

# TÁJÉKOZTATÓ

## az Aegon Csoportos Biztosításról

A Csoportos Biztosítások azt a lehetőséget kínálják a vállalatok számára, hogy alkalmazottaiknak az anyagi megbecsülésen túl a váratlan események (balesetek, betegségek) bekövetkezése esetén is segítséget nyújtsanak. Az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. munkavállalókról való gondoskodási programja – sokoldalúsága révén – egyetlen termékben egy teljes termékcsalád előnyeit kínálja.

### Mi jellemzi az Aegon Csoportos Biztosítást?

Az Aegon Csoportos Biztosítás keretében a munkáltató élet-, baleset- és betegségbiztosítási védelmet nyújthat az alkalmazottai számára. Termékcsomagunk rendkívül **rugalmas konstrukció**, számos különböző biztosítási elemből áll. Biztosításainkat folyamatosan fejlesztjük, így termékínálatunk állandóan bővül.

A biztosítási elemek tetszés szerint kombinálhatók, így lehetőséget kínálnak arra, hogy a vállalat számára a leginkább megfelelő, testre szabott biztosítási csomag kerüljön összeállításra.

Ha a vállalat érdeke úgy kívánja, **a vállalaton belül több biztosított csoport** is létrehozható. Az egyes csoportoknak különböző típusú és eltérő összegű biztosítási szolgáltatások nyújthatók. Így a különböző pozícióban, különböző munkakörben dolgozó munkavállalók eltérő, a vállalat és az alkalmazottak igényeinek leginkább megfelelő biztosítási szolgáltatásokat kaphatják. A menedzsment, illetve a magasan képzett szakemberek tudását a vállalatvezetés a hagyományostól eltérő módon, kiemelten is honorálhatja ezen a módon. A biztosítás emellett jó eszköz arra is, hogy erősítse a vállalat számára értékes szakemberek kötődését munkáltatójukhoz.

Az Aegon Csoportos Biztosítás **minimális éves díja 50 000 Ft.**

### Hogyan jön létre a szerződés?

A biztosítási szerződést a munkáltató (Szerződő) köti meg a Biztosítóval, és ő teljesíti a díjfizetést is. A Biztosító a szerződésben foglaltak szerint az alkalmazottak számára kockázati élet-, baleset- és betegségbiztosítási, illetve egészségbiztosítási szolgáltatásokat nyújt.

#### Biztosítási szolgáltatások

A **kockázati élet-, baleset- és betegségbiztosítási** szolgáltatások **összegbiztosítás** típusúak, vagyis a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítottnak (vagy a kedvezményezettnek) a biztosítási összeget fizetik ki. A biztosítási összegek nagyságát és típusát a Szerződő választhatja meg. Típusát tekintve a biztosítási összeg lehet

- *bérrányos*, tehát a munkavállalók éves bruttó keresetének egy megválasztott szorzó szerinti többszöröse, vagy
- meghatározott nagyságú *fix összeg*.

Az **egészségbiztosítási** szolgáltatások kárbiztosítás típusúak, vagyis a biztosítottnak a biztosítási eseménnyel összefüggésben az adott egészségügyi szolgáltatónál felmerült költségeit fedezi oly módon, hogy ezeket a költségeket közvetlenül a szolgáltatónak fizeti meg (ismertebb szóhasználatban **szolgáltatásfinanszírozó biztosításokról** van szó).

A különböző alkalmazotti csoportokban a biztosítási összegek nagysága illetve típusa eltérő lehet.

*Példa: A menedzsment csoportjában a haláleseti szolgáltatás az éves kereset kétszerese, az alkalmazottak csoportjában pedig mindenki számára 2 millió forint.*

Egy csoporton belül az egyes biztosításokra különböző nagyságú és típusú biztosítási összegek választhatók.

*Példa: Kockázati életbiztosítás esetén az éves kereset egyszerese, baleseti halál esetén két millió forint, baleseti rokkantság esetén az éves kereset kétszeresének a rokkantság fokával arányos része.*

### **Biztosítási díj**

A díjat a biztosítottak nemétől, életkorától és a személyenkénti biztosítási összegtől függően számítja ki a Biztosító, s azt a Szerződő valamennyi biztosított munkavállalójára vonatkozóan egy összegben fizeti meg.

A biztosítottak biztosításra jelöléséhez és csoportba való besorolásához szükséges a munkavállalók által kitöltött *Biztosítotti nyilatkozat*, vagy a rájuk vonatkozó *Adatközlő aláírása és megküldése*.

