



AEGON

CSOPORTOS

BIZTOSÍTÁSOK

FÜGGELÉK

Speciális Feltételek

Kockázati életbiztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halála.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a halál időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- halotti anyakönyvi kivonat,
- a halál okát igazoló dokumentum,
- a haláleset utáni orvosi jelentés,
- szükség szerint a halált megelőző orvosi kezelések iratai.

4. A jelen életbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Baleseti halál esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 1 éven belül meghal. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben és Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Biztosító szolgáltatása nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- halotti anyakönyvi kivonat,
- a halál baleseti eredetét igazoló orvosi bizonyítvány.

5. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Közlekedési baleseti eredetű halál esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű közlekedési balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 1 éven belül meghal.*

*Jelen biztosítási feltétel szerint **közlekedési baleset** a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként elszenvedett szárazföldi közúti balesete. Járműnek tekinthető jelen biztosítás szempontjából a KRESZ-ben ekként meghatározott közlekedési eszköz.*

***Nem minősül közlekedési balesetnek** a gyalogost, vagy utast érő olyan baleset, amelynek következtében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a közlekedési baleset időpontjában, az aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a közlekedési balesetet a Kedvezményezett szándékos, illetve a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- rendőrségi jegyzőkönyv,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyv,
- a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
- a halál baleseti eredetét igazoló orvosi bizonyítvány,
- halotti anyakönyvi kivonat.

5. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még életében a Biztosítóhoz bejelentett és a Biztosító által megállapított maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	100%
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a biztosított a *Biztosítotti Nyilatkozatban* nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvos-szakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a baleseti eredetű egészségkárosodás mértékének megállapítása független más orvos-szakértői testület döntésétől.

4. A baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
5. A Biztosító szolgáltatásait a táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kerül megállapításra.
6. A baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy biztosítottra vonatkozóan a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
7. A Biztosító szolgáltatása nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta. A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha
 - a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
8. **A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
 - a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások.
9. **A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló progresszív szolgáltatást nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még életében a Biztosítóhoz bejelentett és a Biztosító által megállapított maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg alapján progresszív szolgáltatást nyújt. A Biztosító a progresszív szolgáltatás mértékét a 3. és a 4. pont alapján határozza meg.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	100%
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a Biztosított a *Biztosítotti Nyilatkozatban* nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvos szakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a baleseti eredetű egészségkárosodás mértékének megállapítása független más biztosító, szakértő, vagy orvos szakértői testület döntésétől.

4. A Biztosító a 26% alatti maradandó egészségkárosodás esetén az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki.

Egészségkárosodás foka	Térítés százaléka
26%	27%
27%	29%
28%	31%
29%	33%
30%	35%
31%	37%
32%	39%
33%	41%
34%	43%
35%	45%
36%	47%
37%	49%
38%	51%
39%	53%
40%	55%
41%	57%
42%	59%
43%	61%
44%	63%
45%	65%
46%	67%
47%	69%
48%	71%
49%	73%
50%	75%
51%	78%
52%	81%
53%	84%

Egészségkárosodás foka	Térítés százaléka
54%	87%
55%	90%
56%	93%
57%	96%
58%	99%
59%	102%
60%	105%
61%	108%
62%	111%
63%	114%
64%	117%
65%	120%
66%	123%
67%	126%
68%	129%
69%	132%
70%	135%
71%	138%
72%	141%
73%	144%
74%	147%
75%	150%
76%	153%
77%	156%
78%	159%
79%	162%
80%	165%
81%	168%

82%	171%
83%	174%
84%	177%
85%	180%
86%	183%
87%	186%
88%	189%
89%	192%
90%	195%
91%	198%

92%	201%
93%	204%
94%	207%
95%	210%
96%	213%
97%	216%
98%	219%
99%	222%
100%	225%

5. A baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
6. A Biztosító szolgáltatásait a 3. pontban szereplő táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kerül megállapításra.
7. A baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy biztosítottra vonatkozóan a rokkantság mértéke nem haladhatja meg a 100 %-ot, így a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 225%-ot, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
8. **A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha az a Biztosított
- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
9. **A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
- a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
 - üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.

Közlekedési baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még a Biztosított életében a Biztosítóhoz bejelentett – és a Biztosító által megállapított – maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó közlekedési balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved.*

*Jelen biztosítási feltétel szerint **közlekedési baleset** a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként elszenvedett szárazföldi, közúti balesete. Járműnek tekinthető jelen biztosítás szempontjából a KRESZ-ben ekként meghatározott közlekedési eszköz.*

***Nem minősül közlekedési balesetnek** a gyalogost vagy utast érő olyan baleset, amelynek következtében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	100%
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a Biztosított a *Biztosítotti Nyilatkozatban* nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosszakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a közlekedési balesetből eredő egészségkárosodás mértékének megállapítása független más biztosító, szakértő vagy orvosszakértői testület döntésétől.

4. A közlekedési baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
5. A Biztosító szolgáltatásait a 3. pontban szereplő táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a közlekedési baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a közlekedési baleset után kerülhet megállapításra.
6. A közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy biztosítottra vonatkozóan a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeg 100%-át, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
7. **A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a közlekedési balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.
A közlekedési baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha
 - a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a Biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - c) az a Biztosított kábító, illetve bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
8. **A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
 - a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
 - rendőrségi jegyzőkönyv,
 - üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.
9. **A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Közlekedési baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló progresszív szolgáltatást nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még életében a Biztosítóhoz bejelentett és a Biztosító által megállapított maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó balesete.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved.*

*Jelen biztosítási feltétel szerint **közlekedési baleset** a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként elszenvedett szárazföldi, közúti balesete. Járműnek tekinthető jelen biztosítás szempontjából a KRESZ-ben ekként meghatározott közlekedési eszköz.*

***Nem minősül közlekedési balesetnek** a gyalogost vagy utast érő olyan baleset, amelynek következtében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg alapján progresszív szolgáltatást nyújt. A Biztosító a progresszív szolgáltatás mértékét a 3. és a 4. pont alapján határozza meg.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	100%
mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése	90%
mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
egyik comb elvesztése	80%
egyik felkar elvesztése	80%
egyik lábszár elvesztése	70%
egyik alkar elvesztése	70%
beszélőképesség teljes elvesztése	70%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%

egyik szem látóképességének teljes elvesztése **35%**

egyik fül hallóképességének teljes elvesztése **25%**

Ha a Biztosított a *Biztosítotti Nyilatkozatban* nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvos szakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a baleseti eredetű egészségkárosodás mértékének megállapítása független más biztosító, szakértő, vagy orvos szakértői testület döntésétől.

- 4.** A Biztosító a 26% alatti maradandó egészségkárosodás esetén az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki.

