

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

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. Jelen kritikus betegségekre szóló, 20 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. **Rosszindulatú daganat (rákbetegség)**
 - 3.3.1. Jelen feltételek szerint rosszindulatú 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 elteltével. 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 rosszindulatúságát, 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 szív-burokgyulladás 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 keringésszavar (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 elteltével, 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-koszorúér műtét 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 elteltével. 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 elteltével. 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.**
- 3.10. **Alzheimer kór**
- 3.10.1. Jelen feltételek szerint Alzheimer kórnak minősül a gondolkodási funkciók folyamatos és tartós beszűkülésével, viselkedési zavarral és az elbutulást követően kialakuló gyors biológiai leépüléssel jellemezhető betegség.
- 3.10.2. A betegség csak abban az esetben biztosítási esemény, ha a diagnózis felállításának időpontja és a bejelentés időpontja között a betegség tünetei legalább 6 hónapja folyamatosan, tartósan fennállnak. A betegség súlyosságát és a beteg aktuális állapotát minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg az önálló életvitelhez szükséges képességek (napi aktivitás) felmérésével. A biztosítási esemény abban az esetben igazolt, ha a vizsgált funkciók közül legalább három képesség kiesése megállapítható. A vizsgált képességek a következők: táplálkozás, mosdás, öltözködés, helyváltoztatás és toalett használata.
- 3.10.3. **Nem biztosítási esemény:**
- **Az egyéb pszichiátriai betegségek és az alkoholizmus következtében kialakult tünetegyüttes.**
- 3.10.4. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegségnek a biztosító orvosa által megállapított fennállása a 3.10.2-ben foglaltak szerint.
- 3.10.5. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **A betegség kialakulását és lefolyását megfelelően dokumentáló szakorvosi leletek, vizsgálati eredmények, zárójelentések, valamint a 6 hónap elteltével készült, az aktuális állapotot leíró ideggyógyász szakorvos által írt szakvélemény.**

3.11. **Parkinson kór**

3.11.1. Jelen feltételek szerint Parkinson kórnak minősül az olyan progresszív, nem akaratlagos mozgászavar, amelyet remegés, izomfe-
szülés, a mozgások meglassúbbodása és egyensúlyzavar jellemez.

3.11.2. A betegség csak abban az esetben biztosítási esemény, ha a tünetei gyógyszeres kezeléssel nem befolyásolhatók, és a betegség
lefolynása súlyosbodó jelleget mutat, valamint a mindennapi aktivitás felméréseként vizsgált öt funkcióból legalább három tartósan,
legalább 6 hónapon keresztül károsodott. A betegség súlyosságát és a beteg aktuális állapotát minden esetben a biztosító orvosa
állapítja meg az önálló életvitelhez szükséges képességek (napi aktivitás) felméréseivel. A biztosítási esemény abban az esetben
igazolt, ha a vizsgált funkciók közül legalább 3 képesség kiesése megállapítható. A vizsgált képességek a következők: táplálkozás,
mosdás, öltözködés, helyváltoztatás és toalett használata.

3.11.3. **Nem biztosítási esemény:**

- **A gyógyszerek és a toxikus ártalmak okozta tünetcsoport.**

3.11.4. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegségnek a biztosító orvosa által megállapított fennállása a 3.11.2-ben
foglaltak szerint.

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

- **A betegség kialakulását és lefolyását megfelelően dokumentáló szakorvosi leletek, vizsgálati eredmények,
zárójelentések, valamint a 6 hónap elteltével készült, az aktuális állapotot leíró ideggyógyász szakorvos által
írt szakvélemény.**

3.12. **Látás elvesztése**

3.12.1. Jelen feltételek szerint a látás elvesztésének minősül az a mindkét szemet érintő, visszafordíthatatlan, baleset vagy betegség követ-
keztében kialakult teljes, szakorvos által megállapított vakság, mely sem segédeszközzel, sem műtéttel nem korrigálható.

3.12.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a megállapítást leíró szakorvosi vélemény kiállításának időpontját követő 1 hónap
eltelte. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztének
időpontjában életben van.

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

- **A maradandó, nem javítható látásvesztést igazoló, szemész szakorvos által kiadott vizsgálati eredmény és
szakvélemény.**

3.13. **Hallás elvesztése**

3.13.1. Jelen feltételek szerint a hallás elvesztésének minősül az a betegség vagy baleset következtében kialakult, kétoldali, teljes és végleges
hallás megszűnés, melyet szakorvosi vizsgálat igazol, és sem segédeszközzel, sem műtéttel nem korrigálható.

3.13.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a megállapítást leíró szakorvosi vélemény kiállításának időpontját követő 1 hónap
eltelte. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztének
időpontjában életben van.

