

**Biztosító****GB1034 JELŰ RETTEGETT BETEGSÉGEK ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS  
KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.§ Általános rendelkezések**

(1) A GB1034 jelű Rettegett betegségek esetére szóló kiegészítő egészség-biztosítás (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen különös feltételek és a Groupama Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei (továbbiakban: Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek) alapján jön létre a Groupama Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.

(2) Amennyiben jelen különös feltételek valamely rendelkezése eltér a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadók.

(3) A jelen különös feltételek szerint létrejövő egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen különös feltételekben meghatározottak szerinti megbetegedése, súlyos égési sérülése, vaksága (biztosítási esemény bekövetkezése) esetén az itt meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget (összeg-biztosítás).

**2.§ A szerződés létrejötte és tartama**

(1) A kiegészítő biztosítás a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2.§-ában foglaltak szerint jön létre. A szerződés megkötését a szerződő ajánlattal kezdeményezi.

(2) A kiegészítő biztosítási szerződés csak akkor köthető meg, ha a szerződő a biztosító rendelkezései szerint szerződője a biztosító által meghatározott életbiztosítási szerződésnek (továbbiakban: főbiztosítás).

(3) A kiegészítő biztosítás a főbiztosítással egyidejűleg vagy a főbiztosítás biztosítási díjfordulóján köthető meg.

(4) A kiegészítő biztosítás tartama a főbiztosítás tartamának végéig tart, de legfeljebb addig az évig, amikor a biztosított 65. életévét betölti. A szerződés legalább 5 éves tartamra jöhet létre. A biztosítási szerződés lejáratának napja a tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

**3.§ Fogalmak**

Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) **Kezdeti biztosítási összeg:** A szerződő által az ajánlattételkor választott, a biztosítási kötvényen feltüntetett összeg.

(2) **Aktuális biztosítási összeg:** A biztosítási esemény bekövetkezésekor rendelkezésre álló, az indexálás során megnövelt kezdeti biztosítási összeg.

(3) **Kiskorú gyermek:** A biztosított gyermeke, akinek életkora a biztosítási esemény bekövetkezésekor nem haladja meg a 18. életévét.

**4.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete**

A kiegészítő biztosítás esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a főbiztosítással egyidejűleg történő kötés esetén az ajánlat biztosító vagy alkusz részére történt átadását követő nap, a főbiztosítás tartama alatt történő kötés esetén az ajánlat átadását követő díjfizetési időszak első napja.

**5.§ Kockázatelbírálás, egészségügyi kockázatfelmérés**

(1) A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt szabályozáson túl jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele lehet a biztosított írásban tett egészségi nyilatkozata.

(2) Ajánlattételkor a már meglévő betegség, rokkantság, egészségkárosodás megfelelő dokumentálásának kötelezettsége az ajánlattevőt terheli.

(3) Ajánlattételkor a már meglévő betegség vonatkozásában a biztosító további orvosi vizsgálatot, véleményt kérhet, ez lehet: kezelőorvosi dokumentáció, vizsgálati eredmények, orvosszakértői véleményezések.

(4) Az egészségügyi kockázatfelmérés során a biztosító kötelező orvosi vizsgálatot is előírhat, melynek költsége a biztosítót terheli.

**6.§ A biztosítási szerződés alanyai**

(1) **Szerződő:** A kiegészítő biztosítás szerződője azonos a főbiztosítás szerződőjével.

(2) **Biztosított:** Az az ajánlattételkor 16–60 év közötti természetes személy, akit az ajánlatban a szerződő biztosítottként nevezett meg, és aki a szerződés megkötésekor biztosítható volt.

A 8.§ (12) pontjában meghatározott biztosítási események vonatkozásában a biztosított személy kiskorú gyermeke is biztosítottként minősül. A biztosító gyermekbiztosítási szolgáltatásának feltétele, hogy a szolgáltatási kötelezettség alapjául szolgáló biztosítási esemény a gyermek kiskorúsága idején következzen be.

(3) **Kedvezményezett:** Az a személy, aki a jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás szerint a biztosító szolgáltatására jogosult.

