban az esetben szolgáltat, amennyiben a folyamatos keresőképtelenségi állományban töltött napok száma meghaladja az önrész mértékét. Nem folyamatos betegállomány esetén az egy éven belül betegállományban töltött napok nem adódnak össze, az önrész időtartamát a Biztosító minden alkalommal külön figyelembe veszi.**

#### 4.4.

A szolgáltatás kiszámítása úgy történik, hogy a biztosítási összeget meg kell szorozni a táppénzben töltött napok számával, figyelembe véve a 4.2 és 4.3 pontokat.

#### 4.5.

A Biztosító egy biztosítási éven belül maximum 100 keresőképtelen napra térít egy Biztosított vonatkozásában (a 100 nap tartalmazza az önrészt is)

#### 4.6.

A Biztosító egy biztosítási eseményből adódóan maximum 150 keresőképtelen napra térít egy Biztosított vonatkozásában (a 150 nap tartalmazza az önrészt is)

#### 4.7.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad

#### 4.8.

Amennyiben a baleseti keresőképtelenség tartama tovább tart, mint a Biztosító kockázatviselése, úgy a kockázatviselés megszűnését követő napokra a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

### 5. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

#### 5.1.

Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

### 6. fejezet – A Szerződő és a Biztosított kötelezettségei

#### 6.1.

A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosítónak írásban bejelenteni, ha a Biztosított táppénzre való jogosultsága a biztosítás tartama alatt szűnik meg.

## 7. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

### 7.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos, kórház által kiállított hiteles nyomtatvány másolata,
- kórházi kezelés esetén a kórházi zárójelentés hiteles másolata.

### 7.2.

**A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

### 7.3.

Folyamatos, hosszan tartó betegállomány esetén a 7.1 pontban felsorolt nyomtatványokat 10 naponta kell a Biztosítóhoz benyújtani.

### 7.4.

A Biztosító hosszan tartó betegállomány esetén kérheti a kezelőorvos esetleírását.

### 7.5.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a keresőképtelenséget a Biztosító orvosával ellenőriztesse és megfelelő orvos szakmai indoklás mellett azt felülbírálja.

## 8. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

### 8.1.

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

# Baleseti Műteti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N0121)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Sze-mélybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (N7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az N7100 folyamatos díjas kockázati az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás balesetbiztosításnak minősül, és kizárólag az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, az N7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

## 1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

### 1.1.

Műtétnak számít a gyógyító, helyreállító vagy megelőző célú orvosi beavatkozás, amely a testszövetek összefüggését manuálisan, eszközök segítségével megváltoztatja. Jelen biztosítási szerződés értelmében csak azok a műtétek képeznek biztosítási eseményt, amelyek ok-okozati összefüggésben állnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező balesetekkel.

### 1.2.

A kórházi fekvőbeteg-gyógyellátás alatt legalább 24 órás kórházi benntartózkodást kell érteni, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.

### 1.3.

A gyógykezelés olyan, az illetékes minisztérium és a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet) által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit alkalmazza az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodása megakadályozása céljából.

### 1.4.

Magyarországon kórháznak minősülnek az illetékes minisztérium és a szakértői intézet által engedélyezett és nyilvántartott kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak, és a fegyveres testületek kórházai.

### 1.5.

Jelen feltétel szempontjából nem minősülnek kórháznak a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek, a társadalombiztosítás által fenntartott rehabilitációs központok és a szanatóriumok, valamint az idült, gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők, utógondozó szanatóriumok, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, valamint az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.

## 2. fejezet – Biztosítási esemény

### 2.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – a biztosítási szerződés tartama alatt bekövetkező baleset miatt szükségessé váló, a baleset bekövetkezésétől számított legfeljebb egy éven belül a Biztosítotton végrehajtott, a számára káros baleseti következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett azon műteti eljárások, sebészeti beavatkozások vagy a betegségek pontosabb okait felderítő műtétek, melyeket az orvosszakmai szabályok betartásával, a kórházi fekvőbeteg (legalább 24 órás benntartózkodás) gyógyellátás keretében végeznek.

### 2.2.

**Nem képeznek biztosítási eseményt a következők: kozmetikai célú plasztikai műtét, fogászati műtét, orvosi műhiba miatti műtét, patológiás törés miatti műtét, diagnosztikus vizsgálat, implantált anyagok eltávolítása, arthroscopos ízületi- és szalagműtétek, valamint műteti szövődmények miatti újabb műtétek.**

### 2.3.

**A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés megkötését megelőzően bekövetkezett balesetekre, vagy azok következményeként fellépő műtétekre, betegségekre és azok következményeire.**

**2.4.**

Olyan balesetek és azok közvetlen következményei, amelyek szakorvosi megítélés alapján időben és térben jól elhatárolhatók korábbi és későbbi biztosítási eseményektől és azok következményeitől, új biztosítási eseménynek minősülnek. Ezt az elhatárolást a Biztosító orvosa végzi.

**2.5.**

Az ugyanazon baleset következményeként végrehajtott több műtéti beavatkozás több biztosítási eseménynek számít (2.4 pont).

**2.6.**

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a baleset napja.

**3. fejezet – Biztosítási szolgáltatás**

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

**3.1.**

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor kifizeti a meghatározott műtétekre a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegnek a jelen feltétel 1. számú mellékletében meghatározott százalékát.

**3.2.**

**A Biztosító az orvosszakmában szokásos műtéteket nehézségi fokuknak megfelelően 5 csoportba sorolta. Az első csoportba sorolt műtétek esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 0%. A második csoportba sorolt műtétek elvégzése esetén a Biztosító térítési kötelezettsége a biztosítási összeg 25%-a, a harmadik csoportban az 50%-a, a negyedik csoportban 100%-a és az ötödik csoportban a biztosítási összeg 200%-a.**

**3.3.**

A műtétek kivonatos listája az 1. számú melléklet formájában a jelen különös feltételek részét képezi. A részletes lista a Biztosító székhelyén. A listában nem szereplő műtétek besorolását a Biztosító orvosa a WHO-kódok alapján végzi. A műtétek besorolásánál a Biztosító azt tekintette legfontosabb szempontnak, hogy a műtét milyen fizikai és anyagi megterhelést jelent a Biztosított számára, illetve milyen hosszú ideig tart a gyógyulás, felépülés folyamata. Jelen feltételek 1. számú melléklete a tájékoztató lista az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról, a térítési arányokról, illetve a kizárásokról.

**3.4.**

**A biztosítási szolgáltatás a következő korlátozásokkal kerül kifizetésre:**

- Olyan műtétek, sebészeti beavatkozások esetén, amelyek elvégzését a szerződés megkötése előtt fennálló betegségek idézték elő, azokban közrehatottak (legalább 25%-ig), a Biztosító a térítési összeget a közrehatás mértékével csökkentetten fizeti ki.**
- Amennyiben együlésben több beavatkozás történik, a Biztosító egy – a műtéti térítés WHO-kódok listája alapján a legsúlyosabb kategóriájú – műtetre térít.**
- A kifizetendő térítés egy biztosítási éven belül nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg kétszeresét.**
- A Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is összesen legfeljebb a választott biztosítási összeg ötszöröse fizethető ki szolgáltatásként.**

A c) pontban meghatározott esetben fedezetfeltöltésre van lehetőség a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 5.7 pontja szerint. A Biztosító a szolgáltatás teljesítésekor levélben felhívja a Szerződő figyelmét, hogy az aktuális biztosítási összeg kétszeresének megfelelő, felső határként meghatározott összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetésre kerülő összeggel csökken. A Biztosító egyben tájékoztatja a Szerződőt a fedezetfeltöltés lehetőségéről és részletes szabályairól, valamint meghatározza a fedezetfeltöltés díját. Ha a Szerződő a fedezetfeltöltés jogával nem él, a szerződés a kifizetett összeggel csökkentett szolgáltatási összeggel marad hatályban a folyó biztosítási időszakra.

**3.5.**

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a műtét indokoltságát és egészségi állapotát ellenőriztesse a Biztosító által megjelölt orvosokkal.

**3.6.**

A biztosítási esemény bekövetkezése után, a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad a következő műtétek vonatkozásában.

**Amennyiben a műtét elvégzésére a Biztosító kockázatviselésének megszűnését követően kerül sor, úgy a Biztosító a műtetre nem nyújt biztosítási szolgáltatást.**

## 4. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

### 4.1.

Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

### 4.2.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a biztosítási szolgáltatás meghaladta a 3.4 d) pontban meghatározott összeget.

## 5. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

### 5.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- kórházi zárójelentés,
- rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata,
- véralkohol-vizsgálat eredménye,
- részletes műtéli napló.

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

### 5.2.

**A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

## 6. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

### 6.1.

Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal.

# 1. számú melléklet

Érvényes: 2017. január 1-től.

Jelen melléklet egy tájékoztató lista az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról, illetve a kizárásokról. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a műtétek pontos WHO-kódjait tartalmazó lista alapján, a Biztosító orvosszakértőjének szakvéleménye alapján történik a Biztosító szolgáltatásának megállapítása.