### **Kockázatbírálás**

A Biztosító a kapott adatok alapján felméri a kockázatokat. A Biztosító eltekint az egészségi kockázatbírálástól, ha az adott biztosított biztosítási összege alacsonyabb, mint egy, a Biztosító által előre meghatározott, a csoport teljes létszámától és az átlagos biztosítási összegtől függő összeghatár.

Egyéb esetekben *Egészségi nyilatkozat* kitöltését, orvosi iratok megküldését vagy *orvosi vizsgálat* elvégzését kérheti a Biztosító. Ez utóbbi költségeit a Biztosító viseli.

A Biztosító **nem zárja ki** a fedezetből **a versenyszerűen sportolókat sem!**

### **A biztosítás tartama**

A biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító megállapodása szerint határozott vagy határozatlan tartamra, ezen belül éves biztosítási időszakokra szól. Munkavállalókra kötött biztosítás esetében az adott biztosított vonatkozásában a biztosítás csak addig érvényes, amíg az adott biztosított a Szerződő alkalmazásában áll.

Egészségbiztosítási szolgáltatások választása esetén a kockázatviselés kezdete csak a hónap 1-jére vagy 15-ére eshet.

### **A biztosítás adminisztrációja**

A biztosítás adminisztrációja egyszerű, ügyfélbarát. A Biztosító a Szerződő ajánlata alapján meghatározza az első biztosítási időszakra vonatkozó díjat, mely – a biztosítottak körében bekövetkező változásoktól függetlenül – a biztosítási időszak tartama alatt változatlan és csak az időszak végén kerül újra elszámolásra.

A szerződéskötést követően belépő új munkavállalók részére a Biztosítónak a kockázati élet-, baleset- és betegségbiztosításra vonatkozó kockázatviselése a biztosításra jelölésüket követően – a biztosítási díj újraszámolása nélkül – automatikusan megkezdődik, illetve a munkaviszony megszűnése esetén automatikusan befejeződik. A biztosításra jelölés a munkavállalók által kitöltött *Biztosítotti nyilatkozatok*, illetve a rájuk vonatkozó *Adatközlő* megküldésével történik.

A Biztosítónak az egészségbiztosításra vonatkozó kockázatviselése egy adott biztosított vonatkozásában a biztosítási szerződésnek a biztosításra jelölést követő hónapfordulójakor kezdődik meg, és a biztosított körből való kijelentését követő hónapfordulókor szűnik meg.

*Példa: ha a szerződés évfordulója január 1, az új munkavállaló pedig február 10-én csatlakozik a céghez, akkor az élet-, baleset- és betegségbiztosítási fedezet azonnal (automatikusan)*

kiterjed rá. Ha a cég a belépést február 10-én jelzi, akkor az egészségbiztosítási fedezet biztosítottra vonatkozó kockázatviselése március 1-jén kezdődik.

A Biztosító a biztosítási időszak végén a dolgozói létszám alakulásának megfelelően díjszámolást készít a lezárt biztosítási időszakra vonatkozóan.

### **A biztosítás adózása**

A kockázati életbiztosítás, a baleseti és munkahelyi baleseti biztosítások, valamint a betegségi biztosítások a 2014-ban érvényes jogszabályaink szerint adó- és járulékmentes juttatások, feltéve, hogy az egy főre eső havi biztosítási díj nem haladja meg a minimálbér 30%-át. A biztosítási szolgáltatások járulék- és adómentesek, kivéve a napi térítésként vagy az eltelt napok száma alapján meghatározott összegben nyújtott szolgáltatásoknak a napi 15 000 Ft-ot meghaladó részét, amely után a Biztosító személyi jövedelemadó előleget von le a kifizetésből.

## **Az Aegon Csoportos Biztosítás szereplői**

**Szerződő** lehet bármely Magyarországon működő jogi személy, vagy egyéb gazdálkodó szervezet.

**Biztosított** lehet az a természetes személy, akit a Szerződő biztosításra jelöl, és aki megfelel a Biztosító kockázat-elbírálási feltételeinek, illetve az alábbiaknak:

- a) életkora 14 (egészségbiztosítás esetében 18 és 65 év között van);
- b) semmilyen jogon nem részesül rokkantsági ellátásban vagy rehabilitációs ellátásban, illetve munkaképesség csökkenésének megállapítása nincs folyamatban.