Egészségkárosodás foka	Térítés százaléka
26%	27%
27%	29%
28%	31%
29%	33%
30%	35%
31%	37%
32%	39%
33%	41%
34%	43%
35%	45%
36%	47%
37%	49%
38%	51%
39%	53%
40%	55%
41%	57%
42%	59%
43%	61%
44%	63%
45%	65%
46%	67%
47%	69%
48%	71%
49%	73%
50%	75%
51%	78%

Egészségkárosodás foka	Térítés százaléka
54%	87%
55%	90%
56%	93%
57%	96%
58%	99%
59%	102%
60%	105%
61%	108%
62%	111%
63%	114%
64%	117%
65%	120%
66%	123%
67%	126%
68%	129%
69%	132%
70%	135%
71%	138%
72%	141%
73%	144%
74%	147%
75%	150%
76%	153%
77%	156%
78%	159%
79%	162%

52%	81%
53%	84%
82%	171%
83%	174%
84%	177%
85%	180%
86%	183%
87%	186%
88%	189%
89%	192%
90%	195%
91%	198%

80%	165%
81%	168%
92%	201%
93%	204%
94%	207%
95%	210%
96%	213%
97%	216%
98%	219%
99%	222%
100%	225%

5. A baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
6. A Biztosító szolgáltatásait a 3. pontban szereplő táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kerül megállapításra.
7. A baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy biztosítottra vonatkozóan a rokkantság mértéke nem haladhatja meg a 100 %-ot, így a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 225%-ot, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
8. **A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha az a Biztosított
- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
9. **A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**
- a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
 - üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.
10. **A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében csonttörést, illetve csontrepedést szenved.

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított csonttörést, illetve csontrepedés szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. Ugyanazon balesetből kifolyólag a biztosítási összeg csak egyszeresen kerül kifizetésre, függetlenül attól, hogy az adott baleset egy vagy több testrészen okozott sérülést.

4. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységét megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- csonttörést vagy csontrepedést dokumentáló orvosi igazolások.

6. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló progresszív térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében csonttörést, illetve csontrepedést szenved.

Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából baleset a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított 3 hónapon belül megállapíthatóan, de még a tartam alatt, csonttörést illetve csontrepedést szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.

Jelen feltételek szempontjából a fogtörés és a veleszületett, ill. időskori csontrendszeri rendellenességből (oszteoporózis, stb.) származó csonttörés nem minősül biztosítási eseménynek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százalékát fizeti ki.

	Egyszerű törések *	Végtag törések **	Egyéb kiemelt testtájéki törések ***
Csontrepedés (fissura)	10%	20%	25%
Csonttörés (fractura)	15 %	35 %	50%
Súlyos csonttörés (nyílt, darabos, sorozattörés)	20 %	70 %	100%

* egyszerű törések: kézujj, lábujj, borda, szegycsont, orrcsont-törés

** végtagtörések:

felsővégtag: kulcscsont, lapocka, felkarcsont, alkarcsontok, kéztőcsontok, kézközépcsontok

alsóvégtag: csípőízület (ízüvapa), combnyak, combcsont, térdkalács, lábszárcsontok, lábtőcsontok, lábközépcsontok

***egyéb kiemelt testtájéki törések: koponyacsontok (kivéve orrcsont), gerinc, keresztcsont, medencecsont

Ha a Biztosított **ugyanazon biztosítási esemény következtében** ugyanazon testrészben különböző súlyosságú csonttörést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatásának mértékét a legsúlyosabb csonttörés figyelembevételével állapítja meg.

Amennyiben **ugyanazon biztosítási esemény kapcsán** több testrész sérül, úgy a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészek alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de a Biztosító által az együttesen kifizethető szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a biztosítási összeg kétszeresét.

Vitás esetekben a csonttörés mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.

3. **A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a Biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- A csonttörést vagy csontrepedést dokumentáló orvosi igazolások,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.

5. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

TB I-II fokú rokkantság esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező egészségkárosodása, amelynek következtében I. vagy II. rokkantsági csoportba kerül, melyet a Biztosító az illetékes magyar társadalombiztosítási szerv jogerőre emelkedett, rokkantsági nyugdíjat megállapító határozata alapján fogad el – feltéve, hogy a Biztosított a határozat kiadásának és a biztosítóhoz történt bejelentés napján is életben van. **A biztosítási esemény időpontja a határozat kiadásának napja.**

A Biztosítónak joga van a határozatban megállapított rokkantság felülbírálására. TB I-II rokkantság alapján egy biztosított csak egy alkalommal jogosult szolgáltatásra.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a határozat kiadásának napján aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki. A Biztosító a várakozási idő alkalmazásától eltekint abban az esetben, ha a biztosítás az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálatral jött létre.**

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- rokkantsági nyugdíjat megállapító jogerős társadalombiztosítási határozat.

5. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

TB I-II-III fokú rokkantság esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak, a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselés hatálya alatt bekövetkező egészségkárosodása, amelynek következtében I., II., vagy III. rokkantsági csoportba kerül, melyet a Biztosító az illetékes magyar társadalombiztosítási szerv jogerőre emelkedett, rokkantsági nyugdíjat megállapító határozata alapján fogad el – feltéve, hogy a Biztosított a határozat és a biztosítóhoz történt bejelentés napján is életben van. **A biztosítási esemény időpontja a határozat kiadásának napja.**

A Biztosítónak joga van a határozatban megállapított rokkantság felülbírálására.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozó – a határozat kiadásának napján aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott – biztosítási összegnek az alábbiakban meghatározott százalékát fizeti ki:

A biztosított rokkantsági nyugdíjat eredményező egészségkárosodása esetén, ha a biztosított a jelenlegi vagy az egészségkárosodását megelőző munkakörében, illetve a képzettségének megfelelő más munkakörben való foglalkoztatásra rehabilitáció nélkül nem alkalmas, azonban a rehabilitációs szakértői szerv szakvéleménye alapján **rehabilitációja nem javasolt – a Biztosító a biztosítási összeg 100%-át kifizeti** a kedvezményezett részére.

A biztosított 50-79%-os egészségkárosodása esetén, ha a biztosított a jelenlegi vagy az egészségkárosodását megelőző munkakörében, illetve a képzettségének megfelelő más munkakörben való foglalkoztatásra rehabilitáció nélkül nem alkalmas, és a rehabilitációs szakértői szerv a szakvélemény alapján **rehabilitációra javasolja – a Biztosító a biztosítási összeg 50%-át fizeti ki** a kedvezményezett részére.

3. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki. A Biztosító a várakozási idő alkalmazásától eltekint abban az esetben, ha a biztosítás az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre.

4. **A biztosítási összeg – egyazon biztosított esetében, egyazon biztosítótól – a biztosított élete során egyszer kerülhet kifizetésre,** függetlenül attól, hogy milyen rokkantsági fokozat szerint történt a szolgáltatás.

5. **A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:**

- a teljes vagy részleges rokkantsági nyugdíjat megállapító jogerős társadalombiztosítási határozat,
- a rehabilitációval kapcsolatos javaslatra vonatkozó jogerős társadalombiztosítási határozat.

6. **A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Balesetből eredő keresőképtelenség esetére szóló, napi térítést nyújtó, jövedelemkiegészítő biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó és jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a Biztosítottnak a Mellékletben meghatározott tartamot elérő vagy azt meghaladó, orvosi szempontból indokolt folyamatos keresőképtelenségét idézi elő.