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

- **Fül-orr-gégész vagy audiológus szakorvos által kiadott szakvélemény és csatolt hallásküszöb-, illetve objektív
audiometriás vizsgálati lelet.**

3.14. **Beszédképesség elvesztése**

3.14.1. Jelen feltételek szerint a beszédképesség elvesztésének minősül az érthető beszédképzés képességének teljes és maradandó elvesz-
tése, melynek oka a gége visszafordíthatatlan károsodása vagy a beidegzést biztosító agyi beszédközpont betegség, daganat vagy
sérülés miatti elváltozása. A beszédképesség elvesztésének legalább 6 hónapja fenn kell állnia és a kóros állapotot szakorvosnak
kell megállapítania.

3.14.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **A beszédképesség pszichiátriai okból történő elvesztése.**

3.14.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a kóros állapot kialakulását követő 6. hónap eltelte.

- 3.14.4. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **A beszédképesség elvesztését és annak körülményeit leíró orvosi dokumentáció és a megállapítást követően legalább 6 hónappal készült, az állapot véglegességét igazoló szakorvosi lelet.**
- 3.15. **Végtag elvesztése**
- 3.15.1. Jelen feltételek szerint végtag elvesztésének minősül kettő vagy több végtag sérülés vagy betegség miatti elvesztése legalább csukló vagy boka szintjében.
- 3.15.2. **Nem biztosítási esemény:**
- **Az öncsonkítás következtében kialakult végtagvesztés.**
- 3.15.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a végtagok egyidejű elvesztésének, vagy a második végtag elvesztésének 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.
- 3.15.4. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **Az amputációkat indokoló és/vagy igazoló orvosi dokumentáció.**
- 3.16. **Kóma**
- 3.16.1. Jelen feltételek szerint kómának minősül az olyan eszméletvesztéssel járó állapot, amikor sem külső ingerekre, sem belső szükségletekre nem reagál a beteg, ez az állapota legalább 96 órán keresztül fennáll, és ebben az időszakban az életben maradás csak mesterséges lélegeztetéssel biztosítható. Emellett a kóma kezdetétől számítva legalább 30 napon át folyamatosan, tünetet eredményező idegrendszeri károsodás áll fenn, mely a biztosító orvos-szakértőjének megítélése szerint maradandó jellegű.
- 3.16.2. **Nem biztosítási esemény:**
- **Az alkohol, gyógyszer vagy kábítószer okozta kóma, valamint a mesterségesen, orvosi eljárás keretében előidézett eszméletlen állapot.**
- 3.16.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a kóma kialakulását követő 30. nap eltelté.
- 3.16.4. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **Az állapot kialakulását és lefolyását, beleértve a tartamát részletesen leíró orvosi dokumentáció és a kialakulást követő 30. nap elteltével az aktuális állapotot leíró szakvélemény.**
- 3.17. **Szívbillentyű csere, illetve helyreállítás**
- 3.17.1. Jelen feltételek szerint szívbillentyű cserének, illetve helyreállításnak minősül a mellkas megnyitásával járó azon műtét, amely során a szív egy vagy több billentyűjének helyreállítására vagy cseréjére a szükséges vizsgálatok eredményei alapján, szakorvos által elrendelten kerül sor.
- 3.17.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a műtét 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.
- 3.17.3. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **A szívbillentyű cseréjét vagy helyreállítását szükségessé tevő betegség kialakulását és lefolyását összefoglaló kardiológiai szakvélemény, zárójelentés, valamint a műtét elvégzéséről szóló szívsebészeti zárójelentés, műtéti leírás.**
- 3.18. **Motoros neuron betegség**
- 3.18.1. Jelen feltételek szerint motoros neuron betegségnek minősül a neurológus szakorvos által megállapított amyotrophias lateralsclerosis (ALS), progressiv bulbaris paralysis, spinális izomatrofia és elsődleges lateralsclerosis (PLS), amikor a tartós neurológiai károsodás a mozgató működés igazolt érintettségével legalább 3 hónapja folyamatosan fennáll.
- 3.18.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegség diagnózisának megállapítását követő 3. hónap eltelté.