**Kedvezményezett** – a biztosított életében járó valamennyi biztosítási szolgáltatás kedvezményezettje maga a biztosított. A biztosított halála esetén a szolgáltatások igénybevételére a *Biztosított nyilatkozatban* megjelölt kedvezményezettek jogosultak. Amennyiben a biztosított nem jelölt meg kedvezményezettet, úgy a szolgáltatás a biztosított örökösét illeti meg.

# Milyen biztosítási szolgáltatásokat kínál az Aegon Csoportos Biztosítás?

## I. Kockázati életbiztosítás

A biztosított bármely okból (betegség, baleset) bekövetkező halála esetén a Biztosító a halál időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

## II. Balesetbiztosítások

### 1) Baleseti halál esetére szóló biztosítás

A biztosított **balesetből eredő halála** esetén a Biztosító a halál időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

Ha *kockázati életbiztosítással és baleseti halál esetére szóló biztosítással* is rendelkezik partnerünk, akkor baleseti halál esetén a kockázati életbiztosítás összege is kifizetésre kerülhet.

### 2) Közlekedési baleseti eredetű halál esetére szóló biztosítás

A biztosított közlekedési **balesetből eredő halála** esetén a Biztosító a halál időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

Ha *kockázati életbiztosítással és baleseti halál esetére szóló biztosítással* is rendelkezik partnerünk, akkor közlekedési baleseti halál esetén a kockázati életbiztosítás biztosítási összege is kifizetésre kerülhet.

### 3) Baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás (1-100%)

A biztosított maradandó rokkantságot okozó balesete esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális biztosítási összegnek a rokkantság fokával megegyező százalékát fizeti ki.

*(Példa: Amennyiben a biztosítási összeg 2 millió forint és a megrokkánás mértéke 50%, akkor a kifizetésre kerülő összeg 1 millió forint.)*

### 4) Közlekedési baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás (1-100%)

A biztosított maradandó rokkantságot okozó közlekedési balesete esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális biztosítási összegnek a rokkantság fokával megegyező százalékát fizeti ki.

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

A biztosított maradandó rokkantságot okozó balesete esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális biztosítási összegnek a rokkantság fokával progresszíven növekvő százalékát fizeti ki.

*(Példa: Amennyiben a biztosítási összeg 2 millió forint és a megrokkánás mértéke 25%, akkor a kifizetésre kerülő összeg 500 000 forint (25%); de ha a megrokkánás mértéke 75%, akkor a kifizetésre kerülő összeg 3 millió forint (150%).)*

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

A biztosított maradandó rokkantságot okozó közlekedési balesete esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális biztosítási összegnek a rokkantság fokával progresszíven növekvő százalékát fizeti ki.

**7) Balesetből eredő kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás**

A biztosított kórházi ápolását előidéző balesete esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget a kórházban töltött napok számának megfelelően fizeti ki.

A Biztosító egy naptári évben egy biztosítottra vonatkozóan legfeljebb összesen 90 nap kórházi ápolásra nyújt térítést. (Ettől a feltételtől a Biztosító eltérhet.) Ezen belül a Szerződő dönti el, hogy a kórházi ápolás hányadik napjától illesse meg a szolgáltatás a biztosítottat.

*(Példa: Ha a biztosítási szolgáltatás 1 000 Ft/nap a kórházi ápolás 4. napjától kezdődően, és a biztosított 10 napos folyamatos kórházi ápolásban részesül, úgy a Biztosító a kórházi ápolás minden napjára kifizeti az 1000 forintot, tehát a biztosítási szolgáltatás ebben az esetben 10 000 Ft.)*

**8) Baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló egyösszegű térítést nyújtó biztosítás**

A biztosított balesetből eredő, meghatározott tartamot elérő folyamatos kórházi ápolása esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

A Szerződő választja meg, hogy hány nap kórházi ápolás után illesse meg a szolgáltatás a biztosítottat.

**9) Balesetből eredő műtétekre szóló biztosítás**

Amennyiben a biztosított balesetből eredően kórházba kerül és annak következtében műtéten esik át, úgy a Biztosító műtéti térítést fizet. A műtéteket súlyosságuktól függően négy kategóriába – *kisebb, közepes, nagy, kiemelt műtétek* – soroljuk be.

A műtéti térítés összege megegyezik a biztosítotton végrehajtott műtéti eljárás kategóriájához tartozó biztosítási összeggel.

