



Biztosító

CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

1.§ Bevezető rendelkezések

Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés (továbbiakban: biztosítás) a jelen különös feltételek, valamint az életbiztosítási szolgáltatások vonatkozásában a Groupama Garancia Biztosító Zrt. Életbiztosítási Általános Feltételei, a baleset-, betegségbiztosítások vonatkozásában a Groupama Garancia Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei alapján jön létre a Groupama Garancia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között. Amennyiben jelen különös feltételek rendelkezése eltér az általános feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

2.§ Szerződés létrejötte

A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító részéről történő elfogadásával írásban jön létre.

A biztosítás akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik.

3.§ Tartam

A biztosítás határozott, egy éves vagy egy évnél rövidebb tartamra jön létre. Jelen biztosítási feltételek alapján létrejött egy éves tartamú biztosítási szerződés további egy évvel változatlan feltételekkel automatikusan meghosszabbodik akkor, ha a szerződést a tartam lejáratá előtt legkésőbb 30 nappal a szerződő felek bármelyike írásbeli nyilatkozatban nem mondja fel, és a meghosszabbításakor esedékes biztosítási díjat a szerződő annak esedékességekor befizeti. Ezt a szabályt a hosszabbítás leteltekor is megfelelően alkalmazni kell.

4.§ Biztosítottak

(1) Jelen feltételek szempontjából:

- Biztosított:** az a szerződő által meghatározott csoport, melynek tagjaira a biztosítási szerződés létrejött.
 - Csoport:** a biztosított csoport a jelen feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésben foglaltak szerinti azonos foglalkozású vagy tevékenységű, vagy más módon meghatározott személyekből áll.
- (2) A csoportos szerződésekbe új biztosítottat a szerződés tartama alatt bármikor be lehet jelenteni. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változását a szerződő a szerződésben meghatározott módon köteles a biztosítóknak bejelenteni.
- (3) A biztosító jogosult a biztosított csoport valamennyi tagja vonatkozásában a szerződés megkötésekor, illetve új biztosított személynek a csoportba történő bevonásakor a biztosítási védelem kiterjesztése előtt egészségi nyilatkozat kitöltését és/vagy orvosi vizsgálatot előírni.
- (4) A biztosító jogosult az egészségi nyilatkozat, illetve orvosi vizsgálat eredményétől függően a biztosítási védelem kiterjesztését a csoport egyes tagjaira teljes egészében vagy csak bizonyos szolgáltatásokra vonatkozóan korlátozni, visszautasítani, illetve a korábban megállapított díjat módosítani.

5.§ Szerződő

A biztosítási kívánt csoportok biztonságának megóvásában érdekelt személy, aki a biztosítási szerződést megkötöti és a biztosítás tartama alatt a díj-fizetést teljesíti.

6.§ Díjfizetés

- (1) A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítás éves díjfizetésű. A biztosító az éves díjfizetéstől eltérő díjfizetési mód esetén jogosult a szerződésben meghatározottak szerinti pótlékkal emelt díj megállapítására.
- (2) A szerződő a díjat, illetve az éves díjfizetéstől eltérő díjfizetési mód esetén a díj első részletét a szerződés aláírásakor köteles megfizetni.

(3) A biztosítottak létszámának tartam közbeni változása miatt szükséges díjkorrekció a szerződésben meghatározott módon történik. A jelen feltételek alapján létrejött egy éves tartamú biztosítási szerződések esetén a csoportba a tartam közben bevont biztosítottakra a szerződésben meghatározott időarányos díjrész, de legalább 1 havi díjrész fizetendő.

7.§ A biztosító szolgáltatása

- (1) A felek a biztosítás szolgáltatását a 10.§, 11.§, 12.§-ban felsorolt élet-, baleset-, betegségbiztosítási szolgáltatásokból állítják össze, és a szerződésben rögzítik.
- (2) A biztosító teljesítési kötelezettsége csak a szerződésben meghatározott biztosítottak körére, a szerződésben megnevezett szolgáltatások vonatkozásában, a szerződésben meghatározott biztosítási összeg erejéig, a szerződésben meghatározott körülmények között áll fenn.
- (3) A biztosítási védelem azon biztosítási eseményekre terjed ki, melyek a jelen különös feltételek alapján létrejött szerződésben megnevezett területi, időbeli és egyéb – a szerződésben esetlegesen meghatározott – feltételek szerint következnek be.
- (4) A biztosított csoport azon tagjaira, akik a szerződéskötéskor kórházi, orvosi kezelés alatt állnak, vagy keresőképtelenek, az élet- és betegségbiztosítási védelem a kórházi, orvosi kezelés befejezte, illetve a keresőképeség helyreállása utáni napon kezdődik.

