

Érvényes: 2017. február 1-jei, és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

## 1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. Jelen kritikus betegségekre szóló, 7 elemű kiegészítő biztosításra az alpbiztosítás szabályai érvényesek kivéve azokban a részletekben, ahol a kiegészítő biztosítás az alpbiztosítás szabályaitól eltér. Ennek megfelelően az alpbiztosításra érvényes általános szabályzatok szerint kell eljárni.
- 1.2. Jelen kiegészítő egészségbiztosítás a biztosító által meghatározott, folyamatos díjas alpbiztosításokhoz, az alpbiztosítással egyidejűleg, illetve annak tartamán belül megköthető, illetve megszüntethető az általános szabályzatok megszüntetésére vonatkozó pontjai alapján.

## 2. BIZTOSÍTOTT

- 2.1. A jelen kiegészítő biztosításnak egy biztosítottja lehet.
- 2.2. Jelen kiegészítő egészségbiztosítás biztosítottja a szerződés megkötésekor legalább 16 és legfeljebb 60 éves azon természetes személy lehet, aki a szerződéskötéskor nem részesül semmilyen megváltozott munkaképesség miatti (sem rokkantsági, sem rehabilitációs) ellátásban és erre vonatkozó igényt sem nyújtott be, és akit a biztosító biztosítottként elfogad.
- 2.3. Jelen kiegészítő biztosítás legkésőbb a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulót követő első nap 0. órájkor megszűnik.

## 3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, IDŐPONTJA, SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

- 3.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselési tartama alatt bekövetkező, a jelen pontban felsoroltak szerinti kritikus betegségben történő megbetegedése.
- 3.2. Jelen feltételek alkalmazása szempontjából kritikus betegségben való megbetegedésnek minősülnek az alábbiak:
- 3.3. **Roszzindulatú daganat (rákbetegség)**
  - 3.3.1. Jelen feltételek szerint rosszzindulatú daganatos betegségnek minősül bizonyos sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, mely a szövetek roncsolásához vezet, és amely elváltozás sebészeti kezelést, sugárkezelést és/vagy kemoterápiát tesz szükségessé, továbbá a betegség felismerését szövettani eredmény és szakorvosi vélemény igazolja. A környezetüket roncsoló daganattípusok mellett a leukémia, limfóma, szarkóma és Hodgkin-kór besorolású betegségek is szolgáltatási jogosultságot jelentenek.
  - 3.3.2. **Nem biztosítási esemény:**
    - Szövettanilag jóindulatú, pre-malignus, alacsony malignitási fokú daganat.
    - A kiindulási sejt környezetére nem áttérjedő (Tis vagy Ta) daganat.
    - Azon prosztatata daganatok, melyek Gleason szerinti szövettani besorolása nem haladja meg a 6-os értéket, vagy nem éri el a T2N0M0 osztályozási szintet.
    - Nem melanóma típusú bőrdaganatok.
    - Azon melanóma, mely mélységi kiterjedése nem haladja meg az 1 mm-t és T1aN0M0 osztályba sorolt.
    - Azon pajzsmirigy daganatok, melyek átmérője nem nagyobb 2 cm-nél és T1N0M0 osztályba soroltak.
    - HIV fertőzöttség mellett kialakult bármely daganatos betegség.
  - 3.3.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 1 hónap elteltéig. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában életben van.
  - 3.3.4. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
    - A betegség részletes leírása, a határozott diagnózist tartalmazó leletek, kórházi zárójelentések, amelyek igazolják a daganatos betegség rosszzindulatúságát, továbbá a szövettani lelet, képalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény, amely egyértelműen alátámasztja a diagnózist és a daganat környezetbe való terjedését.

### 3.4. Szövetileg jóindulatú agydaganat

3.4.1. Jelen feltételek szerint szövetileg jóindulatú agydaganatnak minősül az agyban elhelyezkedő olyan daganat, mely folyamatosan, legalább 6 hónapon át fennálló idegrendszeri zavart okoz, és melynek jelenlétét képalkotó eljárás (pl. CT, MR) igazolja.

#### 3.4.2. Nem biztosítási esemény:

- **Ciszta, granulóma, az agyi erek malformációja, hematoma, tályog, akusztikus neurinoma, az agyalapi mirigy és a gerinc daganatai.**

3.4.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a 3.4.1. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának időpontja.

3.4.4. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:

- A betegség tényét igazoló részletes orvosi dokumentáció, beleértve a képalkotó eljárások eredményét és az idegrendszeri károsodást igazoló leleteket.