**10) Balesetből eredő keresőképtelenség esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás**

A biztosított keresőképtelenségét előidéző balesete esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki, a keresőképtelenség – szerződéses feltételek szerinti – minden napjára. A Biztosító egy naptári évben egy biztosítottra vonatkozóan legfeljebb összesen 90 nap keresőképtelenségi napra nyújt térítést. (Ettől a feltételtől a Biztosító eltérhet.)

A balesetből eredő keresőképtelenség esetére szóló biztosítás kiterjedhet a betegszabadság időszakára is.

**11) Baleseti eredetű keresőképtelenség esetére szóló, egyösszegű térítést nyújtó biztosítás**

A biztosított balesetből eredő, meghatározott tartamot elérő keresőképtelensége esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

A Szerződő választja meg, hogy hány nap keresőképtelenség után illesse meg a szolgáltatás a biztosítottat.

**12) Balesetből eredő csonttörés, csontrepedés esetére szóló biztosítás**

A biztosított csonttörést, csontrepedést előidéző balesete esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális, az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

**13) Balesetből eredő csonttörés, csontrepedés esetére szóló, progresszív térítést nyújtó biztosítás**

A biztosított csonttörést, csontrepedést előidéző balesete esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális, az adott biztosítottra vonatkozó, a csonttörés súlyosságával arányos biztosítási összeget fizeti ki.

#### **14) Baleseti eredetű égési sérülésre szóló biztosítás**

A biztosított megégést előidéző balesete esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális, az adott biztosítottra vonatkozó, az égés súlyosságával arányos biztosítási összeget fizeti ki.

#### **15) Csoportos „gyermek” kiegészítő modul**

Kockázati életbiztosításhoz, baleseti, közlekedési baleseti vagy munkahelyi baleseti halál esetére szóló biztosításhoz köthető kiegészítő. A biztosítási szolgáltatás összege a biztosított élő, vér szerinti, vagy hivatalos eljárás keretén belül örökbefogadott, 18. életévét be nem töltött gyermekeinek száma, szorozva az adott biztosítottra vonatkozó aktuális biztosítási összeggel.

*A fenti biztosítások szempontjából **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, vagy 2 éven belül maradandó egészségkárosodást, illetve 3 hónapon belül múlékony sérülést szenved. A biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

#### **16) Kiegészítő költségtérítés balesetekre**

A népszerű nevén „baleseti költségtérítésként” ismert biztosításunk a Biztosító által vállalt, számlával igazolt, a balesettel okozati összefüggésben keletkezett károk indokolt költségeit téríti meg a biztosított számára, legfeljebb a biztosítási összeg mértékéig. Ilyen költség a meghatározás szerinti mentési és szállítási költség, a baleset során megsérül fog javítási költsége, valamint a meghatározott gyógyászati segédeszközök térítési költsége.

### **III. Munkahelyi balesetbiztosítások**

#### **1) Munkahelyi baleseti halál esetére szóló biztosítás**

#### **2) Munkahelyi baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás**

#### **3) Munkahelyi baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló biztosítás**

#### **4) Munkahelyi balesetből eredő keresőképtelenség esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás**

#### **5) Munkahelyi baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás**

#### **6) Munkahelyi baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló, egyösszegű térítést nyújtó biztosítás**

#### **7) Munkahelyi balesetből eredő műtétekre szóló biztosítás**

A munkahelyi balesetbiztosítások esetében az egyes biztosítási szolgáltatások megegyeznek a II. részben felsorolt balesetbiztosítási szolgáltatásokra vonatkozóan leírtakkal, azzal a kivétellel, hogy a Biztosító kockázatviselése csak a munkahelyi balesetekre terjed ki.

*Munkahelyi baleset az olyan baleset, amely a biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben, illetve munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben éri.*

## **IV. Betegségbiztosítások**

### **1) Teljes rokkantság esetére szóló biztosítás**

A teljes rokkantságot a Biztosító az illetékes magyar szakigazgatási szerv jogerőre emelkedett, 1-30% közötti egészségi állapotot megállapító határozata alapján fogadja el.

A biztosított bármely okból bekövetkező munkaképesség változása és az 1-30% közötti egészségi állapotot megállapító határozata esetén a Biztosító a határozat kiadásának időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki. A Biztosító erre a szolgáltatásra vonatkozóan 3 hónapos várakozási időt köt ki.

### **2) Teljes vagy részleges rokkantság esetére szóló biztosítás**

A teljes vagy részleges rokkantságot a Biztosító az illetékes magyar szakigazgatási szerv jogerőre emelkedett, 1-50% közötti egészségi állapotot megállapító határozata alapján fogadja el.