**7.§ Biztosítási esemény**

A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnál a biztosítás tartamán belül:

- rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása;
- szívroham diagnosztizálása;
- szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét végrehajtása;
- stroke (maradandó agykárosodások) diagnosztizálása;
- veseelégtelenség diagnosztizálása;
- létfontosságú szerv átültetése;
- vakság diagnosztizálása;
- súlyos égési sérülés diagnosztizálása;
- az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálása;
- szklerosis multiplex diagnosztizálása;
- vértranszfúzióból származó HIV fertőzés vagy AIDS betegség diagnosztizálása;
- a 8.§ (12) pontja alatt felsorolt gyermekbetegségek diagnosztizálása, illetve események bekövetkezése,

amennyiben a szóban forgó diagnosztizálás, műtét a biztosítás tartamán belül ténylegesen megtörtént a biztosítottnál, és a diagnózist a biztosított 28 nappal túlélte.

**8.§ A betegségek meghatározása**

Jelen különös feltételek alkalmazása szerint a betegségek meghatározása a biztosítási védelem szempontjából a következő:

(1) **Rák:** Egy vagy több rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, beleértve a leukémiát (a krónikus lymfocitás leukémián kívül), a nyirokmirigyekből kiinduló rosszindulatú daganatokat (lymfómák) és a Hodgkin betegséget is, amelyeket a rosszindulatú sejtek ellenőrizhetetlen növekedése és áttételei, valamint az egészséges szövetekre történő ráterjedése és azok megsemmisítése jellemeznek. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia.

**Jelen kiegészítő biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:**

- a. A rák rosszindulatú elváltozásait in situ mutató daganatokra (beleértve a CIN-1, CIN-2, CIN-3 típusú cervicális dysplasiát is), vagy amelyeket szövettanilag rosszindulatúvá válása előtti állapotúnak írtak le.
- b. Melanomákra, amelyek a szövettani vizsgálat szerint kevesebb mint 1,5 mm vastagságúak, vagy amelyek ráterjedése a „Clark Level 3” mélységet nem éri el.
- c. A bőr valamennyi fokozott elszarusodásával járó állapotára, illetve basalsejtes rákjára.
- d. A bőr valamennyi pikkelysejt karcinómájára, hacsak nem más szervekre is áttért.
- e. Kaposi szarkómára és a HIV fertőzéshez, illetve az AIDS-hez kapcsolódó egyéb daganatokra.
- f. prosztatára, melyet szövettanilag TNM klasszifikáció T 1-ként írtak le (beleértve a T 1 (a) vagy T 1 (b), vagy ennek megfelelő, vagy más alacsonyabb klasszifikációt is).

(2) **Szívroham:** A szívizom egy részének elhalását jelenti, annak eredményeként, hogy nem megfelelő a kérdéses terület vérellátása, és mindezt tipikus mellkasi fájdalom, új EKG elváltozások és a megemelkedett szívizom értékek szintje bizonyítja.

(3) **Szívkoszorúér megkerülő műtétei (by-pass):** A szívkoszorúér by-pass beültetés azt jelenti, hogy szívsebész szakorvos tanácsára aktuális by-pass műtétet hajtanak végre, hogy a koszorúerek elzáródását vagy szűkületét korrigálják. Nem minősülnek by-pass műtétnek az olyan nem műtéti technikák, mint például az érplasztika, a lézeres kezelés vagy nem sebészeti eljárások.

(4) **Stroke (maradandó agykárosodások):** Olyan agyi érrendszeri történekek, amelyek 24 óránál hosszabb ideg tartó neurológiai következményekkel járnak, beleértve az agyszövetek infarktuszát, az agyvérzést és az agyembóliát koponyán kívüli forrásból. A tartós idegrendszeri károsodást egy neurológusnak kell megerősítenie legkorábban 6 héttel az esemény után, ennél korábbi kárigény nem fogadható el. Ki vannak zárva olyan agyi tünetek, mint például a migrén, traumából vagy a csökkent oxigéntartalomtól származó agyi sérülés, a szemet vagy a látóideget érintő érrendszeri betegségek, az egyensúlyi rendszer vérellátási rendellenességei.

(5) **Veseelégtelenség:** A vesék működésének krónikus visszafordíthatatlan leállítását jelentő betegség utolsó szakasza, amelynek eredményeként rendszeres dialízist végeznek vagy veseátültetést hajtanak végre.

(6) **Alapvető szerv átültetése:** A paciensenél tényleges szív (teljes szív), tüdő, máj, vese hasnyálmirigy (csak a Langerhans szigetsejtek transzplantációja nem) vagy csontvelő átültetést hajtanak végre.

(7) **Vakság:** Mindkét szem látásának teljes, klinikailag igazolt, visszavonhatatlan elvesztése akut betegség vagy baleset eredményeként. A vakságot szemészorvosnak kell diagnosztizálnia.