8.§ Várakozási idő

- (1) A várakozási idő minden egyes biztosított esetén attól az időponttól számítandó, amikor az adott biztosítottra nézve a biztosítási védelem elkezdődik.
- (2) A biztosítási szerződés meghosszabbítása esetén a változatlan feltételekkel meghosszabbított szolgáltatásokra azon biztosítottaknál, akiknél a biztosítási védelem kezdete óta a várakozási idő már eltelt, újabb várakozási idő nincs.

9.§ Maradékjog és értékkövetés

- (1) A módzat maradjogokkal nem rendelkezik, nyereségrészesedésre nem jogosít, a biztosítás vonatkozásában a biztosító kötvénykölcsonnt nem nyújt.
- (2) A biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

10.§ Rendelkezések életbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában

- (1) **Biztosítási esemény:** az Életbiztosítás Általános Feltételekben foglaltak szerint a biztosított tartamon belül bekövetkező halála.
- (2) **Életbiztosítási szolgáltatásként** a biztosított halála esetén a biztosító az Életbiztosítás Általános Feltételei szerint a szerződésben meghatározott halál esetére szóló összeget fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.
- (3) Az életbiztosítási szolgáltatás tekintetében a biztosító az Életbiztosítás Általános Feltételeinek megfelelően 6 hónap várakozási időt köt ki.

11.§ Rendelkezések balesetbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában

- (1) Biztosítási esemény a Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételekben foglaltak szerint:
- a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű halála;
 - a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű rokkantsága;
 - a biztosított csonttörése, csontrepedése;
 - a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű kórházi ápolása;
 - a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű táppénzes állománya, ha a táppénzes állományba került személy a szerződés megkötésekor saját jogon, a társadalombiztosítási szabályok értelmében táppénzre jogosult és nem keresőképtelen;

- f. a biztosítottna tartamon belül elvégzett baleseti eredetű nagy-, közepes vagy kisműtét;
- g. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti sérülése;
- h. a biztosított – mellékletben meghatározott – égési sérülése.

(2) Közlekedési balesetbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában biztosítási esemény az a közlekedési esemény, melynek következménye

- a. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű halála;
- b. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű rokkantsága;
- c. a biztosított csonttörése, csontrepedése;
- d. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű kórházi ápolása;
- e. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti eredetű táppénzes állománya, ha a táppénzes állományba került személy a szerződés megkötésekor saját jogon, a társadalombiztosítási szabályok értelmében táppénzre jogosult és nem keresésképtelen;
- f. a biztosítottna tartamon belül elvégzett baleseti eredetű nagy-, közepes vagy kisműtét;
- g. a biztosított tartamon belül bekövetkező baleseti sérülése;
- h. A poggászbiztosítás szempontjából biztosítási esemény a biztosított poggászának, ruházatának a biztosított közlekedési balesetével együtt járó sérülésével, vagy a járművet ért balesetből eredő megrongálódása, megsemmisülése, elveszése. A poggászbiztosítási védelem nem terjed ki a készpénzre, készpénzt helyettesítő fizetési eszközre, ékszerekre, nemesfémekre, művészeti tárgyakra, gyűjteményekre, nemes szőrmékre, állatokra, értékpapírokra, okmányokra, menetjegyekre.

Jelen feltételek alapján közlekedési eseménynek minősül a közúti közlekedés szabályairól szóló 1/1975. (II. 5.) KPM-BM együttes rendelet hatálya alá tartozó közlekedés során gépjárművel közvetlen okozati összefüggésben bekövetkező esemény.