### 3.5. Szívizominfarktus

3.5.1. Jelen feltételek szerint szívizominfarktusnak minősül a szívizom egy részének, a területet ellátó koszorúér betegsége miatt fellépő, a nem megfelelő vérrellátás következtében kialakuló elhalása, melyet a friss szívizomelhalásra jellemző 2 klinikai kép, a laboratóriumi leletekben észlelt eltérések és típusos EKG kép igazol.

#### 3.5.2. Nem biztosítási esemény:

- **Az angina pectoris, egyéb akut koronária szindrómák, szívelégtelenség-, baleset-, szívizomgyulladás- és szívburokgyulladás kapcsán kialakult kórkép.**

3.5.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegség bekövetkeztének orvosilag megállapított időpontját követő 1 hónap eltelté. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában életben van.

3.5.4. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**

- **A betegség bekövetkezéséről és kezeléséről szóló teljes egészségügyi dokumentáció, amelyek tartalmazzák a klinikai kép leírását, az elvégzett laboratóriumi és egyéb diagnosztikus vizsgálatok, valamint az EKG görbe eredményét.**

### 3.6. Agyi érkatasztrófa (stroke)

3.6.1. Jelen feltételek szerint agyi érkatasztrófának minősül az agyszövet pusztulásához vezető olyan esemény – koponyaűri vérzés, agyi ér embóliája vagy trombóza –, mely folyamatosan fennálló idegrendszeri működési zavart okoz és ennek fennállása objektív neurológiai szakvizsgálattal az esemény után legalább 3 hónappal is megállapítható. A diagnózist képalkotó vizsgálatnak kell alá-támasztania, mely igazolja a friss eseményt.

#### 3.6.2. Nem biztosítási esemény:

- **A koponyatrauma okozta agysérülés, az átmeneti agyi keringészavar (TIA), a szem vérellátását biztosító erek elváltozása (ideértve a látóideg vagy retina érelváltozásait), az egyensúlyozó/ vestibuláris rendszert érintő keringési rendellenességek, továbbá a tünetmentesen lezajlott stroke, melyet kizárólag képalkotó eljárás fed fel.**

3.6.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a maradandó, idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 3 hónap eltelté.

3.6.4. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**

- **A betegség bekövetkeztét és a bekövetkezés időpontját megállapító egészségügyi dokumentáció, beleértve a képalkotó vizsgálat eredményét, valamint a neurológiai szakvélemény, amely az esemény után legalább 3 hónappal készült, és az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket ír le.**

### 3.7. Szív-koszorúérműtét

3.7.1. Jelen feltételek szerint szív-koszorúérműtétnek minősül a mellkas megnyitásával járó olyan szív-műtét, amelynek célja a koszorúrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt, egy vagy több szűkületének vagy elzáródásának érgraft beültetésével történő áthidalása.

### 3.7.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **Az éren keresztüli behatolással, katéteres technikával végzett beavatkozás.**

3.7.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a műtét időpontját követő 1 hónap elteltéig. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában életben van.

3.7.4. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**

- **A betegség tényét igazoló lelet, a műtét szükségességét igazoló kardiológiai szakvélemény és a szív-koszorúérműtét elvégzéséről szóló zárójelentés, műtéti leírás.**

### 3.8. **Szervátültetés**

3.8.1. Jelen feltételek szerint szervátültetésnek minősül az olyan műtéti beavatkozás, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó testébe más személy szervezetéből orvosi indokkal szív, tüdő, máj, hasnyálmirigy, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.

### 3.8.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **Az összejtnek, a hasnyálmirigy sziget-sejtjeinek és a szaruhártyának a beültetése.**

3.8.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a műtét időpontját követő 1 hónap elteltéig. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában életben van.

3.8.4. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**

- **A műtét szükségességét igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó teljes egészségügyi dokumentáció.**

### 3.9. **Végstádiumú veseelégtelenség**

3.9.1. Jelen feltételek szerint végstádiumú veseelégtelenségnek minősül, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlan módon olyan mértékben csökkent, hogy szakorvos által elrendelt és ellenőrzött tartós művesekezelés (dialízis) válik szükségessé.

### 3.9.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **Az a betegség, amely esetén a művesekezelésre időlegesen, hevenyen fellépő vesekárosodás miatt van szükség.**

3.9.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a rendszeres művesekezelés szükségességét megállapító szakorvosi vélemény kiállításának időpontját követő 1 hónap elteltéig. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában életben van.

3.9.4. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**

- **A betegség kialakulását és lefolyását feltáró vizsgálati eredmények, zárójelentések, és a rendszeres művesekezelés szükségességét leíró szakorvosi lelet.**

## 4. **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, AKTUÁLIS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG**

4.1. A szerződő díjfizetése ellenében a biztosító a 3. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkeztékor aktuális biztosítási összeget fizeti ki, és ezzel a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

4.2. Az aktuális biztosítási összeg megegyezik a szerződő által az ajánlat aláírásakor választott kezdeti biztosítási összeggel, amely a tartam során az alpbiztosításra vonatkozó értékkeövetési eljárás szerint emelkedik.