## 1.1. A baleseti műtéti térítés biztosítás kivonatos műtéti listája

### I. csoport: (0%-os térítés)

- Külső fül varrása
- Szemgödri implantátum behelyezése
- Bőr alatti vérömleny eltávolítása
- Bőr összevarrása

### II. csoport (25%-os térítés)

- Bőr traumás hiányának megszüntetése (félvastag bőrátültetés)
- Külbokaszalag varrata műtéttel
- Csavarozás (csonttörésnél)
- Egy lábujj amputációja
- Szem kötőhártyájának varrata
- Artéria-lekötés
- Nyelvsérülés helyreállítása
- Érsérülés helyreállítása varrással
- Vékonybél-sérülés varrata
- Végbél sérülésének varrata
- Hímvesző sérülésének varrata
- Izomsérülés helyreállítása
- Feszítő invarrat kézen
- Ín helyreállítása műtéttel
- Ujjizületbe protézis beültetése
- Leszakadt térdszalag műtéti rögzítése, helyreállítása
- Elülső keresztszalag varrata térdizületben műtéttel
- Mell baleseti sérülésének kimetszése
- Sérült ideg varrata

### III. csoport (50%-os térítés)

- Teljes vastagságú bőrátültetés
- Arccsont- és állkapocscsonttörések műtéti helyreállítása
- Állcsont kimetszése és rekonstrukciója/csontgraft, prothézis
- Mellkasfalsérülés rekonstrukciója
- Kéz-sérülés komplex ellátása
- Érvarrat a fej nyak területén
- Érsérülés ellátása folttal
- Rekeszizom varrata (trauma miatt)
- Ízületi ficam műtéti helyreállítása
- Hasnyálmirigy-sérülés ellátása
- Lépeltávolítás sérülés miatt
- Gerincvelő körüli vérömleny eltávolítása
- Agyburok alatti vérömleny eltávolítása
- Agyállományból vérömleny eltávolítása
- Kisagyvérömleny eltávolítása
- Lemezes műtéti rögzítés csonttörésnél
- Végtagi csonttörések velőúr szögezése
- Traumás szemsérülés miatt egyik szem eltávolítása
- Achilles ínruptúra rekonstrukciója
- Velőúrsínezés
- Combnyakszegezés

### IV. csoport (100%-os térítés)

- Nyakcsigolyatörés, csonthelyreállító lemezes műtét
- Baleseti gégesérülés miatti gégecsomkolás
- Gerinctörés, csontdarabok kiemelése, műtéti ellátása
- Lábszár, lábfej amputációja baleset miatt
- Kisagy és mélyagyi régiók részleges kiirtása sérülés miatt
- Agyhártya-, agykéregsérülés ellátása
- Helyreállító műtét nagy amputáció után
- Lumbopelvicus gerinc-stabilizáció
- Koponya-nyak átmenet csigolya sérülésének ellátása
- Mellkasfal rekonstrukció + fémmimplantátum
- Agylebeny-eltávolítás
- Totál térdprotézis-beültetés roncsolásos baleset után
- Totál csípőprotézis
- Totál vállprotézis

### V. csoport (200%-os térítés)

- Kar, kézfej amputációja sérülés miatt
- Impressziós koponyatörés ellátása
- Nyílt koponya, agysérülés komplex ellátása
- Teljes gégekiirtás baleseti sérülés miatt
- Comb amputációja baleset miatt (egyoldali is)
- Szívpitvar sérülésének ellátása
- Szívkamra sérülésének ellátása
- Liquorcsorgás fölön keresztül, agyalapi sérülés komplex ellátása
- Agy egyik féltekéjének az eltávolítása
- Hasi főütőér traumás sérülésének ellátása
- Mellkasi főütőér sérülésének ellátása
- Hasi artériák sérülésének ellátása
- Hasi vénák sérülésének ellátása
- Hörgők és tüdő varrása
- Kombinált mellső-hátsó gerinc-stabilizáció

# Műteti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N1111)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Sze-mélybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (N7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, az N7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

## 1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

### 1.1.

Műtétnek számít a gyógyító, helyreállító vagy megelőző célú orvosi beavatkozás, amely a testszövetek összefüggését manuálisan, eszközök segítségével megváltoztatja.

### 1.2.

A kórházi fekvőbeteg-gyógyellátás alatt legalább 24 órás kórházi benntartózkodást kell érteni, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végző.

### 1.3.

A gyógykezelés olyan, az illetékes minisztérium és a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet) által elismert orvosi beavatkozás, mely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit alkalmazza az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodása megakadályozása céljából.

### 1.4.

Magyarországon kórháznak minősülnek az illetékes minisztérium és a szakértői intézet által engedélyezett és nyilvántartott kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak, valamint a fegyveres testületek kórházai.

### 1.5.

Jelen feltétel szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a tüdőbetegek számára fenntartott szanatóriumok gyógyintézetek, a társadalom-biztosítás által fenntartott rehabilitációs központok és a szanatóriumok, valamint az idült, gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők, utógondozó szanatóriumok, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, valamint a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógyintézetei, gondozóintézetei, valamint az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.

## 2. fejezet – A Biztosítottak

### 2.1.

A Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1 pontjától eltérően a biztosítás 1-60 éves korig köthető.

### 2.2.

A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 65. életévet.

## 3. fejezet – Biztosítási esemény

### 3.1.

Biztosítási esemény – a jelen különös feltételek szerint – a Biztosítottakon a biztosítás hatálya alatt végrehajtott, a számukra káros baleseti és betegségi következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett azon műteti eljárások, sebészeti beavatkozások vagy a betegségek pontosabb okait felderítő műtétek, amelyeket az orvos szak- ma szabályainak betartásával kórházi fekvőbeteg (legalább 24 órás benntartózkodás) gyógyellátás keretében végeznek.

**3.2.**

Nem képeznek biztosítási eseményt a következők:

- a terhesség-megszakítás,
- a mesterséges megtermékenyítés vagy fogamzásgátlás valamennyi formája,
- a kozmetikai és plasztikai műtétek,
- a szülés és azzal kapcsolatos műtétek,
- a fogászati műtétek,
- az előzőleg ismert betegségek, műtétek, valamint
- a természetgyógyászati gyógyellátások miatti műtétek.

**3.3.**

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés megkötését megelőzően bekövetkező balesetekre, betegségekre és azok következményeire.

**3.4.**

Nem képeznek biztosítási eseményt a kockázatviselés kezdetét követő egy évben végzett sérvműtétek (comb-, lágyék, köldökműtétek), aranyér, aranyeres csomó műtéte, mandula és/vagy orrmandulaműtét és a visszérműtétek.

**3.5.**

Olyan betegségek és azok közvetlen következményei, amelyek szakorvosi megítélés alapján időben és térben jól elhatárolhatók korábbi és későbbi biztosítási eseményektől és azok következményeitől, új biztosítási eseménynek minősülnek. Ezt az elhatárolást a Biztosító orvosa végzi.

**3.6.**

Az ugyanazon betegség következményeként végrehajtott több műtéti beavatkozás több biztosítási eseménynek számít.

**3.7.**

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a műtét elvégzésének napja.

## 4. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

**4.1.**

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor kifizeti a meghatározott műtétekre a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összegnek a jelen feltétel 1. számú mellékletében meghatározott százalékát.

**4.2.**

A Biztosító az orvosszakmában szokásos műtéteket nehézségi fokuknak megfelelően 5 csoportba sorolta. Az első csoportba sorolt műtétek esetén a Biztosító nem szolgáltat. A második csoportba sorolt műtétek elvégzése esetén a Biztosító térítési kötelezettsége a biztosítási összeg 25%-a, a harmadik csoportban 50%-a, a negyedik csoportban 100%-a és az ötödik csoportban a biztosítási összeg 200%-a.

**4.3.**

A műtétek kivonatos listája az 1. számú melléklet formájában a jelen különös feltételek részét képezi. A részletes lista a Biztosító székhelyén megtekinthető. A listában nem szereplő műtétek besorolását a Biztosító orvosa WHO-kódok alapján végzi. A műtétek besorolásánál a Biztosító azt tekintette legfontosabb szempontnak, hogy a műtét milyen fizikai és anyagi megterhelést jelent a Biztosított számára, illetve milyen hosszú ideig tart a gyógyulás, felépülés folyamata. Jelen feltétel 1. számú melléklete a tájékoztató lista az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról, a térítési arányokról, illetve a kizárásokról.

**4.4.**

A biztosítási szolgáltatás a következő korlátozásokkal kerül kifizetésre:

- a) Olyan műtétek, sebészeti beavatkozások esetén, amelyek elvégzését a szerződés megkötése előtt fennálló betegségek idézték elő, azokban közrehatottak (legalább 25%-ig), a Biztosító a térítési összeget a közrehatás mértékével csökkentetten fizeti ki.
- b) Amennyiben együlésben több beavatkozás történik, a Biztosító egy – a műtéti térítés WHO-kódok listája alapján a legsúlyosabb kategóriájú – műtetre térít.
- c) A kifizetendő térítés egy biztosítási éven belül nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg kétszeresét.
- d) A Biztosítottnak a biztosítás tartama alatt több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is összesen legfeljebb a választott biztosítási összeg ötszöröse fizethető ki szolgáltatásként.



A c) pontban meghatározott esetben fedezetfeltöltésre van lehetőség a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 5.7 pontja szerint. A Biztosító a szolgáltatás teljesítésekor levélben felhívja a Szerződő figyelmét, hogy az aktuális biztosítási összeg kétszeresének megfelelő, felső határként meghatározott összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetésre kerülő összeggel csökken. A Biztosító egyben tájékoztatja a Szerződőt a fedezetfeltöltés lehetőségéről és részletes szabályairól, valamint meghatározza a fedezetfeltöltés díját. Ha a Szerződő a fedezetfeltöltés jogával nem él, a szerződés a kifizetett összeggel csökkentett szolgáltatási összeggel marad hatályban a folyó biztosítási időszakra.

#### 4.5.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a műtét indokoltságát és egészségi állapotát ellenőriztesse a Biztosító által megjelölt orvosokkal.

#### 4.6.

A biztosítási esemény bekövetkezése után, a Biztosító szolgáltatását követően, a szerződés a Szerződő további díjfizetése mellett továbbra is fennmarad a jövőbeli események vonatkozásában.

#### 4.7.

**Amennyiben a műtét elvégzésére a Biztosító kockázatviselésének megszűnését követően kerül sor, úgy a Biztosító a műtetre nem nyújt biztosítási szolgáltatást.**

## 5. fejezet – Várakozási idő

### 5.1.

A Biztosító a szolgáltatásokra vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

## 6. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

### 6.1.

Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

### 6.2.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a biztosítási szolgáltatás meghaladta a 4.4 d) pontban meghatározott összeget.

## 7. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

### 7.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben szabályozott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- kórházi zárójelentés
- részletes műtéti napló.

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

### 7.2.

**A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

## 8. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

### 8.1.

Jelen kiegészítő biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal. A Biztosító a többlethozamnak legalább 80%-át a következő biztosítási évre vonatkozóan jóváírja úgy, hogy abból egy egyszeri díjas, az N1111 kiegészítő biztosítással megegyező kockázatú, 1 évre szóló biztosítást vásárol a Biztosított részére, aminek következtében megnő a jelen kiegészítő biztosításhoz tartozó biztosítási összeg.

# 1. számú melléklet

Érvényes: 2017. január 1-től

Jelen melléklet egy tájékoztató lista az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról, illetve a kizárásokról. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a műtétek pontos WHO-kódjait tartalmazó lista alapján, a Biztosító orvosszakértőjének szakvéleménye alapján történik a Biztosító szolgáltatásának megállapítása.