Gépjármű: olyan jármű, amelyet beépített erőgép hajt.

Jármű: közúti szállító- vagy vontató eszköz, ideértve az önjáró vagy vontatott munkagépet is. A mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekés szék és a gépi meghajtású kerekés szék – ha sík úton önjárási sebességnél gyorsabban haladni nem képes, továbbá a gyermekkocsi és a talicska – azonban nem minősül járműnek. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.

(3) Balesetbiztosítási szolgáltatásként a Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei szerint:

- a. Baleseti halál esetén a biztosító a szerződésben meghatározott baleseti halál esetére szóló összeget fizeti.
- b. Baleseti rokkantság esetén a biztosító a szerződésben meghatározott baleseti rokkantság esetére szóló összegből a szerződésben meghatározott, a rokkantság fokának megfelelő hányadot fizeti.
- c. Csonttörés, csontrepedés esetén a biztosító a szerződésben meghatározott csonttörés, csontrepedés esetére szóló összeget fizeti.
- d. Baleseti eredetű kórházi ápolás esetén a szerződésben meghatározott napi térítést fizeti minden olyan naptári napra, amit a biztosított a szerződésben megjelölt biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal kórházban töltött.
- e. Baleseti eredetű kórházi ápolás esetén a biztosító a szerződésben meghatározott kórházi gyógyulási támogatás összegét egyösszegben fizeti, ha a kórházi ápolás hossza a szerződésben rögzített napok számát eléri.
- f. Baleseti táppénzes állomány esetén a biztosító a szerződésben meghatározott jövedelemkiegészítő napi térítést fizeti minden olyan naptári napra, amit a biztosított a szerződésben megjelölt biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal táppénzes állományban töltött.
- g. Baleseti műtét esetén a biztosító nagyműtét esetén a szerződésben baleseti nagyműtetre, közepes műtét esetén a szerződésben baleseti közepes műtetre, kisműtét esetén a szerződésben baleseti kisműtetre meghatározott összeget fizeti.
- h. A biztosító baleseti sérülés esetén, a baleseti költségtérítésre nyújtott támogatásként legfeljebb a szerződésben baleseti költségtérítésre meghatározott biztosítási összeg mértékéig, az igazolt, balesettel kapcsolatban felmerült, orvosilag indokolt és szükséges költségeket számla ellenében téríti meg. Baleseti költségnek minősül a Magyarországon kiállított számlával igazolt, balesettel kapcsolatos gyógyászati segédeszközöknek vagy más, a kezeléshez szükséges eszközöknek a kezeléshez szükséges mennyiségben való beszerzési költsége. Nem minősül baleseti költségnek a gyógyászati segédeszköz beszerzésének a költsége, ha az nem áll közvetlen okozati összefüggésben a balesettel. A gyógyászati segédeszköz szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja.

- i. Égési sérülés esetén a biztosító a szerződésben meghatározott égés esetére szóló összeget fizeti.

- j. A biztosító **poggászbiztosítási szolgáltatásként** poggászkar esetén a jegyzőkönyvvel igazolt kárt a károsodott tárgy káridőponti avult értékét, de legfeljebb a biztosítási szerződésben meghatározott összeget fizeti.

A szolgáltatást a biztosító az arra jogosult számára az általa megjelölt módon teljesíti.

(4) A felek megállapodhatnak a balesetbiztosítási szolgáltatásokra vonatkozó biztosítási védelemnek kifejezetten csak a munkahelyi balesetekre történő korlátozásában (munkahelyi balesetek biztosítása). E feltételek alkalmazásában:

- a. munkahelyi baleset a biztosítottat a szerződő által meghatározott, az ajánlaton megjelölt és a díjszabás alapjául vett tevékenysége (foglalkozása körében végzett munka vagy díjazásért végzett sporttevékenység, vagy más díjazásért végzett tevékenység) során, a tevékenység végzésének munkáltató által kijelölt helyszínén érő, a társadalombiztosítási jogszabályok szerint baleseti ellátásra jogosító baleset, kivéve a foglalkozási betegségeket;
- b. munkahelyi baleset a biztosítottat a lakóhelyéről a munkahelyre és a munkahelyről közvetlenül a lakóhelyére vezető – megszakítás nélküli legrövidebb – úton érő baleset is;
- c. szabaddidős baleset minden olyan baleset, amely nem tekinthető munkahelyi balesetnek, valamint nem díjazásért folytatott tevékenység, vagy nem díjazás ellenében folytatott sporttevékenység során következik be;
- d. a tevékenység, sport akkor tekintendő díjazásért végzettnek, ha a biztosított a költségeken felül javadalmazásban részesül.