*Jelen biztosítás szempontjából **keresőképtelen** az, aki 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 az arra érvényes jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.*

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesettől számított 3 hónapon belül keresőképtelenné válik, orvosi kezelésre vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, **foglalkozási betegség (ártalom)**, fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a keresőképtelenség – jelen és a Mellékletben meghatározott feltételek szerinti – minden napjára kifizeti a baleset időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget.

Amennyiben a keresőképtelenség tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő keresőképtelenségi napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

3. A Biztosító egy biztosítási évben egy biztosított vonatkozásában legfeljebb összesen az aktuális Mellékletben meghatározott keresőképtelenségi napra nyújt térítést. Amennyiben az adott naptári évben a Biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a Mellékletben meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A keresőképtelenség napjainak számlálásánál a keresőképtelenség minden naptári napja egész napnak számít, így a keresőképtelenségre való felvétel és elbocsátás napja is.

4. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlan magatartás által* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- a Szerződő igazolása a betegszabadság, illetve táppénz egy napra eső összegéről és tartamáról,
- a keresőképtelenség tényét és tartamát igazoló, érvényesen kitöltött, az OEP által rendszeresített "Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről", illetve "Orvosi igazolás" a keresőképtelenség meghosszabbításáról nyomtatvány(ok) vagy azoknak hiteles másolata,
- a keresőképtelenséget megállapító orvos igazolása a keresőképtelenség baleseti eredetéről, konkrétan megnevezett okáról, a keresőképtelenséget okozó baleset időpontjáról,
- szükség esetén a keresőképtelenséget megelőző egészségi állapotra, illetve betegségekre vonatkozó orvosi igazolások,

Kórházi ápolás esetén:

- "Igazolvány" a kórházi ápolás időtartamáról,
- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja.
- a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását.

6. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Baleseti eredetű keresőképtelenség esetére szóló, egyösszegű térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó és jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a Biztosítottnak a Mellékletben meghatározott tartamot elérő vagy azt meghaladó, orvosi szempontból indokolt folyamatos keresőképtelenségét idézi elő.

Jelen biztosítás szempontjából keresőképtelen az, aki 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 az arra érvényes jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.

Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából baleset a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesettől számított 3 hónapon belül keresőképtelenné válik, orvosi kezelésre vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító – jelen és a Mellékletben meghatározott feltételek szerinti – a baleset időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

Amennyiben a keresőképtelenség tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő keresőképtelenségi időre- és eseményekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

3. Ugyanazon balesettel összefüggésben szükségessé váló, egymást megszakítással követő keresőképtelenségek esetén a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeg legfeljebb egyszer kerülhet kifizetésre.

4. A baleset előtt már fennállott megbetegedéssel, egészségkárosodással összefüggő keresőképtelen állapotra a Biztosítónak térítési kötelezettsége nincs.

5. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül súlyosan gondatlanul okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

6. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- a Szerződő igazolása a betegszabadság, illetve táppénz egy napra eső összegéről és tartamáról,

- a keresőképtelenség tényét és tartamát igazoló, érvényesen kitöltött, az OEP által rendszeresített “Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről”, illetve “Orvosi igazolás” a keresőképtelenség meghosszabbításáról nyomtatvány(ok) vagy azoknak hiteles másolata,
- a keresőképtelenséget megállapító orvos igazolása a keresőképtelenség baleseti eredetéről, konkrétan megnevezett okáról, a keresőképtelenséget okozó baleset időpontjáról,
- szükség esetén a Biztosító által bekért egyéb, a keresőképtelenséget megelőző egészségi állapotra, illetve betegségekre vonatkozó orvosi igazolások,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet,

Kórházi ápolás esetén:

- “Igazolvány” a kórházi ápolás időtartamáról,
- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja.

7. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Keresőképtelenség esetére szóló, napi térítést nyújtó, jövedelemkiegészítő biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó és jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt megkezdődő és tartó, a Mellékletben meghatározott tartamot elérő vagy azt meghaladó folyamatos keresőképtelensége.

***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.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a keresőképtelenség – jelen és a Mellékletben meghatározott feltételek szerinti – minden napjára kifizeti a keresőképtelenség kezdetekor aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget.

Amennyiben a keresőképtelenség tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő keresőképtelenségi napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

3. A Biztosító **egy biztosítási évben** egy biztosított vonatkozásában **legfeljebb összesen az aktuális Mellékletben meghatározott keresőképtelenségi napra** nyújt térítést. Amennyiben az adott naptári évben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a Mellékletben meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A biztosítási esemény napjainak számlálásánál a biztosítási esemény minden naptári napja egész napnak számít, így a keresőképtelenségre való felvétel és elbocsátás napja is.

4. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetektől eredő biztosítási eseményre terjed ki.

5. Nem biztosítási esemény

- a) a Biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő keresőképtelenség,
- b) az adott biztosított vonatkozásában az olyan keresőképtelenség, amely a kockázatviselés kezdetét megelőző 2 évben már fennálló vagy fellépő betegségének, sérülésének, egészségkárosodásának következménye,
- c) a mesterséges megtermékenyítés és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi kezelés miatti keresőképtelenség,
- d) a terhességgel, művi terhesség megszakítással és szüléssel, valamint gyermekápolással kapcsolatos keresőképtelenség,
- e) a kozmetikai és plasztikai műtét miatt bekövetkező keresőképtelenség, kivéve, ha az a biztosítás tartama alatt bekövetkezett baleset vagy betegség következtében fellépő szövetelváltozások rekonstrukciós célú helyreállítására irányul,
- f) a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek, illetve a pszichoterápiás gyógykezelés miatti keresőképtelenség,

- g) az alkohol-elvonókúra, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelésből eredő keresőképtelenség.

6. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet vagy betegséget a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset, egészségromlás, illetve betegség akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

7. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/4. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- a Szerződő igazolása a betegszabadság, illetve táppénz egy napra eső összegéről és tartamáról,
- a keresőképtelenség tényét és tartamát igazoló, érvényesen kitöltött, az OEP által rendszeresített "Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről", illetve "Orvosi igazolás" a keresőképtelenség meghosszabbításáról nyomtatvány vagy annak hiteles másolata,
- a keresőképtelenséget megállapító orvos igazolása a keresőképtelenség konkrétan megnevezett okáról, továbbá
- szükség esetén a Biztosító által bekért egyéb, a keresőképtelenséget megelőző egészségi állapotra, illetve betegségekre vonatkozó orvosi igazolások.

Kórházi ápolás esetén:

- "Igazolvány" a kórházi ápolás időtartamáról,
- kórházi zárójelentés,
- a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását.

Baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a Biztosítottnak a Mellékletben meghatározott tartamot elérő, illetve azt meghaladó, folyamatos kórházi ápolást idézi elő. A tartam választható, ennek rögzítésére a *Mellékletben* kerül sor.

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében 2 éven belül a Biztosított fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul, melyet zárójelentéssel igazol. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget minden kórházi ápolási napra kifizeti.