## 1.1. A műteti térítés biztosítás kivonatos műteti listája

### I. csoport: (0%-os térítés)

- Légmell (PTX) ellátása
- Pacemaker-beültetés és -csere
- Pacemaker és defibrillátor behelyezése
- Diagnosztikus célú exploráció, laparasztopia
- Polip eltávolítása orrüregből
- Gyomorpólip eltávolítása gasztroszkóppal
- Vastagbélből polip eltávolítása béltükrözés kapcsán
- Húgycsőszűkület eszközös tágítása
- Urétertágítás
- Méhpolip-eltávolítás
- Szájpad bemetszése (drainage, fenestratio)
- Resectio uvulae
- Szemhéjváltozások kezelése lézerrel
- Hasnyálmirigyciszta bőrön keresztüli lebecsátása
- Aranyér gyűrűzése egyidejű cryokezeléssel
- Lábháti, bokatáji ganglion kimetszése

### II. csoport (25%-os térítés)

- Tonsillectomia, adenotomia, residuum kimetszés
- Hallójárat osteoma, exostosis eltávolítása
- Lágyéksérvműtét, egyoldali
- Lágyéksérvműtét, kétoldali
- Köldöksérvműtét
- Here rekonstrukciós műtétek
- Mindkét here eltávolítása (kasztráció)
- Fültőmirigy jóindulatú daganatának eltávolítása
- Petefészek-eltávolítás, egyoldali
- Petefészek-eltávolítás, kétoldali
- Ultrahangos uréter közúzás
- Vakbélműtét
- Mülencse-beültetés szembe
- Szemhéjplasztika (betegség miatt)
- Intrakapszuláris szemlencse-eltávolítás
- Neurinoma-eltávolítás perifériás idegből
- Köves epehólyag laparasztopos eltávolítása
- Végbélsípoly műteti kiirtása
- Endoszkópos arcüregműtét
- Csonttumor műteti eltávolítása
- Lágyrészdaganat radikális kiirtása
- Baker cysta eltávolítás
- Húgyhólyagkő endoszkópos eltávolítása

### III. csoport (50%-os térítés)

- Vesepólus eltávolítása műtéttel
- Egyoldali veseeltávolítás
- Pyelotomia (vesemedence műteti megnyitása)
- Rekeszsérv műtete
- Pajzsmirigy egyik lebenyének eltávolítása
- Vérrög eltávolítása nyaki ütőérből
- Köves epehólyag eltávolítása műtéttel
- Vagus ideg kétoldali átmetszése műtéttel és drainage
- Csecsemőmirigy-eltávolítás szegycsont átmetszéssel
- Teljes külső fül kiirtás (fülkagyló és hallójárat)
- Nyelvkiirtás

- Egyik szem eltávolítása
- Csontok transzplantációja
- Teljes vastagságú bőrátültetés
- Csontvelő-átültetés (autolog)
- Vékonybél részleges kiirtása
- Végbélzáróizom helyreállítása műtéttel
- Agyi vérömleny eltávolítása
- Csuklóprotézis

### IV. csoport (100%-os térítés)

- Kétoldali petefészek és környező szövetek radikális kiirtása
- A gyomor Billroth I és II műtete
- Szegycsont alatti pajzsmirigy kiirtása szegycsont átmetszéssel
- Mell, nyirokcsomók és mellizom radikális kiirtása
- Légcső részleges kiirtása, anastomosis
- Mindkét vese eltávolítása
- Térdprotézis (teljes)
- Vállprotézis (teljes)
- Patkóvese-szétválasztás
- Teljes tüdőlebeny-eltávolítás
- Hemicolectomia (vastagbél jobb vagy bal oldali részének eltávolítása)
- Aorta (főütőér) embolectomia
- Cordotomia laminectomiával
- Retroperitoneális, kétoldali, radikális nyirokcsomó-eltávolítás
- Tüdőciszta eltávolítása
- Teljes arccsont (maxilla) eltávolítás
- Lobectomy cerebri (agylebeny) eltávolítás

### V. csoport (200%-os térítés)

- Nyelv és állkapocscsont kiirtása
- Hasnyálmirigy-átültetés Szívátültetés
- Szív- és tüdőátültetés
- Szívkoszorúér bypass (nyitott szívűműtét)
- Szívbillentyűk beültetése (aorta mű-, biológiai)
- Szívaneurizma eltávolítása
- Szívpitvarból és kamrából daganat eltávolítása
- Szívpitvari szeptumhiány korrekciója (folttal)
- Szívkamraszeptum-hiány korrekciója (folttal)
- Exstirpatio myxomae cordis (szívmixóma eltávolítása)
- Nagy hasi véna kivágása és pótlása műrérral
- Nagy hasi ütőér kimetszése és pótlása műrérral
- Hasi főütőér aneurizma kimetszése
- Nyelőcső teljes kiirtása, pótlása gyomorral
- Teljes gyomorkiirtás
- Teljes végbél, vastagbél kiirtása hasfalra kivezetett székletnyílással
- Májlebeny (jobb vagy bal) eltávolítása
- Májátültetés
- Gerinc-stabilizáció három vagy több szegmentumban
- Agyalapimirigy-tumor kiirtása (koponyán keresztül)

# Kritikus Betegségekre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N1114)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Sze-  
mélybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (N7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei  
és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét  
képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a  
hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag az N7100  
folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, az N7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

## 1. fejezet – Biztosítási esemény

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint –, ha a Biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt az alábbiakban fel-sorolt betegsé-  
gek bármelyikét elszenvedti:

1. rosszindulatú daganatban való megbetegedés (rák),
2. szívinfarktus,
3. agyi érkatasztrófa,
4. szívkoszorúérműtét,
5. krónikus veseelégtelenség,
6. aortaműtét,
7. szívbillentyűműtét,
8. csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anémia),
9. vakság,
10. sükettség,
11. beszédképesség elvesztése,
12. nagyfokú égés,
13. szervátültetés,
14. gyermekbénulás (poliomyelitis),
15. előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva),
16. szisztémás lupus erythematosus (SLE)

## 2. fejezet – Biztosítottak

**2.1.**  
A Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1 pontjától eltérően a biztosítás 1-60 éves korig köthető.

**2.2.**  
A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 65. életévet.

## 3. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

**3.1.**  
A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor kifizeti a kritikus betegségekre meghatározott biztosítási összeget a Kedvezményezettnek.

**3.2.**  
A biztosítási összeget a biztosítás tartama alatt csak egy alkalommal fizeti ki a Biztosító. **Több betegség egyidejű vagy egymást követő fellé-  
pése esetén a Biztosító nem teljesít többszöri kifizetést és a biztosítási szerződés az egyszeri szolgáltatással egyidőben megszűnik.**

**3.3.**  
Amennyiben a biztosítás tartama során nem következik be biztosítási esemény, lejáratkor a biztosítás kifizetés nélkül szűnik meg.

## 4. fejezet – Nemdohányzó díjkezdmény

### 4.1.

Jelen kiegészítő biztosításra a nemdohányzó kedvezmény igénybe vehető, amennyiben a Biztosított a Biztosító által előírt szárazvér teszt vizsgálaton részt vesz és annak eredménye azt mutatja ki, hogy a Biztosított nem minősül dohányzónak.

### 4.2.

A nemdohányzó kedvezmény a tartam egészére vonatkozik.

## 5. fejezet – Várakozási idő

### 5.1.

A Biztosító a szolgáltatásokra vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

## 6. fejezet – Kritikus betegségek definíciója

### 6.1. Rosszindulatú daganat (rák)

Rosszindulatú daganat a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan osztódása és az egészséges szövetek közé terjedése, azok elpusztítása. A rák meghatározása magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin és Non-Hodgkin lymphoma), a myeloma multiplexet, a leukémiát.

**A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:**

- körülírt, a környezetét nem elárasztó ún. lokális daganatok (carcinoma in situ), a szövettanilag premalignus, korai stádiumú, non-invazív daganatok (ide számítva az in situ mellidaganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 méhnyaki diszpláziákat)
- korai stádiumú prosztaták (T1a, 1b, 1c)
- bazálsejtes rák (basalioma), pikkelyes bőrrák (epithelioma), áttét nélküli melanoma, ha a tumor vastagsága 1,5 mm alatt van vagy a Clark osztályozás szerint a 3-as szint alatti
- HIV-vírus jelenléte mellett kialakult malignus tumorok
- pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papilláris mikrocarcinómája
- húgyhólyag papilláris mikrocarcinómája
- RAI III stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus lymphoid leukémia.

A rosszindulatú daganat diagnózisát szövettani vizsgálattal, onkológus vagy pathológus állítja fel.

**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.**

### 6.2. Szívinfarktus

A szívizom egy részének elhalása az érintett terület elégtelen vérellátása következtében. A diagnózis az alábbi kritériumokon alapszik:

- típusos mellkasi fájdalom,
- friss és szívinfarktust bizonyító EKG-eltérés, ST-szakasz elevációval járó szívinfarktus (STEMI) kialakulása,
- szívizomelhalást jelző specifikus enzimek szintjének típusos emelkedése a vérben (CK-MB, Troponin T vagy I, egyéb biokémiai markerek).

**A biztosítás nem terjed ki a nem ST-szakasz elevációval járó, emelkedett Troponin I vagy T-vel kísért szívinfarktusra (NSTEMI).**

A diagnózist kardiológus szakorvos állítja fel.

**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.**

### 6.3. Agyi érkatasztrófa

Az agyi érkatasztrófa olyan idegrendszeri történés – agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embólia forrásból eredő agyi embólia – melynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak és a következményeként maradandó idegrendszeri károsodás keletkezik.

A neurológiai szakorvosi diagnózist meg kell erősítenie az agy CT vagy MRI vizsgálatának, mely friss agyi elváltozást mutat.

**A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:**

- átmeneti agyi vérkeringési zavarok (TIA),
- balesetből eredő koponyaűri vérzés,
- migrén okozta idegrendszeri tünetek,
- lacunaris stroke idegrendszeri jelek nélkül.

**A biztosítási esemény időpontja megegyezik az akut esemény napjával, feltéve, hogy az ettől számított 90 nap elteltével a maradandó idegrendszeri károsodást neurológiai szakvélemény igazolja.**

#### 6.4. Szívkoszorúér-műtét

A szívkoszorúér-műtét nyitott mellkasban végzett operáció, melynek célja legalább kettő koronária artéria szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése, megkerülő (bypass) ér beültetésével. A műtét indokolt voltát a műtétet megelőző coronarographia leletével és kardiológiai szakvéleménnyel kell igazolni.

**A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:**

- nem nagysebészeti megoldások pl. ballon katéterrel végzett tágitás, angioplasztika, stent beültetés,
- lézertechnikával végzett beavatkozás.

**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének kardiológus, szív és érsebész által igazolt napja.**

#### 6.5. Krónikus veseelégtelenség

Mindkét vese működésének krónikus, visszafordíthatatlan, végállapotnak megfelelő beszűkülését jelenti, mely rendszeres vesedialysist (haemodialysis, peritoneális dialysis) vagy veseátültetést tesz szükségessé.