A biztosított bármely okból bekövetkező munkaképesség változása és az 1-50% közötti egészségi állapotot megállapító határozata esetén a Biztosító a határozat kiadásának időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki. A Biztosító erre a szolgáltatásra vonatkozóan 3 hónapos várakozási időt köt ki.

### **3) Kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás**

A biztosított folyamatos kórházi ápolása esetén a Biztosító a kórházi ápolás kezdetekor aktuális biztosítási összeget a kórházban töltött napok száma szerint fizeti ki.

A Biztosító egy naptári évben egy biztosítottra vonatkozóan legfeljebb összesen 90 nap kórházi ápolásra nyújt térítést. (Ettől a feltételtől a Biztosító eltérhet.) Ezen belül a Szerződő választja meg, hogy a kórházi ápolás hányadik napjától illeti meg a szolgáltatás a biztosítottat. A Biztosító erre a szolgáltatásra vonatkozóan 3 hónapos várakozási időt köt ki.

### **4) Műtétekre szóló biztosítás**

Amennyiben a biztosított sérülés, vagy betegség következtében kórházi ellátásban részesül és orvos által elvégzendő műtéti eljárás alá utalják, úgy a Biztosító műtéti térítést fizet. A műtéteket súlyosságuktól függően négy kategóriába – kisebb, közepes, nagy, kiemelt műtétek – soroljuk be. A műtéti térítés összege a biztosítotton végrehajtott műtéti eljárás kategóriájához tartozó biztosítási összeg. A Biztosító erre a szolgáltatásra vonatkozóan 3 hónapos várakozási időt köt ki.

### **5) Keresőképtelenség esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás**

A biztosított folyamatos keresőképtelensége esetén a Biztosító a keresőképtelenség – szerződéses feltételek szerinti – minden napjára kifizeti a biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget. A Biztosító egy naptári évben egy biztosítottra vonatkozóan legfeljebb összesen 90 nap keresőképtelenségi napra nyújt térítést. (Ettől a feltételtől a Biztosító eltérhet.) A keresőképtelenség esetére szóló biztosítás kiterjedhet a betegszabadság időszakára is. A Biztosító erre a szolgáltatásra vonatkozóan 3 hónapos várakozási időt köt ki.

### **6) Kritikus betegségekre szóló betegségbiztosítás**

A kritikus betegségekre szóló biztosítás az alábbi megbetegedések esetén nyújt szolgáltatást:

- rosszindulatú daganatok és szövetileg jóindulatú agydaganat
- szívizominfarktus
- agyi érkatasztrófa
- szívkoszorúér-műtét
- szervátültetés

- krónikus veseelégtelenség

A biztosítás minden esetben, orvosi vizsgálat esetén is, a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónapos várakozási időt köt ki. Ha a várakozási idő alatt valamely biztosított esetében biztosítási esemény következik be, úgy a biztosítás rá vonatkozóan megszűnik.

### 7) **Gyermekszülés esetére szóló, egyösszegű térítést nyújtó biztosítás**

Biztosítási esemény a biztosított gyermekének születése, mely a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt következik be. Gyermekszülési biztosítási eseménynek minősül 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.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki. Több gyermek egyidejű születése esetén a Biztosító a biztosítási összeget minden újszülött esetében kifizeti. A Biztosító térítési kötelezettsége akkor is fennáll, ha a biztosított személy az apa.

## V. Egészségbiztosítások

### 1) **„Aegon Doktor” orvosi assistance szolgáltatás**

A szolgáltatás az alábbi célokból vehető igénybe:

- felvilágosítás a közegészségügyi intézmények (kórházak, rendelőintézetek, házi- és gyermekorvosi rendelők) elérhetőségéről, rendelési idejéről,
- felvilágosítás az ismert gyógyszertárak elérhetőségéről és nyitvatartási idejéről,
- telefonos orvosi tanácsadás gyógyszerek összetételével, alkalmazhatóságával, mellékhatásaival és helyettesíthetőségével kapcsolatban,
- felvilágosítás és szolgáltatásszervezés az adott Szerződő által megkötött egészségbiztosítási szolgáltatásokkal kapcsolatban.