4.3. A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosítási összeg csak egy ízben és egyszeresen kerülhet kifizetésre.

4.4. A biztosítási szolgáltatás teljesítésére a biztosító akkor köteles, ha a biztosítási esemény bejelentésére még a biztosított életében sor került, és a szolgáltatás elbírálásához szükséges adatok beszerezhetők.

## 5. **KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ**

5.1. A kezdeti biztosítási összeg nagyságától, a biztosított életkorától, nemétől, foglalkozásától és az egyéb kockázati körülményektől függően, jelen kiegészítő biztosítás kockázatelbírálásához a biztosított egészségi nyilatkozata vagy orvosi vizsgálata, illetve egyéb orvosi iratai szükségesek.

- 5.2. **A biztosító a jelen kiegészítő biztosítás ajánlatának aláírásától számított 6 havi várakozási időt köt ki. Ha a biztosítási esemény ezen időn belül bekövetkezik (kivéve a várakozási időn belül a balesettel összefüggő biztosítási eseményt), úgy a biztosítási szolgáltatás nem kerül kifizetésre és a kiegészítő biztosítás megszűnik.**

## 6. A BIZTOSÍTÁS KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE, TARTAMA, ÉVFORDULÓJA, LEJÁRATA

- 6.1. A jelen kiegészítő biztosítás létrejöttkor az alpbiztosítás tartamából – illetve, ha az alpbiztosítás különös feltételeinek értelmében az alpbiztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnek hátra kell lennie.
- 6.2. Az alpbiztosításra vonatkozó szabályzat szerint jelen kiegészítő biztosítás:
- határozott, egy éves tartamra jön létre, de folyamatosan érvényben marad a következő biztosítási évre, kivéve, ha a szerződő vagy a biztosító a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően írásban jelzi, hogy nem kívánja a jelen szerződést megújítani.
- 6.3. Jelen kiegészítő biztosítás díját a biztosító a kiegészítő biztosítás megkötésétől számított 1 éves időszakokra garantálja. Az 1 éves időszakok elteltét követően a biztosító a fizetendő díjat a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős változása miatt felülvizsgálhatja, új díjkalkuláció és díjszabás alapján új díjakat állapíthat meg. A díjmódosítás mértékéről a biztosító legalább 60 nappal a határozott tartam lejárta előtt, írásban tájékoztatja a szerződőt.
- Az így módosított díj a biztosítás évfordulójától kezdődően érvényes. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, vagy erre nem válaszol legkésőbb 30 nappal az új biztosítási időszak első napját megelőzően, a szerződés a díjmódosítás közlését követő 60. napon megszűnik, ha erre a szerződő figyelmét a módosítással egyidejűleg felhívja a biztosító. Ezzel jelen kiegészítő biztosítás a következő biztosítási időszak első napjának 0 órájával maradékjogok nélkül megszűnik.
- Jelen kiegészítő biztosítás utólagos felvétele esetén az 1 éves határozott tartam számítása az alpbiztosítás biztosítási évfordulójához igazodik, így az első biztosítási év tört év is lehet.

## 7. KÖZLÉSI ÉS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

- 7.1. **Az általános szabályzatok közlési és változásbejelentési kötelezettségre vonatkozó pontjain túlmenően a közlési kötelezettségsértés következményeivel jár és a jelen kiegészítő biztosítás keretében a biztosító nem viseli a kockázatot, ha a kritikus betegség a biztosítottnál a szerződéskötés időpontjában már fennállott, illetőleg ha a kritikus betegséget jelző vagy az azt megelőző megváltozott egészségi állapot a szerződéskötéskor a szerződő vagy a biztosított számára már ismert volt.**
- 7.2. Az általános szabályzatok „**A teljesítéshez szükséges dokumentumok**” megnevezésű mellékletében foglaltakon és az egyes kritikus betegségeknél leírtakon **(3. pont) túlmenően a biztosítási esemény bejelentésekor a biztosító kérheti a biztosított szerződéskötéskori, vagy azt megelőző egészségi állapotára vonatkozó dokumentumokat is.**

## 8. VEGYES RENDELKEZÉSEK

- 8.1. A szolgáltatási igény elfogadhatóságáról a biztosító orvosa dönt a benyújtott, megfelelő dokumentumok és szükség szerint a biztosított személyes vizsgálata alapján. A döntés meghozatalánál a biztosítót más egészségügyi szervezet döntése nem köti.
- 8.2. Jelen kiegészítő biztosítás nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető és kölcsönrel nem terhelhető; megszűnése esetén maradékjoggal nem rendelkezik.