**A biztosítás nem terjed ki az akut vesekárosodás miatti átmeneti időre szükséges vese dialysisre.**

**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a legalább 60 napot meghaladó rendszeres dialysis kezelés igazolása a dialysist végző intézmény által vagy a veseátültetés napja (attól függően, hogy melyik következik be előbb).**

A diagnózist nephrológiai szakvéleménnyel, veseátültetést a transzplantációt végző intézmény zárójelentésével kell igazolni.

#### 6.6. Aortaműtét

Nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét az aorta szűkületének, elzáródásának, aneurizmájának (verőértágulat), dissectiojának (az aorta belső rétegének hosszanti, tovafutó beropadása) megszüntetése céljából. Ebben a megfogalmazásban a mellkasi és hasi aorta műtétéről van szó, az oldalágak nélkül.

**A biztosítási esemény időpontja a műtét napja.**

**A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra.**

A diagnózist kardiológiai kivizsgálással, szívsebészeti szakvéleménnyel kell alátámasztani.

#### 6.7. Szívbillentyűműtét

Egy vagy több műbillentyű (aorta, mitrális, pulmonális, tricuspidális) nyitott mellkasban való műtéti behelyezése a billentyű stenosis, elégtelenség vagy a kettő kombinációja miatt.

A billentyűbetegség diagnózisát szívkatéteres és szívultrahang-vizsgálattal kell igazolni, a műtét szükségességét kardiológus, szívsebész szakvéleményével kell alátámasztani.

**A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:**

- valvuloplasztika,
- valvulotómia.

**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét napja.**

#### 6.8. Csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anaemia)

Krónikus csontvelő-elégtelenség, mely vérszegénységben, csökkent neutrophyl fehérvérsejt és thrombocytá számban nyilvánul meg.

**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.**

A diagnózist haematológiai szakvéleménnyel, a betegséget igazoló csontvelővizsgálat leletével kell alátámasztani.

#### 6.9. Vakság

Mindkét szem látóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.

**A biztosítási esemény bekövetkezési időpontját szemész szakorvos állapítja meg.**

**Nem képez biztosítási eseményt: a súlyos látásgyengülés, részleges vakság, látótércsökkenés.**

#### 6.10. Sükettség

Mindkét fül hallóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében.

**A biztosítási esemény bekövetkezését (a hallás minden frekvencia tartományában legalább 80 decibeles halláscsökkenését jelenti) és annak időpontját audiometriás és hallásküszöb-vizsgálattal fül-orr-gége szakorvos állapítja meg.**

#### 6.11. Beszélőképesség elvesztése

Teljes és visszafordíthatatlan elvesztése a beszédképességnek a hangszálak betegsége vagy sérülése következtében.

**A biztosítási esemény bekövetkezését, a diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell dokumentálnia. A beszédképesség elvesztésének legalább 6 hónap óta kell fennállnia.**

#### 6.12. Nagyfokú égés

Harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a biztosított testfelületének legalább 20%-át érinti. Az égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület, gőz) vagy elektromos áram által kiváltott élőszöveti sérülés.

**A biztosítás nem terjed ki nap-, röntgen-, radioaktív-, infrasugárzás, lézer, mikrohullám által okozott égési sérülésekre.**

**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a harmadfokú égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet bőrgyógyász, sebész szakorvos igazol.**

### 6.13. Szervátültetés

A szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) testéből szívet, tüdőt, májat vagy vesét első alkalommal. **Az itt felsoroltakon kívül más szervekre nem terjed ki a kockázatviselés, valamint összejt-, csontvelő-, bőr-, csont beültetésre, transfúzióra sem.**

**A biztosítási esemény időpontja a beültetés napja, melyet a transzplantáló intézmény zárójelentésével kell igazolni.**

### 6.14. Gyermekbénulás (a gerincvelő szürkeállományának gyulladása) (Poliomyelitis)

A poliomyelitis akut fertőzés, melyet Poliovírus okoz és bénulásokhoz vezet. A diagnózist infektológus, neurológus szakorvos állítja fel. A diagnózist az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá: a Poliovírus laboratóriumi azonosítása, a végtagok és/vagy a légzőszervek izmainak bénulása.

**A biztosítási esemény időpontja a 6 hónap óta fennálló bénulás neurológus szakorvos által való igazolása. A biztosítás nem terjed ki a bénulás nélküli esetekre.**

### 6.15. Előrehaladott bőrkérgesedés (Scleroderma progressiva)

Szisztémás kötőszövet-érrendszeri megbetegedés a bőrben, erekben és belső szervekben.

A biztosítási eseményt biopsziás és szerológiai vizsgálat egyértelmű eredményével kell alátámasztani, és bizonyítani kell egy vagy több belső szerv (szív, tüdő, vese) érintettségét.

**A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja, melyet immunológus, belgyógyász állít fel.**

**A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:**

- Helyi bőrkérgesedés (scleroderma lineáris, morphoea),
- Fasciitis eosinophylica,
- CREST szindróma.

### 6.16. Szisztémás lupus erythematosus nephritisszel (SLE)

Több szervet érintő autoimmun betegség, amelyben a veseszövetet is autoantitestek és immunkomplexek lerakódása károsíthatja, melynek eredményeképpen lupus nephritis alakulhat ki.

Ebben a biztosításban az SLE diagnózisát azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE érinti a veséket. A biztosítás kiterjed a WHO szerinti III-VI osztályú lupus nephritisre.

A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:

- Class I. Lupus glomerulonephritis minimális elváltozással,
- Class II. Mesangiális lupus glomerulonephritis,
- Class III. Focális segmentális vagy proliferatív glomerulonephritis,
- Class IV. Diffúz proliferatív glomerulonephritis,
- Class V. Diffúz membranózus glomerulonephritis,
- Class VI. Előrehaladott, szklerotizáló glomerulonephritis.

**A biztosítás nem terjed ki a WHO szerinti I-II osztályú lupus nephritisre, a diszoid lupusra,**

**A betegség diagnózisát immunológus, reumatológus, nephrológus szakorvos állapítja meg. A nephritis fennállását vesebiopsziából nyert szövettan igazolja. Ez utóbbi egyúttal a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja is.**

## 7. fejezet – A biztosítás megszűnése

### 7.1.

Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

### 7.2.

Jelen kiegészítő biztosítás a 3. fejezetben meghatározott biztosítási szolgáltatás kifizetését követően megszűnik.

## 8. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

### 8.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítése érdekében az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok,
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- rosszindulatú daganat esetén: onkológiai szakorvosi vélemény, zárójelentés, a daganatot bizonyító szövettani vizsgálat lelete,
- szívinfarktus esetén: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés (a típusos mellkasi fájdalom leírása, az akut ST-szakasz elevációval, járó, jellemző EKG-elváltozások igazolása, a „kardiális” enzimek jellemző emelkedésének dokumentálása),
- agyi érkatasztrófa esetén: ideggyógyászati szakvélemény, zárójelentés, CT vagy MRI vizsgálat lelete az akut eseményről, valamint ideggyógyászati szakvélemény a 90 napon túl fennálló, maradandó idegrendszeri károsodásról,
- koszorúérműtét esetén: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés, a műtét előtt készített koszorúérfestés (coronarographia) lelete és szívsebészeti zárójelentés, műtéti leírás,
- krónikus veseelégtelenség esetén: a kivizsgálás, a dialysis szükségességét igazoló nephrológiai leletek, kórházi zárójelentések, a legalább 60 napot meghaladó rendszeres dialysis igazolása a dialysist végző intézmény által, veseátültetés esetén a beültetést végző intézmény zárójelentése. A kockázatviselés nem terjed ki a szerződéskötéskor már várólistán levő egyénre.
- aortaműtét esetén: kardiológiai, szívsebészeti szakvélemény, zárójelentés, műtéti leírás,
- szívbillentyűműtét esetén: kardiológiai, szívsebészeti szakvélemény, zárójelentés, a műtéti leírás,
- csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anaemia) esetén: haematológiai, immunológiai szakvélemény, kórházi zárójelentés, a diagnózist alátámasztó laboratóriumi és csontvelővizsgálat leletei,
- vakság esetén: a látóképesség teljes elvesztését igazoló vizsgálatok leletei, szemészeti szakvélemény,
- sükettség esetén: a teljes hallásvesztést igazoló vizsgálatok leletei, fül-orr- gégészeti, audiológiai szakvélemény,
- beszédképesség elvesztése esetén: a diagnózis felállításakor és az azt követő 6 hónap elteltével elvégzett vizsgálatok leletei és fül-orr-gégészeti szakvélemény,
- nagyfokú égés esetén: bőrgyógyászati, sebészeti szakvélemény,
- szervátültetés esetén: a transzplantációt megelőző kivizsgálás, a transzplantációt végző intézmény zárójelentései,
- gyermekbénulás (poliomyelitis) esetén: infektológiai, neurológiai szakvélemény, zárójelentés a betegség akut szakáról, valamint 6 hónappal az akut esemény utáni, a maradandó bénulást igazoló neurológiai szakvélemény,
- előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva) esetén: immunológia, belgyógyászati szakvélemény, zárójelentés, szerológiai, szövettani vizsgálatok eredményei,
- szisztémás lupus erythematosus nephritissel (SLE) esetén: nephrológus, immunológus, reumatológus szakvéleménye, zárójelentések, vesebiopszia lelete.

### 8.2.

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

### 8.3.

**A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

## 9. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

### 9.1.

Jelen kiegészítő biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal. A Biztosító a többlethozamnak legalább 80%-át a következő biztosítási évre vonatkozóan jóváírja úgy, hogy abból egy egyszeri díjas, az N1114 kiegészítő biztosítással megegyező kockázatú, 1 évre szóló biztosítást vásárol a Biztosított részére, aminek következtében megnő a jelen kiegészítő biztosításhoz tartozó biztosítási összeg.

# Végleges Rokkantság Esetére Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N1103)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Sze-mélybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (N7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, az N7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé köthető.

## 1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

### 1.1.

Rokkantsági minősítési kategóriák: a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet) által kiadott szakhatósági állásfoglalás megállapítja a Biztosított egészségkárosodásán alapuló egészségi állapotát és rokkantsági minősítési kategóriákba sorolja. Jelen feltétel szempontjából az alábbi rokkantsági minősítési kategóriákba történő besorolás esetén szolgáltat a Biztosító:

- D kategória: ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1-30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra képes,
- E kategória: ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1-30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.