Amennyiben a Biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át téríti.

Amennyiben a kórházi ápolás tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő kórházi ápolási napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

3. A Biztosító **egy biztosítási évben** egy biztosított vonatkozásában **legfeljebb összesen az aktuális Mellékletben meghatározott kórházi napokra** nyújt térítést. Amennyiben az adott naptári évben a Biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a Mellékletben meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A biztosítási eseményből következő kórházi ápolás napjainak számlálásánál az ápolás minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás is.

4. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartson fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben, szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

5. A Szerződés alkalmazása szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a szanatóriumok, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkohol- és drogelvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősek, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve ezek betegosztályai.

6. A Biztosító szolgáltatása az **Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy

- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

7. Nem biztosítási esemény: a balesettel összefüggésben kialakuló pszichiátriai betegségek, nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, illetve pszichoterápiás kórházi gyógykezelés.

8. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja, a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a zárójelentés hiteles fordítása.

9. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló egyösszegű térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a biztosítottnak a *Mellékletben* meghatározott tartamot elérő folyamatos kórházi ápolását idézi elő. A tartam választható, ennek rögzítésére a *Mellékletben* kerül sor.

Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából baleset a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében 2 éven belül a Biztosított fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul, melyet kórházi zárójelentéssel igazol. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki, függetlenül a kórházi kezelés további tartamától.

Amennyiben a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven túl elkezdődő kórházi ápolások vonatkozásában a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.

3. Ugyanazon balesettel összefüggésben szükségessé váló, egymást megszakítással követő kórházi ápolások esetén a biztosítási összeg legfeljebb egyszer kerülhet kifizetésre.

4. A Szerződés alkalmazása szempontjából kórháznak minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartson fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben, szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

5. A Szerződés alkalmazása szempontjából nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkohol- és drogelvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősek, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve ezek betegosztályai.

6. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

7. Nem biztosítási esemény: a balesettel összefüggésben kialakuló pszichiátriai betegségek, nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, illetve pszichoterápiás kórházi gyógykezelés.

8. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja.

9. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak az orvosi szempontból indokolt, és a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt megkezdődő, a *Mellékletben* meghatározott tartamot elérő, vagy azt meghaladó folyamatos kórházi ápolása, melyet kórházi zárójelentéssel igazol. A tartam választható, ennek rögzítésére a *Mellékletben* kerül sor.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a kórházi ápolás kezdetekor aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget, a kórházi ápolás minden napjára kifizeti.

Amennyiben a Biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át téríti.

Amennyiben a kórházi ápolás tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő kórházi ápolási napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

3. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. Ezen időszak alatt a Biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki. A Biztosító a várakozási idő alkalmazásától eltekint abban az esetben, ha a biztosítás az adott Biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre.

4. A Biztosító **egy biztosítási évben** egy biztosított vonatkozásában **legfeljebb összesen az aktuális Mellékletben meghatározott kórházi ápolási napra** nyújt térítést. Amennyiben az adott biztosítási évben a Biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a Mellékletben meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A **biztosítási esemény napjainak számlálásánál** a biztosítási esemény minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és az elbocsátás is.

5. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartson fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben, szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

6. A Szerződés alkalmazása szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkoholelvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősek, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve azok betegosztályai.

7. Nem biztosítási esemény:

- a Biztosított **veleszületett rendellenességeivel** összefüggő ellátás,

- az adott Biztosított vonatkozásában az olyan kórházi ápolás, mely a kockázatviselés kezdetét megelőző 2 évben már fennálló, illetve fellépő betegségének következménye.
- a **mesterséges megtermékenyítés és fogamzásgátlás** valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi kezelés,
- a 10 napos folyamatos kórházi ápolási tartamot el nem érő, **terhességgel**, művi **terhesség-megszakítással** és **szüléssel** kapcsolatos kórházi ápolás,
- a **kozmetikai és plasztikai műtét**, kivéve, ha az baleset vagy betegség következtében fellépő szövetelváltozások rekonstrukciós célú helyreállítására irányul,
- a **krónikus vesedialízissel** kapcsolatos kórházi kezelés,
- a **pszichiátriai betegségek** és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés,
- az alkohol-**elvonókúra**, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelés.

8. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés, a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a zárójelentés hiteles fordítása,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.

9. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Balesetből eredő műtétekre szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó és jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt történt **balesete következtében** a biztosítotton a kockázatviselés hatálya alatt orvos által elvégzett és orvosilag indokolt **műtét**.

*Jelen biztosítás szempontjából **műtéten** olyan terápiás célú sebészeti eljárást kell érteni, amelyet kórházban (lásd 3. pont), az érvényes orvosszakmai szabályok betartásával végeznek és szerepel a mellékelt Műtéti táblázatban felsorolt műtétek, illetve sebészeti beavatkozások között, és a beavatkozás ugyanott nem kerül kizárásra.*

*Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a biztosítotton 3 hónapon belül orvosilag indokolt műtétet végeznek. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás nem minősül balesetnek.*

***Nem biztosítási esemény** az olyan műtét, amelynek szükségessége okozati összefüggésben áll a biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a biztosítás hatályba lépését megelőzően már kialakult károsodásával.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a műtéteket a biztosítási szolgáltatás szempontjából a mellékelt Műtéti táblázat szerint négy kategóriába - **kis, közepes, nagy, kiemelt műtétek** - sorolja be.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozóan **műtéti térítést** fizet. A műtéti térítés összege a biztosítotton végrehajtott műtéti eljárás kategóriájához tartozó - a baleset időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó - biztosítási összeg.

Ha **egyazon műtét során ugyanazon testrészen, vagy szerveen több sebészeti eljárást** végeznek, akkor az adott testrészen, vagy szerveen végzett sebészeti eljárások miatt esedékes biztosítási szolgáltatás annak a beavatkozásnak alapján kerül meghatározásra, amely az alkalmazott eljárások közül a legmagasabb térítési kategóriába esik.

Ha **egyazon műtét során több testrészen, vagy szerveen** végeznek **sebészeti eljárásokat**, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken, vagy szerveken történt beavatkozások alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de nem haladhatja meg a kiemelt műtétekre vonatkozó biztosítási összeget.

Ha **ugyanazon baleset következtében** a balesetet követő egy éven belül **több - időben egymástól elkülönült - műtétre** kerül sor, úgy az adott baleset miatt végzett műtétekre együttesen kifizethető szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a **kiemelt műtétekre vonatkozó biztosítási összeg kétszeresét**.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő **felülvizsgálat**ához kötheti.

3. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartsanak fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

4. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi, orvosi dokumentum, amely igazolja a műtéti beavatkozás baleseti eredetét és tartalmazza annak pontos megnevezését, illetve leírását,
- a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását.

6. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Műtéti táblázat
a baleseti műtétek szolgáltatási kategóriákba való besorolásához

<p>I. Kis műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • arctörések zárt helyretétele tűzéssel, szájsebészeti, de nem fogászati műtétek • kisebb érsérülések helyreállítása, perifériás idegvarratok • kisebb szemműtétek (kötőhártya, szaruhártya, szemhéjsérülések öltése, varrata, idegentest műtéti eltávolítása szem felületes rétegeiből) • kisebb fül-, orrműtétek (pl. lágyszövet-sérülés, dobhártyasérülés ellátása) • kis területű égés kezelése (testfelület 6%-a alatt, III-ad, IV-ed fokú) kisebb bőrátültetések, bőrplasztika • mellüreg drainálása, légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronchoscóppal, bordaresectio • egyszerűbb ízületi és csontsérülések ellátása végtagokon, ín és szalagvarratok kézen, lábon arthroszkópos műtétek, kisebb amputációk (kézujj, lábujj) • külső nemi szervek műtétei a nemi szervek megtartásával 	<p>III. Nagy műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • agysérüléssel járó koponyasérülések műtétei, kiterjedt gerincsérülések műtétei (pl. több csigolyát érintő belső rögzítés, gerincvelő sérülések műtétei) • arccsont és állkapocs eltávolítása • nagyerek helyreállító műtétei, helyreállító idegműtétek, idegátültetések • testfelület 20-40%-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei • féloldali tüdőkiirtás, mellkasfal helyreállítása • nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomor, vastagbél teljes kiirtása) • nagy műtétek ízületeken, nagyízületi protézisek behelyezése, teljes végtag amputációk
<p>II. Közepes műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • koponyasérülések műtétei (pl. agyhártyák vérömlenyeinek eltávolítása, koponyatörések ellátása), izolált gerincsérülés műtétei (pl. porckorong eltávolítás, egy csigolyára kiterjedő belső rögzítés) • részleges arccsont- és állkapocstörések nyílt helyretétele, lágyszövet és kemény szájpad helyreállító műtétei • érpótlások és érátültetések nagyobb idegvarratok • helyreállító szemműtétek (pl. íriszplasztika, szemizmon végzett műtétek), szemlencse eltávolítás, szemgolyó eltávolítás • közepes fül-, orr- és gégeműtétek (pl. gégeresection) • testfelület 6-20 %-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei • mellüregi beavatkozások: rekeszizom ellátása, mellhártyakiirtás, tüdőlebenskiirtás, mellműtétek • máj, hasnyálmirigy, vese, bél sérülésének ellátása lépeltávolítás, veseeltávolítás • végtagrögzítés (csavar, velőűr-szeg, lemez) csonteltávolítás, csontpótlás ízületeken végzett közepes műtétek: inátültetések, kisebb protézisek beültetése részleges végtag amputációk • nemi szervek nagyobb műtétei 	<p>IV. Kiemelt műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • súlyos koponya és agysérülések nyílt műtétei • gerincscatorna műtétei gerinctörés esetén • testfelület 40%-ánál nagyobb kiterjedésű, III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei • kiterjedt, életmentő, mellüregi műtétek • szerv transzplantáció

Kizárások:

- bőrvarratok és szövődményeik ellátása
- műtéti sebek/hegek műtetet követő ellátása (sebtisztítás, váladékelvezetés)
- műtet során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása
- bőrfelszíni és bőr alatti szövetek sérüléseinek műtéti ellátása
- idegen test eltávolítása bőr alatti szövetekből, testnyílásokból
- fogászati műtétek, fogeltávolítás
- I-II fokú égések ellátása

Műtétekre szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó és jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt a Biztosított orvos által elvégzett és orvosilag indokolt, jelen feltételek szerinti **műtét**.

*Jelen biztosítás szempontjából **műtéten** olyan terápiás célú sebészeti eljárást kell érteni, amelyet kórházban (lásd 3. pont), az érvényes orvosszakmai szabályok betartásával végeznek és szerepel a mellékelt Műtéti táblázatban felsorolt műtétek, illetve sebészeti beavatkozások között, és a beavatkozás ugyanott nem kerül kizárásra.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a műtéteket a biztosítási szolgáltatás szempontjából a mellékelt Műtéti táblázat szerint négy kategóriába – **kis, közepes, nagy, kiemelt műtétek** – sorolja be.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozóan **műtéti térítést** fizet. A műtéti térítés összege a biztosítotton végrehajtott műtéti eljárás kategóriájához tartozó – a műtét időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó – biztosítási összeg.

Ha **egyazon műtét során ugyanazon testrészben, vagy szerven több sebészeti eljárást** végeznek, akkor az adott testrészben, vagy szerven végzett sebészeti eljárások miatt esedékes biztosítási szolgáltatás annak a beavatkozásnak alapján kerül meghatározásra, amely az alkalmazott eljárások közül a legmagasabb térítési kategóriába esik.

Ha **egyazon műtét során több testrészben, vagy szerven** végeznek **sebészeti eljárásokat**, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészekben, vagy szerveken történt beavatkozások alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de nem haladhatja meg a kiemelt műtétekre vonatkozó biztosítási összeget.

Ha **egy biztosítási időszakban több – időben egymástól elkülönült – műtétre** kerül sor, úgy a műtétekre együttesen kifizethető szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a *kiemelt* műtétekre vonatkozó biztosítási összeg kétszeresét.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő **felülvizsgálatához** kötheti.

3. Nem biztosítási esemény

2.1. – az úgynevezett **“halasztott” műtét**, amelynek szükségessége a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően már megállapítást nyert,

2.2. – az olyan **műtét, amelynek szükségessége okozati összefüggésben áll olyan betegséggel, vagy állapottal, amely** a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét **megelőzően már fennállt** és arról a Biztosított tudott, vagy tudnia kellett, **kivéve** az olyan eseteket, **amikor** a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően **két évig** a Biztosított az adott betegséggel kapcsolatban panasz és **tünetmentes volt** és orvosi gyógykezelésre nem szorult,

2.3. - a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően már maradandóan károsodott, nem ép testrészén, szervén végzett műtét, **ha a műtét szükségessége okozati összefüggésben áll** a kockázatviselés kezdete előtt **már kialakult maradandó károsodással**.