- 3.18.3. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **A diagnózist igazoló és a betegség lefolyását leíró orvosi dokumentáció, valamint a tünetek folyamatos fennállását követően legkorábban 3 hónap elteltével készült szakorvosi vélemény.**
- 3.19. **Szklerózis multiplex**
- 3.19.1. Jelen feltételek szerint szklerózis multiplex-nek minősül a betegség diagnózisának ideggyógyász szakorvos által történő felállítása, továbbá az alábbi feltételek teljesülése:
- a mozgató- vagy érző rendszert érintő, legalább 6 hónapja folyamatosan fennálló tünetekben megnyilvánuló idegrendszeri károsodás, illetve
 - a diagnózist alátámasztó objektív neurológiai vizsgálati eredmények megléte (pl. gerincvelői folyadék vizsgálata, vizuális kiváltott válasz, hallási agytörzsi válasz és MRI vizsgálat).
- 3.19.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegség diagnózisának megállapítását követő 6. hónap eltelte.
- 3.19.3. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **A betegség kialakulását és lefolyását megfelelően dokumentáló szakorvosi leletek, vizsgálati eredmények, zárójelentések, valamint a 6. hónap elteltével készült, az aktuális állapotot leíró ideggyógyász szakorvos által írt szakvélemény.**
- 3.20. **Végtagbénulás**
- 3.20.1. Jelen feltételek szerint végtagbénulásnak minősül legalább két végtag mozgásképeségének betegség vagy baleset miatti, legalább 3 hónapja folyamatosan fennálló, teljes és végleges elvesztése. A mozgásképeség elvesztését, visszafordíthatatlan voltát ideggyógyászati vizsgálatokra alapozva szakorvosnak kell megállapítania.
- 3.20.2. **Nem biztosítási esemény:**
- **A részleges bénulás, a „sokidegbetegség” (polineuropátia) következtében kialakult, vagy a vírusfertőzést követő átmeneti bénulás, a lelki ok miatt kialakult bénulás.**
- 3.20.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a végtagok megbénulásának időpontját követő 3. hónap eltelte.
- 3.20.4. A betegség súlyosságát és a beteg aktuális állapotát minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.
- 3.20.5. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **A bénulás(ok) kialakulásának körülményeit leíró teljes orvosi dokumentáció, valamint a 3 hónap elteltével készült szakorvosi vélemény.**
- 3.21. **Harmad- vagy negyedfokú égés**
- 3.21.1. Jelen feltételek szerint harmad- vagy negyedfokú égésnek minősül a testfelület legalább 20%-át érintő III. vagy IV. fokú égési sérülés, ahol az égés súlyosságát és kiterjedését szakorvos állapítja meg a szakma szabályai alapján.
- III. fokú égési sérülés esetén a bőr teljes vastagságában károsodik, hólyagképződés nincs, a felszín érzéketlen.
- IV. fokú égés a bőr alatti szövetek – például izmok és csontok is – elpusztulnak, a sérült végtag gyakran elszenesedik.
- Az égési sérülés kiterjedtségének megállapítása a sérült ember testfelszínének százalékában kerül meghatározásra, oly módon, hogy a sérült személy tenyerének felszíne a testfelület 1százalékának tekinthető. A nagy kiterjedtségű égési felület kiszámítása a Wallace féle 9-es szabály alapján történik, mely a fej-nyak sérülését 9%-ban, egy felső végtag sérülését 9 százalékban, egy alsó végtag sérülését 18%-ban, valamint a törzs első és hátsó oldalának együttes sérülését 36 százalékban határozza meg.
- 3.21.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja az égési sérülés bekövetkezésének orvos által igazolt időpontját követő 1 hónap eltelte. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában életben van.
- 3.21.3. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **Az égés súlyossági fokát és kiterjedését is leíró teljes orvosi dokumentáció.**

3.22. Súlyos fejsérülés

3.22.1. Jelen feltételek szerint súlyos fejsérülésnek minősül az agyszövet károsodása következtében fellépő működési zavar, melyet neurológus szakorvos állapít meg a diagnózist egyértelműen igazoló valamely képalkotó eljárás vizsgálati eredményével alátámasztva. A fejsérülést kizárólag és közvetlenül baleset, erőszakos külső és látható behatás kell, hogy eredményezze. Az idegrendszeri károsodásnak hatással kell lennie a beteg napi aktivitási képességére. A betegség súlyosságát és a beteg aktuális állapotát minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg az önálló életvitelhez szükséges képességek (napi aktivitás) felméréseivel. A biztosítási esemény abban az esetben igazolt, ha a vizsgált funkciók közül legalább három képesség kiesése megállapítható a maradandó idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 6. hét elteltével. A vizsgált képességek a következők: táplálkozás, mosdás, öltözködés, helyváltoztatás, és toalett használata.

3.22.2. Nem biztosítási esemény:

- **A gerincvelő sérülése, illetve a nem baleset következményeként kialakult agyi károsodás.**

3.22.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a maradandó idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 6. hét eltelte.

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

- **A fejsérülés bekövetkezésének körülményeit és az ellátást részletesen leíró, teljes orvosi dokumentáció, valamint a 6 hét elteltével készült szakvélemény.**

4. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, AKTUÁLIS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

4.1. A szerződő díjfizetése ellenében a biztosító a 3. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkeztekor 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 alapbiztosításra vonatkozó értékkövetési 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 a nem baleseti eredetű események bekövetkezése tekintetében. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási esemény alapján a biztosítási szolgáltatás kifizetése nélkül szűnik meg a kiegészítő biztosítás. A tartam alatt bekövetkező baleset miatti biztosítási események tekintetében a biztosító várakozási időt nem alkalmaz.**

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

6.1. A jelen kiegészítő biztosítás létrejöttékor az alapbiztosítás tartamából – illetve, ha az alapbiztosítás különös feltételeinek értelmében az alapbiztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnél hátra kell lennie.

6.2. Az alapbiztosításra 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 alapt biztosítás 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 maradékjogokkal nem rendelkezik.