### 1.2.

Egészségi állapot százalékos mértéke: megállapítása az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékének figyelembevételével történik úgy, hogy 100%-ból ki kell vonni az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét.

## 2. fejezet – A Biztosítottak

### 2.1.

A Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1 pontjától eltérően a biztosítás 18-60 éves korig köthető.

### 2.2.

A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 65. életévet.

### 2.3.

#### Nem lehet Biztosított

- akinek részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg, illetve aki ilyen jellegű kérelemmel fordult a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz.,
- aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezett a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodásának megállapítása céljából,
- aki az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.

## 3. fejezet – Biztosítási esemény

### 3.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint - ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, amelyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el.

### 3.2.

A rokkantság kezdetének időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet által az egészségkárosodást megállapította.



## 4. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

### 4.1.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor a D minősítésű rokkantsági szakhatósági állásfoglalás bemutatása után a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset, betegség) a szerződés hatálya alatt következett be.

### 4.2.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor az E minősítésű rokkantsági szakhatósági állásfoglalás bemutatása után a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset, betegség) a szerződés hatálya alatt következett be.

### 4.3.

**Nem nyújtható szolgáltatás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt bekövetkezett betegségekre és balesetekre.**

## 5. fejezet – Várakozási idő

### 5.1.

A Biztosító a szolgáltatásokra vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

## 6. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

### 6.1.

Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

### 6.2.

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a 4. fejezetben meghatározott biztosítási szolgáltatás bármelyike kifizetésre kerül.

## 7. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

### 7.1.

A Biztosítóhoz a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalása
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalását alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés stb.) és szakmai indoklások dokumentumai,
- baleset körülményét igazoló hivatalos hatósági határozat (rendőrségi, légügyi, stb.) és a balesetet alátámasztó összes orvosi dokumentum.

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

### 7.2.

**A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

## 8. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

### 8.1.

Jelen biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal. A Biztosító a többlethozamnak legalább 80%-át a következő biztosítási évre vonatkozóan jóváírja úgy, hogy abból egy egyszeri díjas, az N1103 kiegészítő biztosítással megegyező kockázatú, 1 évre szóló biztosítást vásárol a Biztosított részére, aminek következtében megnő a jelen kiegészítő biztosításhoz tartozó biztosítási összeg.

# Egyszeri Térítés Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N1112)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Sze-mélybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (N7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, az N7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé, a Kiegészítő Biztosítás Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott csomagban köthető.

## 1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

### 1.1.

Rokkantsági minősítési kategóriák: a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet) által kiadott szakhatósági állásfoglalás megállapítja a Biztosított egészségkárosodásán alapuló egészségi állapotát és rokkantsági minősítési kategóriákba sorolja. Jelen feltétel szempontjából az alábbi rokkantsági minősítési kategóriákba történő besorolás esetén szolgáltat a Biztosító.

- D kategória: ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1-30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra képes,
- E kategória: ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1-30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.

### 1.2.

Egészségi állapot százalékos mértéke: Megállapítása az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékének figyelembevételével történik úgy, hogy 100%-ból ki kell vonni az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét.

## 2. fejezet – A Biztosítottak

### 2.1.

A Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1 pontjától eltérően a biztosítás 18-60 éves korig köthető.

### 2.2.

A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 65. életévet.

### 2.3.

#### Nem lehet Biztosított

- akinek részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg, illetve aki ilyen jellegű kérelemmel fordult a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz,
- aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezett a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodásának megállapítása céljából,
- aki az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.

## 3. fejezet – Biztosítási esemény

Végleges rokkantság (D, E kategória) biztosítási eseménye

### 3.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint - ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el.

### 3.2.

A biztosítási esemény időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította. Súlyos (legalább 50%-os) baleseti eredetű rokkantság biztosítási eseménye

**3.3.**

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – ha a baleset napjától számított egy éven belül kiderül, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan, véglegesen károsodott 50%-os vagy azt meghaladó mértékben megrokkant.

**3.4.**

A rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg a Biztosító:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése felső végtag és alsó végtag csonkolása mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése egyik comb elvesztése egyik szem látóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már előzőleg elvesztette	90%
egyik felkar elvesztése egyik lábszár elvesztése egyik alkar elvesztése beszélőképesség teljes elvesztése	80%
mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén	65%
egyik fül hallóképességének elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már elvesztette	60%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén	50%

**3.5.**

A fenti egészségkárosodási tábla tájékoztató jellegű és csak iránymutatásként szolgál, nem tartalmazza az összes lehetséges egészségkárosodást és rokkantsági százalékot.

**3.6.**

A balesetből eredő végleges egészségkárosodási százalékos szolgáltatások mértéke összeadódik és amennyiben ezek együttes összege eléri az 50%-ot, ez a mérték jogosít a biztosítási szolgáltatásra.

**3.7.**

**A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.**

**3.8.**

Ha a baleseti rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.

**3.9.**

Amennyiben a balesetből eredő maradandó végleges egészségkárosodás megállapított mértékét a Biztosított nem fogadja el, abban az esetben a Biztosító az általa felkért független orvosszakértő véleményének figyelembevételével állapítja meg a rokkantság fokát.

**3.10.**

**A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.**

## 4. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatásokat nyújtja:

**4.1.**

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követően, a D vagy E rokkantsági minősítési kategóriát megállapító szakhatósági állásfoglalás benyújtása után (3.1-3.2 pontok), vagy súlyos baleseti rokkantság esetén (3.3-3.10 pontok) a Biztosító orvosának szakvéleménye alapján egyszeri alkalommal egyösszegű szolgáltatást nyújt, amelynek összege függ a választott havi járadékszolgáltatás összegétől és a választott csomagtól (Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pont).

**4.2.**

Amennyiben a biztosítási eseményt megelőző egy évben a főbiztosítás díja az értékkövetést meghaladó mértékben emelkedett, úgy az emelés előtti díj értékkövetéssel növelt értékét kell aktuális díjként kezelni.

**4.3.**

**A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset vagy betegség) a szerződés hatálya alatt következett be és a Biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezte.**

**4.4.**

Bármelyik biztosítási esemény (3. fejezet) bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás a szolgáltatással egyidejűleg megszűnik.

**4.5.**

**Amennyiben egyidejűleg több biztosítási esemény következik be, a Biztosító mindig az elsőként bekövetkezett biztosítási esemény alapján teljesíti a szolgáltatást.**

**5. fejezet – Várakozási idő**

A Biztosító a Végleges rokkantság (3.1-3.2) szolgáltatásra vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

**6. fejezet – A biztosítási összeg****6.1.**

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege a Szerződő által választott havi járadék összegének és a választott csomaghoz (Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pont) tartozó szorzónak a szorzata.

**6.2.**

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem haladhatja meg a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összeget

**6.3.**

Amennyiben a Szerződő a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összegnél magasabb biztosítási összegre vonatkozóan kívánja a kiegészítő biztosítást megkötni, a Biztosító a kockázatelbíráláshoz további dokumentumok benyújtását kérheti.

**7. fejezet – A biztosítási szerződés tartama, megszűnése****7.1.**

Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

**7.2.**

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik, amennyiben a 4. fejezetben meghatározott egyösszegű szolgáltatás kifizetésre kerül.

**8. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok****8.1.**

A Szerződőnek az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalása,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalását alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés stb.) és szakmai indoklások dokumentumai,
- baleset körülményét igazoló hivatalos hatósági határozat (rendőrségi, légügyi stb.) és a balesetet alátámasztó összes orvosi dokumentum.

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a biztosítottak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

**8.2.**

**A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetatlenné válnak.**

## 9. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

### 9.1.

Jelen biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal. A Biztosító a többlethozamnak legalább 80%-át a következő biztosítási évre vonatkozóan jóváírja úgy, hogy abból egy egyszeri díjas, az N1112 kiegészítő biztosítással megegyező kockázatú, 1 évre szóló biztosítást vásárol a Biztosított részére, aminek következtében megnő a jelen kiegészítő biztosításhoz tartozó biztosítási összeg.

## 10. fejezet – Egyéb rendelkezések

### 10.1.

Jelen kiegészítő biztosításra a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 3. számú melléklet 1. pontjában meghatározott többszörözésre vonatkozó rendelkezés nem érvényes.

### 10.2.

Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag csomagban választható, a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 2. számú melléklet 7. pontja szerint.

# Járadékszolgáltatás Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N9113)

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Általános Sze-mélybiztosítási Feltételei, a Halálesetre Szóló Életbiztosítás Különös Feltételei (N7110), a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei és a jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak. Jelen kiegészítő biztosítás egészségbiztosításnak minősül, és kizárólag az N7100 folyamatos díjas kockázati életbiztosítás részeként, az N7110 Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás mellé, a Kiegészítő Biztosítás Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott csomagban köthető.

## 1. fejezet – A biztosítási eseménnyel összefüggő fogalmak és meghatározások

### 1.1.

Rokkantsági minősítési kategóriák: A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: szakértői intézet) által kiadott szakhatósági állásfoglalás megállapítja a Biztosított egészségkárosodásán alapuló egészségi állapotát és rokkantsági minősítési kategóriákba sorolja. Jelen feltétel szempontjából az alábbi rokkantsági minősítési kategóriákba történő besorolás esetén szolgáltat a Biztosító.

- D kategória: ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1-30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra képes,
- E kategória: ebbe a minősítési kategóriába tartozik az, akinek az egészségi állapota 1-30% között van és orvosszakmai szempontból önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.

### 1.2.

Egészségi állapot százalékos mértéke: Megállapítása az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékének figyelembevételével történik úgy, hogy 100%-ból ki kell vonni az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét.

## 2. fejezet – A Biztosítottak

### 2.1.

A Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2.1 pontjától eltérően a biztosítás 18-60 éves korig köthető.

### 2.2.

A biztosítás tartamának utolsó évében a Biztosított életkora nem haladhatja meg a 65. életévet.

### 2.3.

#### Nem lehet Biztosított

- akinek részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg, illetve aki ilyen jellegű kérelemmel fordult a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz,
- aki a kockázatviselést megelőzően már rendelkezett a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be az említett intézetnél egészségkárosodásának megállapítása céljából,
- aki az ajánlat felvételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.

## 3. fejezet – Biztosítási esemény

Végleges rokkantság (D, E kategória) biztosítási eseménye

### 3.1.

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint - ha a Biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt, betegség vagy baleset következtében olyan mértékű egészségkárosodást, rokkantságot szenved el, melyet a Biztosító a szakértői intézet szakhatósági állásfoglalása alapján D, E minősítési kategóriájú rokkantságnak fogad el.