4. A Biztosító a jelen biztosítás esetében az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. Ezen időszak alatt a biztosító kockázatviselése csak a várakozási idő alatt bekövetkező balesetből eredő biztosítási eseményre terjed ki. A Biztosító a várakozási idő alkalmazásától eltekint abban az esetben, ha a biztosítás az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre.
5. A Szerződés alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek
- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartsanak fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
 - állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
 - feladataikat folyamatos munkarendben szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.
6. Balesetből eredő műtétek esetén a **Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre**, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.
A baleset akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha
- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
7. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az **Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:**
- kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi, orvosi dokumentum, amely tartalmazza a műtéti beavatkozás pontos megnevezését, illetve leírását,
 - a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását.
8. A jelen biztosításra az **AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Műtéti táblázat
a műtétek szolgáltatási kategóriákba való besorolásához

<p>I. Kis műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • szájsebészeti, de nem fogászati műtétek • erek kisebb műtétei, perifériás idegvarratok • kisebb szemműtétek (kötőhártya, szaruhártya, szemhéj varrata, idegentest műtéti eltávolítása a szem felületes rétegeiből) • kisebb fül-, orrműtétek (pl. lágyrész elváltozás, dobhártya-műtétek, mandulaműtétek), • mellüreg drainálása, légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronchoscóppal, bordaresectio • hasfali helyreállító műtétek, kisebb sérvműtétek • egyszerűbb ízületi vagy csontelváltozások műtétei végtagokon, ín- és szalagvarratok, arthroszkópos műtétek, • kisebb amputációk (kézujj, lábujj) • külső nemi szervek műtétei a nemi szervek megtartásával • kis területű égés műtéti kezelése (testfelület 6%-a alatt, III-ad, IV-ed fokú), kisebb bőrátültetések, bőrplasztika 	<p>III. Nagy műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • agyállományt is érintő koponya elváltozások műtétei, kiterjedt gerincelváltozások műtétei (pl. több csigolyát érintő műtétek, gerincvelő-elváltozások műtétei) • arccsont és állkapocs eltávolítása • nagyerek helyreállító műtétei, idegátültetés • nagy mellüregi beavatkozások (szívkoszorúér műtétei, egyéb zárt szívűműtétek, féloldali tüdőkiirtás, mellkasfal helyreállítása) • nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomor, vastagbél teljes kiirtása) • nagy műtétek ízületeken (pl. csípőn, vállon), nagyízületi protézisek behelyezése, teljes végtag-amputációk, a testfelület 20-40%-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei
<p>II. Közepes műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • agyállományt nem érintő koponya elváltozások műtétei • izolált gerincelváltozások műtétei (pl. porckorong, egy csigolyára kiterjedő műtétek) • arccsont- vagy állkapocs részleges elváltozásainak műtétei, lágú és kemény szájpad helyreállító műtétei • közepes műtétek ereken, ér pótlások, érátültetések, nagyobb idegvarratok • helyreállító szemműtétek (pl. íriszplasztika, szemizmon végzett műtétek), szemlencse eltávolítás, szemgolyó eltávolítás • közepes fül-, orr- és gégeműtétek (pl. gégeresection) • pajzsmirigy és mellékpajzsmirigy műtétei • emlő részleges vagy teljes eltávolítása, mellüregi beavatkozások, rekeszizom-műtétek, mellhártyakiirtás, tüdőlebens kiirtás, • hasüregi beavatkozások (máj, epe, hasnyálmirigy, vese, gyomor, bél elváltozásainak műtétei, lépeltávolítás, veseeltávolítás) • végtagon végzett csontműtétek (csavar, velőürszeg, lemez behelyezés, csonteltávolítás, csontpótlás) • ízületek közepes műtétei • kisebb protézisek beültetése, ínátültetések • (részleges) végtag-amputációk kismencedei műtétek: nemi szervek nagyobb műtétei (pl. méheltávolítás, myoma-eltávolítás, prosztatata-eltávolítás), hólyagműtétek, húgyvezeték műtétei, testfelület 6-20 %-át érintő, III-ad, IV-ed fokú égések műtétei 	<p>IV. Kiemelt műtétek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kiterjedt, agyállományt érintő elváltozások műtétei, kiterjedt gerincvelő-műtétek • testfelület 40%-ánál nagyobb kiterjedésű, III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei • nyitott szíven végzett műtétek pl. billentyűműtétek • nyelőcső kiirtás, több hasi szerv együttes és teljes kiirtása • szerv transzplantáció

Kizárások:

- fogászati műtétek, fogeltávolítás
- bőrvarratok és szövődményeik ellátása, sebek/hegek műtétet követő ellátása (sebtisztítás, váladék-elvezetés)
- bőrfelszíni és bőr alatti szövetek elváltozásainak műtéti ellátása
- punkciók, kanülök vagy katéterek diagnosztikus és terápiás célú alkalmazás
- műtét során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása
- idegen test eltávolítása bőr alatti szövetekből, testnyílásokból
- I-II fokú égések ellátása
- diagnosztikus beavatkozások (invazív, non-invazív)
- endoszkópos anyagvétel, felületes elváltozások endoszkópos eltávolítása (pl. polip eltávolítás)
- kozmetikai műtétek
- terhességgel, szüléssel kapcsolatos műtétek, terhesség-megszakítás, egészségügyi kaparás
- meddőséggel, sterilizációval kapcsolatos műtétek
- nemek megváltoztatását célzó műtétek
- veleszületett rendellenességek műtétei

Baleseti eredetű égési sérülésre szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező baleseti eredetű égési sérülése.

*Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a biztosított a balesetet követő 1 éven belül mulékony vagy maradandó sérülést szenved vagy meghal.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a *Mellékletben és Adatközlőben* meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó a balesetkor aktuális biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő részét fizeti ki.

A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a következő:

Térítés: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka	Testfelület		
	Mélység	0-10%	11-40%
I. fokú	-	-	10%
II. fokú	10%	25%	50%
III. fokú	50%	100%	200%

Ha a Biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét a legmagasabb fokú és/vagy kiterjedtségű sérülés figyelembevételével állapítja meg.

A Biztosított igazoltan az égési sérülések következtében hal meg, akkor a Biztosító a kedvezményezett részére az égési sérülések fokától és kiterjedtségétől függetlenül a balesetkor aktuális összeg 100%-át fizeti, de levonásba helyezi az addig erre a sérülésre már kifizetett összegeket.

Az égési sérülés mértékét az okozati összefüggés fennállását a biztosító orvosa állapítja meg és az független más hatósági, egészségügyi vagy biztosítási szerv döntésétől.

3. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy az égési sérülés a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásával összefüggésben következett be.

A biztosítási esemény akkor minősül *súlyosan gondatlanul* okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés,
- a sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet,

A biztosított halála esetén továbbá:

- a halotti anyakönyvi kivonat,
- a halottvizsgálati bizonyítvány.

5. A jelen balesetbiztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Kritikus betegségekre szóló betegségbiztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó és a jelen biztosításra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt, a jelen feltételek 2. pontjában meghatározott kritikus betegségekből történő 3. pont szerint bekövetkező megbetegedése, illetve műtete.

2. A kritikus betegségek definíciója

2.1 Rosszindulatú daganatok és szövetileg jóindulatú agydaganat

A/ Rosszindulatú daganatos megbetegedés (rákbetegség)

Jelen feltételek szempontjából rosszindulatú daganat (malignus tumor) a rosszindulatúság jegyeit mutató szövet korlátlan növekedése, illetve a szöveti atypia jegyeit mutató sejtek kontrollálatlan szaporodása, és ezen szövet, illetve sejtek terjedése (inváziója) vagy áttét képzése (metasztázis) a környező vagy távolabbi ép szövetek, sejtek között. A meghatározás magában foglalja a szervezet különböző szerveiből kiinduló (solid) daganatokat, valamint a vér- és nyirokrendszerből kiinduló rosszindulatú daganatos (rendszer)betegségeket (leukémia, lymphóma, Hodgkin-kór).