(8) **Súlyos égési sérülés:** Harmadfokú égési sérülés, amely a testfelszín legalább 20%-át érinti, ahogyan ezt az ún. „9-es szabály” vagy a „Lund and Browder Body Surface Chart” által mérik.

(9) **Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség (hosszútávú gondoskodás):** Ez a feltétel azt jelenti, hogy a biztosított személy betegsége vagy baleset miatt teljesen és visszavonhatatlanul képtelenné vált arra, hogy más személy nélkül elvégezzen az alábbi 6 kategóriából legalább 4 tevékenységet.

- a. **Személyi higiénia:** A személyes tisztaság fenntartásához szükséges mértékű mosdás, fürdés.
- b. **Öltözködés:** Az összes szükséges ruhadarab fel-, illetve levétele.
- c. **Mozgás:** Egyik szobából a másikba való mozgás, leülés, felállás ágyról vagy székről.
- d. **Evés, ivás:** Az elkészített étel, ital elfogyasztása.
- e. **WC használat:** A WC-re való leülés, onnan való felállás és a személyes higiénia biztosítása.
- f. **Kontinencia:** A vizelet és széklet ürítési funkciók önkontrollja.

(10) **Szklerosis multiplex:** Kórházban dolgozó neurológus szakorvos által diagnosztizált egyértelmű szklerosis multiplex a demielinizáció, a persistáló neurológiai rendellenességekre és a funkciók leromlásának tipikus tüneteivel. A diagnózis megerősítését neurológiai vizsgálatokra alapozzák (pl. lumbalpunkció, látási, hallási reakciók mérése, központi idegrendszeri MRI).

(11) **Vértranszfúzióból származó HIV fertőzés vagy AIDS betegség:**

A biztosított személy HIV fertőzött vagy AIDS beteg, ha:

- a. a fertőzés/betegség olyan transzfúciónak tulajdonítható, melyet az illető jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötése után kapott;
- b. a transzfúziót végző intézmény elismeri a felelősséget;
- c. a fertőzött/megbetegedett biztosított személy nem hemofilias;
- d. életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

(12) **Gyermekbiztosítás:** A jelen biztosítás kiterjed arra az esetre, ha a biztosított kiskorú gyermekénél a biztosítás megkötése után, a biztosítás tartama alatt az alábbi betegségek valamelyikét diagnosztizálják, illetve alábbi események bekövetkeznek:

- a. vakság;
- b. alapvető szerv átültetése;
- c. szklerosis multiplex;
- d. HIV fertőzés vérátömlesztés miatt;
- e. rák;
- f. by-pass műtét;
- g. szívroham;
- h. stroke (maradandó agykárosodások);
- i. veseelégtelenség;
- j. súlyos égési sérülés.

## 9.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen különös feltételek alapján a 7.§ a-k. pontjaiban felsorolt biztosítási események esetén az aktuális biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezettek részére.

(2) A biztosító egy szerződés esetén a 7.§ a-k. pontjaiban meghatározott események bekövetkezésekor biztosítottanként csak egy esemény vonatkozásában nyújt szolgáltatást. Több betegség együttes diagnosztizálásakor vagy a biztosítási eseményt követő újabb betegség diagnosztizálásakor is csak egy esemény vonatkozásában nyújt a biztosító szolgáltatást.

(3) A 8.§ (12) pontjában meghatározott, a biztosított kiskorú gyermekével kapcsolatban történt biztosítási esemény bekövetkezése esetén kiskorú gyermekenként egy alkalommal, az aktuális biztosítási összeg egyharmada vagy 1 millió Ft közül az alacsonyabb összeg kerül kifizetésre a kedvezményezettnek. Gyermekbiztosításból eredő kárigény esetén jelen kiegészítő biztosítás változatlan feltételekkel hatályban marad.

(4) Ha a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási tartam lejártáig a jelen különös feltételekben meghatározott biztosítási esemény nem következik be, akkor jelen kiegészítő biztosítás a biztosítási tartam lejáratáig kifizetés nélkül megszűnik.

## 10.§ A biztosítási díj

(1) Jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás folyamatos díjas lehet.

(2) A biztosítás díja a szerződő választása szerint havonta, negyedévente, félévente vagy évente esedékes. A díjfizetés gyakorisága és módja nem térhet el a főbiztosításnál választott díjfizetési gyakoriságtól és módtól.