### 3.2.

A biztosítási esemény időpontja az a dátum, amelytől a szakértői intézet az egészségkárosodást megállapította. Súlyos (legalább 50%-os) baleseti eredetű rokkantság biztosítási eseménye

**3.3.**

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint - ha a baleset napjától számított egy éven belül kiderül, hogy a baleset következményeként a Biztosított egészsége tartósan, véglegesen károsodott, 50%-os vagy azt meghaladó mértékben megrokkant.

**3.4.**

A rokkantság fokát az alábbiak szerint állapítja meg a Biztosító:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése felső végtag és alsó végtag csonkolása mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése egyik comb elvesztése egyik szem látóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már előzőleg elvesztette	90%
egyik felkar elvesztése egyik lábszár elvesztése egyik alkar elvesztése beszélőképesség teljes elvesztése	80%
mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén	65%
egyik fül hallóképességének elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már elvesztette	60%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes ügyfél esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes ügyfél esetén	50%

**3.5.**

A fenti egészségkárosodási tábla tájékoztató jellegű, és csak iránymutatásként szolgál, nem tartalmazza az összes lehetséges egészségkárosodást és rokkantsági százalékot.

**3.6.**

A balesetből eredő végleges egészségkárosodási százalékos szolgáltatások mértéke összeadódik és amennyiben ezek együttes összege eléri az 50%-ot, ez a mérték jogosít a biztosítási szolgáltatásra.

**3.7.**

**A Biztosító csak az 50%-os vagy azt meghaladó mértékű balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás esetén szolgáltat.**

**3.8.**

Ha a baleseti rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.

**3.9.**

Amennyiben a balesetből eredő, maradandó végleges egészségkárosodás megállapított mértékét a Biztosított nem fogadja el, abban az esetben a Biztosító az általa felkért független orvosszakértő véleményének figyelembe vételével állapítja meg a rokkantság fokát.

**3.10.**

A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatásra csak akkor kerülhet sor, ha a balesetből eredő, maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból végleges.

## 4. fejezet – Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatásokat nyújtja:

**4.1.**

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezését követően a D vagy E rokkantsági minősítési kategóriát megállapító szakértői szakhatósági állásfoglalás benyújtása után (3.1–3.2 pontok), vagy súlyos baleseti rokkantság esetén (3.3–3.10 pontok) a Biztosító orvosának szakvéleménye alapján a következő biztosítási hónap fordulójától havi járadékszolgáltatást nyújt, amelynek összegét a Szerződő az ajánlattételkor választ meg. A választható havi járadék összegét a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletének 7. pontja határozza meg.

**4.2.**

**A biztosítási szolgáltatás feltétele, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset vagy betegség) a szerződés hatálya alatt következzen be és a Biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezze.**

**4.3.**

A Biztosító a biztosítási szolgáltatást, vagyis a járadékfizetést 5 évig vállalja.

**4.4.**

Bármelyik biztosítási esemény (3. fejezet) bekövetkezése esetén jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselése megszűnik, de a kiegészítő biztosítás szolgáltatása a 4.5 pont figyelembevételével tovább folytatódik.

**4.5.**

Amennyiben egyidejűleg több biztosítási esemény következik be, a Biztosító mindig az elsőként bekövetkezett biztosítási esemény alapján teljesíti a szolgáltatást.

**4.6.**

Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezését követően, de a szolgáltatási igény bejelentése előtt a Biztosított elhalálozik, a Biztosító visszatéríti a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és a halálozeset időpontja között befizetett díjakat.

**5. fejezet – Várakozási idő**

A Biztosító a Végleges rokkantság (3.1-3.2) szolgáltatására vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

**6. fejezet – A biztosítási összeg****6.1.**

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege a Szerződő által választott biztosítási összeg. A választható havi járadék összegét a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú mellékletének 7. pontja határozza meg.

**6.2.**

Jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összege nem haladhatja a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összeget.

**6.3.**

Amennyiben a Szerződő a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 2. számú melléklet 7. pontjában meghatározott összegnél magasabb biztosítási összegre vonatkozóan kívánja a kiegészítő biztosítást megkötni, a Biztosító a kockázatelbíráláshoz további dokumentumok benyújtását kérheti.

**7. fejezet – A biztosítási szerződés tartama, megszűnése****7.1.**

Abban a biztosítási évben, amikor a Biztosított betölti a 65. életévét, az adott biztosítási év évfordulóján jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

**7.2.**

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésével.

**8. fejezet – A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok****8.1.**

A Szerződőnek az esemény bekövetkezését az azt követő 8 munkanapon belül kell bejelenteni. Az alábbi dokumentumokat szükséges lehetőség szerint mihamarabb a Biztosítóhoz benyújtani:

- az Általános Személybiztosítási Feltételekben meghatározott iratok, továbbá
- kárbejelentő formanyomtatvány,
- a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalása,
- a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalását alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés stb.) és szakmai indoklások dokumentumai,
- baleset körülményét igazoló hivatalos hatósági határozat (rendőrségi, légügyi stb.) és a balesetet alátámasztó összes orvosi dokumentum.

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a biztosítottak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

**8.2.**

**A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**



## 9. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

### 9.1.

Jelen biztosítás rendelkezik az Általános Személybiztosítási Feltételek 28. fejezetében leírt többlethozam-visszatérítésből származó jogokkal. A Biztosító a többlethozamnak legalább 80%-át a következő biztosítási évre vonatkozóan jóváírja úgy, hogy abból egy egyszeri díjas, az N9113 kiegészítő biztosítással megegyező kockázatú, 1 évre szóló biztosítást vásárol a Biztosított részére, aminek következtében megnő a jelen kiegészítő biztosításhoz tartozó biztosítási összeg.

## 10. fejezet – Egyéb rendelkezések

### 10.1.

Jelen kiegészítő biztosításra a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei 3. számú melléklet 1. pontjában meghatározott többszörözésre vonatkozó rendelkezés nem érvényes.

### 10.2.

Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag csomagban választható, a Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételeinek 2. számú melléklet 7. pontja szerint.

# Dr. LIFE szolgáltatási csomag Feltételek

## Orvosi Call Center Szolgáltatási Feltételek

### 1. fejezet – Többlethozam-visszatérítés

Az orvosi call center szolgáltatás főbb jellemzői:

#### 1.1.

A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon keresztül laikusoknak szóló egészségügyi információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek.

#### 1.2.

Az orvosi segélyhívó központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:

- egészséggel, betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdések,
- tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
- tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
- tájékoztatás ügyeletes gyógyszertárakról,
- tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

#### 1.3.

A 24 órás orvosi segélyhívó szolgáltatást az ügyfél a kockázatviselés teljes tartama alatt, az év minden napján, a nap 24 órájában a 06 1 461 1566 telefonszámon veheti igénybe korlátlan alkalommal.

### 2. fejezet – A szolgáltató és felelőssége

#### 2.1.

Az orvosi call center szolgáltatást a Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) nyújtja az Advance Medical Hungary Kft. igénybevételeivel. Ennek keretében 24 órás segélyhívó szolgáltatást nyújt.

#### 2.2.

A telefonon adott orvosi vélemény az ügyfél által szolgáltatott információk alapján az érintett páciens betegségének megítélését szolgáló kizárólag kiegészítő információ, konzultatív jellegű vélemény.

A pontos diagnózis felállítása, és a helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a betegevizsgálatot.

#### 2.3.

A telefonon adott orvosi vélemény hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a Biztosító, sem az Advance Medical Hungary Kft. nem vállal felelősséget.

#### 2.4.

**A szolgáltatás nem tartalmazza a receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegevizsgálatot nem végez.**

#### 2.5.

Biztosító és az Advance Medical Hungary Kft. a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.

### 3. fejezet – Igénybevétel feltételei

#### 3.1.

A szolgáltatás csak a Nemzetközi Orvosi Szakvélemény szolgáltatással együtt vehető igénybe.

## A Nemzetközi Orvosi Szakvélemény Szolgáltatási Feltételek

### 1. fejezet – A Nemzetközi Orvosi Szakvélemény (továbbiakban NOSz) főbb jellemzői

#### 1.1.

A szolgáltatás célja, hogy súlyos betegség esetén a beteg

- a) orvosi leletei
- b) és a beteget korábban ellátó orvos által készített első diagnózis alapján második orvosi szakvéleményhez jusson anélkül, hogy az otthonát el kelljen hagynia.

#### 1.2.

Az a) és b) alpontban felsorolt dokumentumok megléte előfeltétele a szolgáltatás igénybevételének.

### 2. fejezet – A szolgáltató és felelőssége

#### 2.1.

A szolgáltatást a Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) nyújtja az Advance Medical Hungary Kft. igénybevételével.

#### 2.2.

Az egész világ területén a legkülönbözőbb orvosi szakterületeken dolgozó orvos szakértőkből és kórházakból álló nemzetközi hálózat teszi lehetővé, hogy a véleményezésre küldött minden egyes esethez a Biztosító megtalálja a legmegfelelőbb orvosszakértőt, függetlenül attól, hogy az adott specialista hol, melyik kórházban dolgozik.

#### 2.3.

A Biztosító és az Advance Medical Hungary Kft. által adott információk helytelen felhasználásáért vagy hibás értelmezéséért nem vállalnak felelősséget. A NOSz jogi vagy tudományos felhasználásához a Biztosító nem járul hozzá.

#### 2.4.

A Biztosító a NOSz-szal kapcsolatban esetlegesen felmerülő bármely igényt továbbítja az Advance Medical Hungary Kft. felé, ám ezen igények tekintetében a Biztosító semmilyen felelősséget nem vállal, és a NOSz-ban foglaltakkal kapcsolatban nem vonható felelősségre.

### 3. fejezet – Azon betegségek köre, melyek esetén a NOSz igénybe vehető

- 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,
- idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció (idegsorvadás),
- veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák,
- az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

### 4. fejezet – A NOSz igénybevételének korlátai

#### 4.1.

A NOSz a rendelkezésre álló orvosi/kórházi leletek, laboratóriumi eredmények, röntgen-vizsgálatok, biopsziák stb. alapján készül.

#### 4.2.

A specialista által készített NOSz a beküldött leletek pontosságának és hitelességének függvénye.

#### 4.3.

A szolgáltatás szakértő orvosi információval szolgál, amelynek célja, hogy kiegészítse a beteg számára a kezelőorvosától kapott információt. Ezen információ semmi esetre sem kezelendő orvosi diagnózisként vagy kezelésre vonatkozó előírásként.

#### 4.4.

A NOSz nem helyettesíti a kezelőorvos szakvéleményét, ugyanis végleges diagnózis és helyes kezelés megállapításához elengedhetetlen a személyes orvos-beteg találkozás.