A jelen biztosítás szempontjából nem biztosítási esemény:

- a bőrdaganatok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganata (melanoma malignum),
- a "korai malignus" ("pre-malignus" és "pre-carcinomás") elfajulást mutató szöveti elváltozások,
- a környezetet nem elárasztó daganatok (carcinoma in situ) esetei,
- a krónikus lymphoid leukémia és a Hodgkin-kór I. stádiumú esetei.

B/ Szövettanilag jóindulatú agydaganat

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szövetileg jóindulatú agydaganat az agy olyan nem rákos daganata, amely a koponyaűrön belüli nyomást fokozza, és ezzel életveszélyes állapotot eredményezhet.

A biztosítás szempontjából *nem biztosítási esemény*: az agyi és agyi erekből kiinduló cysta, granuloma, malformáció, haematoma, valamint az agyalapi mirigy és a gerinc jóindulatú daganatai.

2.2 Szívizominfarktus

Jelen feltételek szempontjából szívizominfarktus a szívizom egy részének vagy részeinek gyors (órák vagy néhány nap alatti) elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szívizominfarktus alatt a szívizomelhalásnak azon kóros állapotai értendők, amelyeknél az elhalt terület kiterjedése olyan mértékű, hogy az a szokásos 12 elvezetéses EKG felvételen kóros Q hullám megjelenését eredményezi.

2.3 Agyi érkatasztrófa

Jelen feltételek szempontjából agyi érkatasztrófa az agyi vérellátásnak – pl. az agyi ér trombózisa, embóliája vagy megrepedése által okozott – gyorsan kialakuló olyan zavara, amely az agyszövet kisebb vagy nagyobb területének elhalásához vezet, akut neurológiai tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak, és amelynek maradandó, az esemény bekövetkezése után 30 nap elteltével is egyértelműen fennálló, az érkárosodással okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tünetei vannak.

2.4 Krónikus veseelégtelenség

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából krónikus veseelégtelenség akkor áll fenn, ha mindkét vese működései visszafordíthatatlan módon olyan mértékben csökkentek, hogy a Biztosított élete művesekezelés (dialízis) vagy veseátültetés nélkül nem menthető meg, és a Biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napja rendszeres művesekezelésre szorul.

2.5 Szívkoszorúér-műtét

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szívkoszorúér-műtét alatt olyan nyitott mellkasban végzett beavatkozás értendő, amelynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt egy vagy több szűkületének vagy elzáródásának kiiktatása, áthidalása a Biztosított más testrészéből kivett ér felhasználásával, a szívizom vérellátásának biztosítása érdekében.

2.6 Szervátültetés

Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szervátültetésen olyan műtéti beavatkozás értendő, amelynek során a Biztosított – mint szervet kapó (recipiens) – testébe más személy (donor) szervezetéből szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.

3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja

- rosszindulatú daganat és szövettanilag jóindulatú agydaganat esetén a diagnózis legkorábbi felállításának időpontja,
- szívizominfarktus esetén a betegség bekövetkezésekor orvosilag megállapított időpontja,
- agyi érkatasztrófa esetén a maradandó kóros idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 30. nap eltelte,
- krónikus veseelégtelenség esetén a rendszeres művese-kezelés megkezdését követő 60 nap eltelte,
- szívkoszorúér-műtét esetén a műtét időpontja,
- szervátültetés esetén a műtét időpontja.

4. Biztosítási szolgáltatás

Az 1. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

5. A Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított **3 hónapos várakozási időt** köt ki. A várakozási idő alatt a Biztosító szolgáltatást nem teljesít. Ha a várakozási idő alatt az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy a jelen biztosítás rá vonatkozóan megszűnik.
6. **A Biztosító a szolgáltatását a Biztosító orvosának a véleménye alapján teljesíti.** A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.
7. **A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettségének teljesítése alól,** ha bizonyítást nyer, hogy bármelyik, biztosítási eseményként megjelölt kritikus betegség az adott biztosítottnál a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt már bekövetkezett (fennállt).
8. **A biztosítási szolgáltatás teljesítésére a Biztosító csak akkor köteles,** ha a biztosítási esemény jelen feltételekben meghatározott bekövetkezésére (2. és 3. pont) és a Biztosítóhoz jelen szabályzat szerint történt bejelentésére még a Biztosított életében sor került.

9. A Biztosító jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselése megszűnik az első biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének napján.

10. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

10.1 Rosszindulatú daganatok és jóindulatú agydaganat

A rosszindulatú daganatos betegség, illetve a jóindulatú agydaganat tényét az orvosi vizsgálatról szóló, részletes leírást és határozott diagnózist tartalmazó dokumentummal (lelettel, zárójelentéssel) kell igazolni, amelynek tartalmaznia kell:

- a daganatos betegség rosszindulatúságát, illetve a koponyaűri nyomásfokozódás veszélyét igazoló diagnózist és a szövettani leletet vagy utóbbi hiányában
- a szöveti mintavétel nélkül végzett sebészi beavatkozásról, endoszkópos vagy képalkotó vizsgálatról szóló, az invazív vagy nyomásfokozó daganatos terjedést egyértelműen kimutató leírást és diagnózist.

10.2 Szívizominfarktus

A szívizominfarktus bizonyításához az új keletű szívizominfarktus bekövetkeztét és időpontját egyértelműen megállapító olyan egészségügyi dokumentumok (orvosi lelet, zárójelentés) szükségesek, amelyeknek tartalmazniuk kell:

- a friss szívizominfarktusra utaló EKG felvételeket és leleteket,
- a szívizominfarktus jellemző enzimérték változásokat dokumentáló orvosi leleteket,
- a klinikai tünetek leírását.

10.3 Agyi érkatasztrófa

Az agyi érkatasztrófa bizonyításához szükséges:

- az agyi érkatasztrófa bekövetkeztét, és a bekövetkezés időpontját megállapító egészségügyi dokumentum (orvosi lelet, zárójelentés), és
- a neurológiai szakvélemény, amely az esemény után legalább 30 nappal, az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket állapít meg.

10.4 Szívkoszorúér-műtét

A szívkoszorúér-műtét elvégzésének igazolásához szükséges a műtétet igazoló zárójelentés vagy a műtéti leírás kivonata, amelyhez mellékelni kell a műtét előtti koszorúérfestés (coronarographia) leletét.

Ha a műtetre nem Magyarországon kerül sor, úgy a műtét csak akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli jóváhagyását beszerezték.

10.5 Szervátültetés

A szervátültetés bekövetkeztének igazolásához szükségesek: a műtét indokoltságát igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó egészségügyi dokumentumok (orvosi leletek, zárójelentés).

Ha a műtetre nem Magyarországon kerül sor, úgy a műtét csak akkor minősül biztosítási eseménynek, ha a biztosító orvosszakértőjének műtét előtti, a beavatkozás indokoltságát megállapító írásbeli jóváhagyását beszerezték.

10.6 Krónikus veseelégtelenség

A krónikus veseelégtelenség igazolásához szükségesek: a jelen feltételek 2.4, illetve 3. pontjában meghatározott állapot fennállását igazoló orvosi dokumentumok.