### 2) **Második orvosi véleményre szóló betegségbiztosítás**

Második orvosi véleményre az alábbi események, illetve körülmények együttes fennállása biztosít jogosultságot:

- 18 év feletti életkor;
- rendelkezésre álló első orvosi vélemény,
- az Egészségügyi Szolgáltató által meghatározott, a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi dokumentumok átadása,
- az Egészségügyi Szolgáltató által meghatározott egyéb dokumentumok (különösen kérelem, kérdőív vagy jogi nyilatkozat) kitöltése és aláírása.

Második orvosi vélemény az alábbi betegségek esetén kérhető:

- az életet fenyegető rákos (rosszindulatú daganatos) megbetegedés,
- szívbetegség, szív- és érsebészeti beavatkozást igénylő betegség,
- szervátültetés,
- neurológiai és idegsebészeti betegség,
- veleszületett betegség vagy rendellenesség,
- az idegrendszer degeneratív betegségei és szklerózis multiplex,
- veseelégtelenség következtében kialakult betegség, állapot,
- az életet fenyegető betegség, állapot vagy nagy bonyolultságú beavatkozás szükségessége.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Egészségügyi Szolgáltató a Biztosított által a részére rendelkezésre bocsátott orvosi dokumentumok birtokában **15 munkanapon belül** beszerzi a második orvosi véleményt, amelyet magyar nyelven az egyeztetett módon átad a Biztosítottnak.



### 3) Betegszállításra szóló betegségbiztosítás

Betegszállítási szolgáltatásra az alábbi események, illetve körülmények együttes fennállása biztosít jogosultságot:

- 18 év feletti életkor;
- kórházi ellátást követően történő haza- (akár rokonhoz, ismerőshöz), illetve rehabilitációs intézménybe történő szállítás;
- alsó végtagon vagy mindkét felső végtagon végzett műtéti beavatkozás; testüreg (hasüreg, mellkas) megnyitásával járó műtéti beavatkozás; a fejen, nyakon végzett olyan műtéti beavatkozások, melyek következtében akár átmenetileg elégtelen érzékszervi, idegrendszeri működés áll fenn;
- nem kúraszerű, ismétlődő ellátás történt.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Szolgáltatásszervező megszervezi a Biztosított egészségügyi intézményből történő elszállítását. A szolgáltatást a Biztosító kizárólag magyarországi, aktív fekvőbeteg-ellátást nyújtó **kórházak 50 km-es sugarú körzetében** biztosítja, kizárólag **Magyarország területén**.

### 4) Házi vizitre szóló betegségbiztosítás

A „házi vizit” szolgáltatása a szokásos háziorvosi ügyeleti ellátást biztosítja. Házi vizit keretében történő ellátás olyan esetben kérhető, amikor

- az ellátandó személy 18 év feletti;
- váratlanul lépett fel az egészségi állapot romlása;
- a bejelentés és a feltett kérdésekre adott válaszok alapján feltételezhető, hogy a biztosított otthonában, és szakorvos bevonása nélkül megoldható a jelzett probléma (így például nem terhességgel, szüléssel összefüggésben lépett fel a panasz);
- nem szükséges azonnali, késlekedés nélküli orvosi beavatkozás (így például a bejelentés alapján nem igényel sürgősségi ellátást, azonnal mentőszállítást a beteg).

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosítóval szerződésben álló Egészségügyi Szolgáltató orvosa a bejelentés során egyeztetett időn belül, az egyeztetett címen felkeresi a Biztosítottat és ügyeleti jellegű ellátást biztosít a számára.

A Biztosító a szolgáltatást Budapesten és annak 20 km-es sugarú körzetén belül heti 7 napban, napi 24 órában, megyeszékhelyeken és azok 10 km-es sugarú körzetén belül pedig kizárólag munkanapokon 8-20 óra között biztosítja, kizárólag Magyarország területén.

A biztosítási esemény bejelentése nem jelent azonnali rendelkezésre állást. Egy adott biztosított egy biztosítási időszakon belül **legfeljebb 2 alkalommal** veheti igénybe a szolgáltatást.

**A biztosítási szolgáltatásoknál a kizárások és mentesülések körét az Általános és Speciális Feltételek tartalmazzák. Valamennyi szolgáltatás a feltételek keretei között kerülhet kifizetésre.**

Kérdéseivel, észrevételeivel kapcsolatban keresse munkatársainkat az alábbi elérhetőségeken:

**Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.**

**Csoportos Biztosítások Üzletág**

Cím: 1091 Budapest, Üllői út 1.

**Telefonszám:** (06 1) 476-5618, (06 1) 476-5353

**e-mail cím:** csoportos-biztositasok@aegon.hu



Ma tegyünk a holnapért!

Csoportos Biztosítások