#### 4.5.

Közvetlenül a fent említett második diagnózisból származó díjak és költségek benne foglaltatnak a NOSz szolgáltatásban, feltéve, ha a szolgáltatásokat a fentiek szerint kérelmezték.

**4.6.**

Orvosi tanácsadásból vagy kezelésből, vizsgálatokból, jelentésekből, röntgenfelvételekből és más vizsgálat készítéséből eredő minden további ráfordítás, költség és díj a beteget terheli, még abban az esetben is, ha a második diagnózis által felderítendő betegséggel vagy klinikai állapottal kapcsolatban készültek.

**4.7.**

**A beteg csak akkor jogosult a NOSz igénybevételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta, és a vizsgálatról leletket készített, illetve írásos diagnózist állított fel.**

**5. fejezet – Igénybevétel feltételei****5.1.**

A Szolgáltatás csak az Orvosi Call-Center szolgáltatással együtt vehető igénybe.

**5.2.**

A Biztosító a szolgáltatásra vonatkozóan 6 hónap várakozási időt köt ki.

**6. fejezet – NOSz igénybevétele****6.1.**

Biztosított megküldi a kérelmet a csatolt dokumentumokkal a Biztosítóhoz.

**6.2.**

Biztosító továbbítja az arra megfelelő, általa kiválasztott orvosnak.

**6.3.**

Orvos véleményét ad, majd megküldi azt a Biztosítottnak.

# Adózási tájékoztató az N7100 folyamatos díjas, halálesetre szóló életbiztosításhoz

A Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. N7100 jelű folyamatos díjas halálesetre szóló kockázati típusú életbiztosítás termékével kapcsolatban az alábbi adózási szakvéleményt adjuk.

## 1. fejezet – Háttér

Az N7100 jelű folyamatos díjas halálesetre szóló kockázati típusú életbiztosítás, amely az adózási következmények szempontjából az alábbi lényeges jellemzőkkel rendelkezik:

- A biztosítási szerződésben szerződő lehet természetes személy, illetve nem természetes személy (így társaságiadó-alany – például gazdasági társaság, egyéni cég stb. –, evaalany, vagy nem evás egyéni vállalkozó, a továbbiakban együtt „kifizető”).
- A szerződésben a halálesetre szóló életbiztosítás (főbiztosítás) biztosítottja a főbiztosított, a főbiztosítás mellett köthető kiegészítő biztosítások biztosítottja a biztosított.
- A szerződés nem rendelkezik visszavásárlási joggal.
- Amennyiben a szerződő nem magánszemély, akkor a szerződésben kizárólag egy főbiztosított jelölhető.
- A biztosítási szerződés határozott tartamú.
- A főbiztosítás esetén a biztosítási esemény a főbiztosított halála.
- A Biztosító a főbiztosítás esetében csak a biztosítási esemény bekövetkeztekor szolgáltat.
- Kiegészítő biztosítás az alábbi kockázatokra köthető:
  - Halál
  - Baleseti halál
  - Baleseti rokkantság
  - Baleseti keresőképtelenség
  - Baleseti műtét
  - Műtét
  - Kritikus betegség
  - Rokkantság (végleges, TB E, D fokozatú és súlyos baleseti rokkantság)
- A kiegészítő biztosítások kizárólag főbiztosítás mellé köthetőek és nem rendelkeznek maradékjoggal.  
Amennyiben a biztosítási díjat szerződőként kifizető fizeti, az alábbi eseményekhez kapcsolódhatnak adóztatási pontok.

## 2. fejezet – Díjfizetés

A biztosítási díjakkal kapcsolatban alapvetően két kérdéskör merül fel: egyfelől, hogy amennyiben a díjfizetést szerződőként a kifizető teljesíti, akkor hogyan kell a díjakat elszámolnia, másfelől, hogy a biztosított szempontjából a díjfizetés mint kifizetői juttatás keletkeztet-e adóköteles jövedelmet.

### 1. A biztosítási díj elszámolása, ha a szerződő kifizető

A díjakat a következők szerint kell elszámolni, függetlenül attól, hogy a főbiztosítás vagy a kiegészítő biztosítás díjáról van-e szó.

- Társaságiadó-alanyoknál és kettős könyvvitелű evaalanyoknál  
Ha a biztosított (akár a főbiztosított, akár a kiegészítő biztosítás biztosítottja) a számviteli törvény hatálya alá tartozó cég (ideértve valamennyi társaságiadó-alanyt és a számviteli törvény hatálya alá tartozó evaalanyokat) munkavállalója, vezető tisztségviselője, személyesen közreműködő tagja vagy szakképző iskolai tanulója, és a kedvezményezett nem a cég, akkor a biztosítás vállalkozás által fizetett díjai személyi jellegű egyéb kifizetesként vagy egyéb szolgáltatásként (költségként) elszámolhatóak (számviteli törvény 13. § (7) 3. pont). A társaságiadó-alany cégnél az így elszámolt költségek az adóalap meghatározásakor elismert költségeknek minősülnek (Tao törvény 3. számú melléklet B) Fejezet 8. pont, 2008/5. Adózási kérdés), az evaalany cégek adóalapja azonban nem csökkenthető velük (Eva törvény 5.§ (4)).  
Ha a biztosított a számviteli törvény hatálya alá tartozó cégnek nem munkavállalója, vezető tisztségviselője, személyesen közreműködő tagja, vagy szakképző iskolai tanulója (hanem például személyesen közre nem működő tagja), akkor a biztosítás vállalkozás által fizetett díját egyéb szolgáltatásként kell elszámolni (számviteli törvény 78.§ (4)), amely nem a vállalkozás érdekében felmerülő költségként a társaságiadó-alapját növeli. Evaalany cégek esetében adózási szempontból szintén nem lesznek elismert költségek a fenti biztosítási díjak (Eva törvény 5.§ (4)).

Ha a befizetett díj éves, féléves, vagy negyedéves folyamatos díj és a szerződő mérlegfordulónapja nem esik egybe a biztosítási időszak végével, – az összemérés elvének megfelelően – a tárgyévben felmerült biztosítási díjnak a következő üzleti évet terhelő arányos részét időbelileg elhatárolva, havi folyamatos díj esetén elhatárolás nélkül kell a számviteli törvény hatálya alá tartozó szerződő cégnél költségként elszámolni. (Ugyanakkor az N7100 jelű Nívó, Nívó Extra kockázati biztosításnál havi díjfizetés esetén elvárás a jutalékszámfejtés szempontjából a kötéskor 3 havi díj előre befizetése. Ebben az esetben havi díjfizetés esetén is szükség lehet az aktív időbeli elhatárolásra ilyenkor év végén.)

Követelésként kell elszámolni a díjat, amennyiben a számviteli törvény hatálya alá tartozó cég (társaságiadó-alany vagy evaalany) a kedvezményezett. Ha a követelés megszüntetésre kerül, mert a magánszemély válik kedvezményezetté, akkor a cég az összeget költségként elszámolhatja. Tekintettel arra, hogy a magánszemély jövedelme adómentes, járulékkötelezettség nem keletkezik (2008/5 Adózási kérdés).

- Nem evás egyéni vállalkozóknál  
1 A pontos jogszabályi elnevezéseket lásd a 123. oldalon  
A nem evás egyéni vállalkozó költségként számolhatja el az olyan biztosítás díját, amelynek biztosítottja az alkalmazott (feltéve, hogy nem az egyéni vállalkozó a kedvezményezett), továbbá a bevétel, illetve az ehhez szükséges feltételek biztosítása érdekében kifizetett életbiztosítás díját. Ennek következtében az egyéni vállalkozó által e minőségében saját magára megkötött kockázati életbiztosítás díját – rendeltetésszerű joggyakorlást feltételezve, itt különös hangsúlyt helyezve arra, hogy e biztosítási jogviszony létrehozása a vállalkozási tevékenység érdekét szolgálja – a nem evás egyéni vállalkozó költségként elszámolhatja (Szja törvény 49/B §, 11. számú melléklet).
- Bevételi nyilvántartást vezető evaalanyoknál  
A számviteli törvény hatálya alá nem tartozó evaalany (ideértve az evás egyéni vállalkozót és a bevételi nyilvántartást választó cégeket) nem számolhatja el költségként a biztosítás díját, azaz adóalapját nem csökkentheti vele (Eva törvény 5.§ (4)).

## 2. A biztosítási díj, mint a biztosított jövedelme

Tekintve, hogy a főbiztosítás adójogi szempontból kockázati (halál esetére szóló) életbiztosításnak minősül, a kifizető által fizetett díja az Szja törvény 1. számú melléklet 6.3 pontja alapján a főbiztosított adómentes jövedelme az aktuális minimálbér 30%-áig havonta és biztosítottanként. Továbbá a biztosítottnál valamennyi kiegészítő biztosítás kifizető által fizetett díja adómentes az Szja törvény 1. számú mellékletének 6.3 pontja alapján szintén az aktuális minimálbér 30%-áig havonta és biztosítottanként, tekintve, hogy azok olyan személybiztosítások díjának tekinthetők, amelyek esetében biztosítási esemény bekövetkezése nélkül vagyoni érték kivonására nincs lehetőség.

A fentiekből következően a kifizető által fizetett biztosítási díj (ideértve a főbiztosítást, illetve a kiegészítő biztosításokat is) a biztosítottnál nem minősül a Tbj. 4.§ k) 1. alpont alapján járulékalapot képező jövedelemnek, valamint a Szcho törvény IX. fejezetének 455. § (1) szerint a kifizető által fizetendő adó alapjának.

Ennek megfelelően a biztosítottat a főbiztosítás, illetve a kiegészítő biztosítások díja után nem terheli személyi jövedelemadó- és járulékfizetési kötelezettség, és a kifizetőnek sincsen szociális-vagy egészségügyi hozzájárulás-fizetési kötelezettsége.

## 3. fejezet – A szerződés módosításához fűződő adókövetkezmények

### A főbiztosítás alanyainak módosítása

Ha a szerződéskötést követően a főbiztosított (munkavállaló/ tisztségviselő/ személyesen közreműködő tag) az eredeti szerződő (kifizető) helyébe lép, önmagában a szerződőváltásnak – a szerződés egyéb feltételeinek változatlansága mellett – nincs semmilyen adójogi következménye (feltételezve a rendeltetésszerű joggyakorlást).