- 11. Szükség esetén a biztosítási szolgáltatás igényléséhez a 10. pontban megjelölt iratokon felül a Biztosító a biztosítási eseményt megelőző, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségi állapotra vonatkozó igazolásokat is kérhet.**
- 12. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.**

Gyermekszülés esetére szóló egyösszegű térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosított gyermekének születése, mely a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt következik be.

Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából gyermekszülési biztosítási eseménynek minősül az az esemény, mely során a 22-edik terhességi hetet követően természetes úton vagy császármetszéssel újszülött jön a világra, feltéve, hogy a fogamzás is a szerződés hatálya alatt történt.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki. Több gyermek egyidejű szülése esetén a Biztosító a biztosítási összeget minden újszülött esetében kifizeti.

3. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratot kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés(ek) és/vagy orvosi igazolás a biztosítási esemény feltételeiről,
- az újszülött(ek) anyakönyvi kivonata.

4. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Csoportos biztosítási „gyermek” kiegészítő modul

1. Kiegészítő modul megkötése

Jelen kiegészítő modul kizárólag a *Speciális Feltételek* között szereplő, az alábbiakban meghatározott termékekhez (alapbiztosítás) köthető, a biztosítási szerződés megkötésével vagy bármelyik itt felsorolt módozat későbbi megkötésével egy időben:

- Kockázati életbiztosítás
- Baleseti halál esetére szóló biztosítás
- Munkahelyi baleseti halál esetére szóló biztosítás
- Közlekedési balesetből eredő halál esetére szóló biztosítás

2. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény az alapbiztosítás Biztosítottjának az 1. pontban szereplő és rávonatkozóan érvényesen fennálló alapbiztosítás *Speciális Feltételeiben* meghatározott biztosítás tartama alatt bekövetkező halála. Azaz:

- Kockázati életbiztosítás esetén: a Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halála.
- Baleseti halál esetére szóló biztosítás esetén: a Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű balesete.
- Munkahelyi baleseti halál esetére szóló biztosítás esetén: a Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű munkahelyi balesete.
- Közlekedési balesetből eredő halál esetére szóló biztosítás esetén: a Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű közlekedési balesete.

3. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a halál időpontjában aktuális *Mellékletben* és *Adatközlőben* meghatározott, az alapbiztosításban az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

A biztosítási szolgáltatás összege a Biztosítottnak – a *Speciális feltételekben* meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában élő – vér szerinti, vagy hivatalos eljárás keretén belül örökbefogadott, 18. életévét be nem töltött gyermekeinek száma, szorozva az adott biztosítottra vonatkozó alapbiztosítás(ok) aktuális biztosítási összeggel (összegeivel).

4. A Szerződőnek a jelen biztosítási kiegészítő modul alapján történő biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek X/1. pontjában, valamint a Speciális feltételekben megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

- gyermek, illetve gyermekek születési anyagkönyvi kivonata,
- illetve örökbefogadott gyermek esetén az örökbefogadással kapcsolatos jogerős hivatalos okmányok.

5. Jelen kiegészítő biztosításra az 1-4. pontban foglaltak kivételével, és különösen a kedvezményezettek, a mentesülések és a kizárások tekintetében az alapbiztosítás Speciális feltételei érvényesek.

6. A jelen biztosításra az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Kiegészítő balesetbiztosítás költségtérítésekre

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó, és a jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező – biztosító által téríthető – balesete, amelynek következtében a Biztosítottnak a 2. pontban meghatározott költségei merülnek fel. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.

Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából balesetnek minősül a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesettől számított 3 hónapon belül, a 2. pontban meghatározott, kiadásai keletkeznek. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás, napszúrás, rovarcsípés és mérgezés nem minősül balesetnek.

2. Baleseti költségek

A Biztosító által vállalt, számlával igazolt, a balesettel okozati összefüggésben keletkezett károk indokolt költségei:

- a) Mentési költség, amennyiben a Biztosított a baleseti sérülése következtében mentésre szorul, vagy balesete következtében meghal, és holtteste csak mentéssel hozzáférhető.
- b) Szállítási költség, amennyiben a Biztosítottat a baleseti sérülése következtében, a kezelésére alkalmas legközelebbi orvoshoz vagy kórházba, illetve orvosi javaslatra onnan hazaszállítják.
- c) A baleset során megsérült fog, műfog, korona, híd javításának költsége, amennyiben a sérülés igazoltan a baleset következménye – kivéve az a költség, amely a baleset előtt már meglévő fog-, műfog-, korona-, hídhiba javítása miatt merül fel, illetve amely kivehető műfogsor sérüléséből adódik.
- d) Gyógyászati segédeszközök beszerzésének a költsége, amennyiben az a balesetből kifolyólag, orvos által igazoltan vált szükségessé.
- e) Nem minősül térítendő költségnek az orvosi kezeléssel, valamint a fürdőkúrával és üdüléssel kapcsolatos utazási és tartózkodási költség, és a megrongálódott egyéb tárgyak javítási újrabetételezési költsége.

3. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító megtéríti a jelen feltételek 2. bekezdésében meghatározott, számlával igazolt költségeket, a baleset időpontjában meghatározott és a Mellékletben foglalt biztosítási összeg erejéig, a jelen speciális feltételekben és a Mellékletben meghatározottak szerint. Egyazon baleset kapcsán felmerülő költségeket ezen biztosítás alapján a Biztosító csak egyszer térít.

4. A Biztosító teljesítésének feltételei

- a) A Biztosító által téríthetőek azok a költségek, amelyek közvetlenül a bejelentett balesettel összefüggésben merülnek fel, és más módon nem térülnek meg.
- b) A szolgáltatási igényt a számla keltétől számított 15 napon belül kell a Biztosítóhoz írásban bejelenteni.
- c) Késedelmes bejelentés esetén, amennyiben lényeges körülmények utóbb kideríthetetlené váltak, a Biztosító megtagadhatja a biztosítási összeg kifizetését.

5. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltétel IX. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta.

A baleset akkor minősül súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) azt a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben elkövetett közlekedési szabálysértése során szerezte, vagy

- c) a biztosítási esemény bekövetkeztében a Biztosított által nem orvosi javallatra, illetve nem az előírt adagolásban szedett gyógyszer, altató-, vagy nyugtatószer, vagy
- d) kábító- vagy bódító szer hatása, vagy egyéb vegyi anyagok bódító szerként való használata, vagy
- e) engedélyhez kötött tevékenység engedély nélküli végzése hatott közre.

6. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltétel X/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- a baleset bekövetkeztét igazoló baleseti jegyzőkönyvet,
- a baleseti sérülést igazoló orvosi bizonyítványt,
- a keletkező költségek kifizetését igazoló eredeti számlákat,
- a Biztosított hazaszállítása esetén a hazaszállítás szükségességét igazoló orvosi igazolást, kórházi zárójelentést.

7. Jelen Speciális Feltétel az AEGON Csoportos Biztosítások Általános Feltételével együtt érvényes.