(3) A szerződő az első vállalt biztosítási díjat az ajánlat átadásakor, a folytatólagos díjat minden ezt követő, díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakra az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

## 11.§ Értékkövetés

(1) Jelen kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztató a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az ahhoz kapcsolódó ügyféltájékoztatóval azonosan történik.

(2) Jelen feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítás csak akkor indexálható, ha a szerződő a főbiztosításnál is vállalta a magasabb díj fizetését.

## 12.§ A biztosító teljesítése

A biztosítási eseményt a biztosítóhoz a szolgáltatás iránti igénnyel együtt a bekövetkezéstől számított 30 napon belül be kell jelenteni.

A biztosító a jelen különös feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosításra benyújtott szolgáltatási igényeket a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeknek 17.§ (4) pontjában felsoroltakon kívül az alábbi dokumentumok benyújtása esetén fogadja el. A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvosszakértője bírálja el. A betegség bekövetkezése időpontjának megítélése szempontjából – amennyiben az a biztosított által a szolgáltatási igény elbírálásakor benyújtott dokumentumok alapján nem állapítható meg – a biztosító orvosának szakvéleménye az irányadó.

(1) Rosszindulatú daganatos (rák) megbetegedés diagnosztizálása mint biztosítási esemény bekövetkezését a megfelelő kórszövetteni vizsgálat eredménye alapján állapítja meg a biztosító.

(2) Szívroham (infarctus) mint biztosítási esemény bekövetkezését a biztosító a következők szerint állapítja meg:

- a. a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
  - b. az infarctusra jellemző EKG eltérések megléte;
  - c. a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.
- A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarctus biztosítási esemény alapján benyújtott szolgáltatási igény elbírálásához.

(3) Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtéti leírás vagy annak kivonata szükséges.

(4) Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 6 hét múlva a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik annak biztosítási eseményként történő elfogadása.

(5) Veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésre vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialysis igazolásával kerül elfogadásra.

(6) Létfonosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.

(7) Vakságot, amely betegség vagy baleset miatt következett be, szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.

(8) Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.

(9) Az ún. „4 mindennapi cselekmény” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásnak elfogadása a biztosító által megbízott orvosszakértő vizsgálata alapján történik.

(10) Szklerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórlefelvétel, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.

(11) Vértranszfúzióból származó HIV fertőzés vagy AIDS betegség diagnosztizálásának elfogadása a HIV vírus fertőzés laboratóriumi diagnosztizálásán, illetve a szerzett immunhiányos szindróma (AIDS) klinikai laboratóriu-

mi eltérések dokumentálásán alapul, feltéve, hogy a 8.§ (11) pontjában felsorolt feltételek fennállnak.

(12) A 8.§ (12) pontjában felsorolt gyermekbetegségek diagnosztizálása, illetve az események bekövetkezésének igazolása megegyezik a biztosítottnál alkalmazott eljárással.

(13) Amennyiben a rettegett betegség kialakulásában baleset játszott közre, akkor a baleset körülményeivel kapcsolatos valamennyi vizsgálati eredmény, beleértve a hatósági és igazságügyi orvosszakértői vizsgálati eredményeit.

### 13.§ Kizárt kockázatok

(1) A gyermekbiztosítás esetén nem lehet szolgáltatás iránti igénnyel élni – a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt kizárási okokon túl – a gyermek javára olyan biztosítási esemény miatt, amely egy korábban már meglévő egészségkárosodásból, betegségből, sérülésből közvetve vagy közvetlenül származik.

(2) A korábban meglévő egészségkárosodás, betegség, sérülés az, amely a gyermeknél jelen biztosítási szerződés létrejötte előtt is fennállt (ennek akár vannak tünetei, akár nincsenek).

### 14.§ A szerződés megszűnésének esetei

A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg;
- ha a főbiztosítás díjmentessé válik, akkor a a díjmentessé válás napján;
- a biztosított halála esetén a biztosított halála napján;
- a biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító szolgáltatásának teljesítésével, kivéve a 8.§ (12) pont esetét;
- annak a biztosítási évnél a végén, amelynek során a biztosított a 65. életévét betölti;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek a 2.§ (9)-(10) pontokban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek a 2.§ (11) pontban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 4.§ (2) pontban feltüntetett esetben;
- a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal.

### 15.§ Egyéb rendelkezések

A biztosító mentesülésének, a biztosító szolgáltatása korlátozásának feltételeit és a biztosítási szerződésben alkalmazott kizáráásokat a szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, félkövér betűtípussal tartalmazza.