Ugyanakkor mivel értékesítési akció keretében kapcsolódhat a termékhez kármentességi bónusz szolgáltatás, amelyre vonatkozóan a Szja tv. III. fej. 3§.91. pontja azt fogalmazza meg, hogy:

- nem minősül vagyoni érték kivonásának az a biztosítási esemény bekövetkezése nélküli biztosítói teljesítés (így különösen a díjkedvezmény, díjengedmény, díjvisszatérítés), amelyre a díjat fizető személy jogosult,
- de vagyoni érték kivonásának minősül, ha a személybiztosítás díját más személy fizette, és a biztosítási esemény nélküli biztosítói teljesítésre a biztosítás feltételei szerint magánszemély jogosult,
- amennyiben a magánszemély erre a szerződéskötést követően egy későbbi időpontban válik jogosulttá, akkor a biztosítás a teljes tartam alatt nem minősül kockázati biztosításnak.

Ennek értelmében amennyiben a szerződőváltást követően a magánszemély igényt tart a kármentességi bónuszra, akkor a kifizető által korábban megfizetett díj egyösszegben adókötelessé válik, amely után a szerződő kifizetőnek kell az SZJA-t és az EHO-t megfizetni.

## 4. fejezet – A Biztosító által teljesített kifizetések adózása

### 1. Haláleseti szolgáltatás

#### 1.1 Adóügyi kezelése a magánszemély kedvezményezettnél

Az Szja törvény alapján a Biztosító haláleseti szolgáltatása adómentes (Szja törvény 1. számú melléklet 6.6. b) és 6.8. pontja alapján) és sem járulék- illetve szociális hozzájárulási adó fizetési-, sem egészségügyi hozzájárulás-, illetve illetékfizetési-kötelezettség nem terheli.

#### 1.2 Adóügyi kezelése és elszámolása nem magánszemély kedvezményezettnél

A Biztosító által nyújtott vagyoni érték, ha a kedvezményezett:

- számviteli törvény hatálya alá tartozó cégnél követelés-csökkenésként, az azt meghaladó összeg pénzügyi műveletek bevételeként számolandó el (2008/5 Adózási kérdés), ezáltal a különbözet része az adóalapnak, amely után társaságiadó-alanyok esetében 10/19% társasági adó, evaalanyok esetében 37% (50%) eva fizetendő (Tao törvény 19.§), Eva törvény 6.§, 9.§);
- számviteli törvény hatálya alá nem tartozó evás cégnél bevételnek minősül, ezáltal része az eva alapjának, amely után 37% (50%) eva fizetendő (Eva törvény 5-6.§);
- evás egyéni vállalkozónál nem bevétel (Eva törvény 6.§ (3) d));
- nem evás egyéni vállalkozónál bevétel (azaz az adóalap részét képezi), ha az arra jogosító biztosítás díját költségként elszámolta (Szja törvény 10. számú melléklet), ez esetben a vállalkozói adóalap után 10/19% vállalkozói személyi jövedelemadó fizetendő (Szja törvény 49/B.§);
- nem evás egyéni vállalkozónál, mint magánszemélynél keletkezett adómentes bevételt, ha a biztosítói szolgáltatásra jogosító biztosítás díját nem számolta el költségként (lásd 1.1. pont).

Ha a Biztosító által kifizetett összeget a kifizető nem adja át a magánszemélynek, akkor nem merül fel személyi jövedelemadó-, járulék-kötelezettség és más adókötelezettség. A kifizetett összeg magánszemélynek történő átadása esetén a kifizető cég/egyéni vállalkozó és a magánszemély közötti jogviszony határozza meg az adókövetkezményeket.

### 2. A biztosító szolgáltatása a kiegészítő biztosítások esetén

Az Szja törvény 1. számú mellékletének 6.6 pontja alapján a Biztosító haláleseti, baleseti és betegségbiztosítási szolgáltatása a kedvezményezett magánszemély adómentes jövedelme.

Ide tartoznak azok a kiegészítő biztosítások is, amelyek a baleset- és betegségbiztosítás alapján járó jövedelempótló szolgáltatás nyújtanak, és ezek összege (ideértve a szerződéses feltételek szerint az eltelt napok száma alapján járó napi térítésként vagy az eltelt napok száma alapján meghatározott biztosítási összeget is) a jövedelem-kiesés időszakára napi 15 ezer forintot meg nem haladja azzal, hogy az összeghatárt biztosítási szerződésenként kell vizsgálni.

A kiegészítő biztosítások a szerződési feltételek alapján nem rendelkeznek maradékjoggal.

A kiegészítő biztosítások többsége valamelyik adómentes kategóriába (haláleset, baleset, betegség) tartozik, ezen kiegészítő biztosításokból adódó szolgáltatások is adómentesek.

### 3. A kármentességi bónusz igénybevétele (amennyiben az akció keretében ez a szolgáltatás is kapcsolódik a termékhez)

#### 3.1 Adóügyi kezelése a magánszemély szerződőnél

Magánszemély szerződő esetében a Biztosító által teljesített kármentességi bónusz a magánszemély adómentes jövedelme.

#### 3.2 Adóügyi kezelése és elszámolása a nem magánszemély szerződőnél

Nem magánszemély szerződő esetében a biztosító által teljesített kármentességi bónusz a nem magánszemély bevétele.

- számviteli törvény hatálya alá tartozó cégnél az összeg pénzügyi műveletek bevételeként számolandó el (2008/5 Adózási kérdés), ezáltal az része az adóalapnak, amely után társaságiadó-alanyok esetében 10/19% társasági adó, evaalanyok esetében 37% (50%) eva fizetendő (Tao törvény 19.§), Eva törvény 5.§, 9.§);
- az adott évben fizetett biztosítási díj TAO-t csökkentő költség, majd az adott évben a szerződő cégnek kifizetett kármentességi bónusz pénzügyi műveletek bevételeként növeli a TAO alapot. Így a kettő különbsége az, ami TAO alapot befolyásoló tényező. Mivel az 5 évenként fizetett kármentességi bónusz sohasem haladja meg az adott évben befizetett díjat, így nem lehet pozitív, vagyis a TAO-t növelő az egyenleg számviteli törvény hatálya alá nem tartozó evás cégnél bevételnek minősül, ezáltal része az eva alapjának, amely után 37% (50%) eva fizetendő (Eva törvény 5-6.§);
- evás egyéni vállalkozónál, mint magánszemélynél keletkezett egyéb jövedelmet
- nem evás egyéni vállalkozónál, mint magánszemélynél keletkezett egyéb jövedelmet

Tájékoztatásunk a biztosítási piacon kínált hasonló termékstruktúrákkal kapcsolatos, a Nemzetgazdasági Minisztériumnak az általunk ismert feltételes adómegállapításokkal kapcsolatos gyakorlatára és az alábbi ismertetőnk kiadásának napján hatályos adójogszabályok, tájékoztatók rendelkezéseire épül:

- A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény (Sza törvény)
- A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (Tbj)
- A 2011. évi CLVI. törvénynek a szociális hozzájárulási adóról szóló IX. fejezete (Szocho törvény)
- A társasági adóról és az osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény (Tao törvény)
- Az egészségügyi hozzájárulásról szóló 1998. évi LXVI. törvény (Eho törvény)
- A számvitelről szóló 2000. évi C. törvény (számviteli törvény)
- Az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény (Art)
- A szakképzési hozzájárulásról és a képzés fejlesztésének támogatásáról szóló 2011. évi CLV. törvény (Szakhoz törvény)
- A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk)
- Az egyszerűsített vállalkozói adóról szóló 2002. évi XLIII. törvény (Eva törvény)
- 4222/2010./1. számú PM állásfoglalás
- 2008/5. Adózási kérdés a kifizető által munkavállaló javára kötött életbiztosítás számviteli elszámolásáról, személyi jövedelemadó-kötelezettségéről (PM Jövedelemadók főosztálya 14203/2007)

A fentiekén túlmenően a rendeltetésszerű joggyakorlás is nagyon fontos feltétele a szakvéleményünkben foglaltak alkalmazhatóságának. A törvényi szabályozás csak általános elveket fogalmaz meg a rendeltetésszerű (illetve az azzal ellentétes rendeltetésellenes) joggyakorlás ismérveiről. Az általunk ismert feltételes adómegállapítások sem rendelkeznek egzakt módon arról, hogy az egyes eseményekkel kapcsolatban (pl. tartammódosítás, szerződőváltás stb.) mikor és milyen körülmények között tekinthető a joggyakorlás rendeltetésszerűnek vagy rendeltetésellenesnek, ezért azt mindig az adott eset összes körülményeinek figyelembevételével kell elbírálni.

Ez irányadó az N7100 jelű folyamatos díjas, halálesetre szóló életbiztosítás esetében is, azaz nem tehető egyértelmű és általános kijelentés azzal kapcsolatban, hogy ezeknek az eseményeknek a kötvény szerinti konkrét megvalósulása esetén a joggyakorlás milyen feltételek mellett tekinthető rendeltetésszerűnek vagy rendeltetésellenesnek.

Véleményünk szerint döntő szempont lehet a rendeltetésszerű joggyakorlás megítélésében a szerződő és kedvezményezett személye, a kettőjük közötti szerződéses viszonyok, a biztosítási összeg, a szerződés módosítása és bekövetkeztének időpontja.

A mindenkor hatályos vonatkozó adó törvény a Biztosító honlapján ([www.viennalife.hu](http://www.viennalife.hu)) megtalálható.



# Tartalomjegyzék

Ügyféltájékoztató .....	2
Általános Személybiztosítási Feltételek .....	11
Folyamatos díjas halálesetre szóló életbiztosítás Különös feltételei (N7110) .....	34
Kockázati Kiegészítő Biztosítások Általános Feltételei .....	44
Halálesetre Szóló Kiegészítő Biztosítás .....	57
Különös Feltételei (N7111) .....	57
Baleseti Halálra Szóló Kiegészítő Biztosítás Kiemelt Térítéssel Különös Feltételei (N0114) .....	59
Baleseti Rokkantságra Szóló Kiegészítő Biztosítás Kiemelt Térítéssel Különös Feltételei (N0115) .....	61
Baleseti Keresőképtelenségre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N0116) .....	64
Baleseti Műtéti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N0121) .....	67
Műtéti Térítésre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N1111) .....	71
Kritikus Betegségekre Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N1114) .....	75
Végleges Rokkantság Esetére Szóló Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N1103) .....	80
Egyszeri Térítés Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N1112) .....	82
Járadékszolgáltatás Rokkantság Esetére Kiegészítő Biztosítás Különös Feltételei (N9113) .....	86
Dr. LIFE szolgáltatási csomag Feltételek Orvosi Call Center Szolgáltatási Feltételek .....	90
Adózási tájékoztató az N7100 folyamatos díjas, halálesetre szóló életbiztosításhoz .....	93