(5) A biztosító egy biztosítási eseményből eredően a csonttörés, csontrepedés, illetve a baleseti kisműtét szolgáltatások közül csak az egyik – a nagyobb összegű térítésre jogosító – szolgáltatást teljesíti.

(6) A balesetbiztosítási, közlekedési balesetbiztosítási szolgáltatások vonatkozásában várakozási idő nincs.

12.5 Rendelkezések betegségbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában

(1) Biztosítási esemény a Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételekben foglaltak szerint:

- a. a biztosított tartamon belül bekövetkező betegségi eredetű kórházi ápolása;
- b. a biztosítottna tartamon belül elvégzett betegségi eredetű nagy-, közepes vagy kisműtét;
- c. a biztosított tartamon belül bekövetkező betegségi eredetű táppénzes állománya, ha a táppénzes állományba került személy a szerződés megkötésekor saját jogon, a társadalombiztosítási szabályok értelmében táppénzre jogosult és nem keresésképtelen;
- d. a biztosítottnál a tartamon belül jelen feltétel 2. mellékletében szereplő rettegett betegségek listáján szereplő esemény bekövetkezte, amennyiben az eseményt a biztosított legalább 28 nappal túlélte;
- e. a biztosított részére az arra illetékes rehabilitációs szakértői szerv rokkantsági ellátást állapít meg, és a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján egészség állapota 1-30%-os mértékű.

(2) Betegségbiztosítási szolgáltatásként a Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei szerint:

- a. A biztosított betegségi kórházi ápolása esetén a biztosító a szerződésben meghatározott napi térítést fizeti minden olyan naptári napra, amit a biztosított biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal kórházban töltött.
 - b. Betegségi műtét esetén a biztosító nagyműtét esetén a szerződésben betegségi nagyműtetre, közepes műtét esetén a szerződésben betegségi közepes műtetre, kisműtét esetén a szerződésben betegségi kisműtetre meghatározott biztosítási összeget fizeti.
 - c. Betegségi táppénzes állomány esetén a szerződésben meghatározott jövedelemkiegészítő napi térítést fizeti minden olyan naptári napra, amit a biztosított biztosítási eseményből adódóan megszakítás nélkül vagy megszakításokkal táppénzes állományban töltött.
 - d. Rettegett betegség esetén a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti. A biztosító a biztosítás tartama során minden biztosított részére legfeljebb egyszer teljesít rettegett betegségek esetére szóló szolgáltatást, több betegség együttes fellépésekor is csak egy betegségre.
 - e. ha a biztosított részére az arra illetékes rehabilitációs szakértői szerv rokkantsági ellátást állapít meg, és a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján egészség állapota 1-30%-os mértékű a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti.
- (3) A rettegett betegség szolgáltatás teljesítése esetén a rettegett betegség diagnosztizálása után bekövetkezett, azzal összefüggésben lévő egyéb be-**

tegségbiztosítási eseményekből eredő igényekre a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

(4) A betegségi kórházi napi térítés és betegségi táppénzkiegészítő szolgáltatások vonatkozásában a biztosító új biztosítási esemény bejelentésekor megvizsgálja, hogy a biztosítási esemény bekövetkeztét megelőző 5 éven belül ugyanezen biztosított esetén összesen hány napra teljesített napi térítés szolgáltatást. Az így megállapított, megelőző 5 évben térített napok száma és az új biztosítási eseményre térített napok száma együtt nem lehet több 365 napnál.

(5) A betegségbiztosítási szolgáltatások tekintetében a biztosító várakozási időt köt ki. A várakozási idő 6 hónap.

Ha a biztosított halála a várakozási időn belül következik be, a biztosító életbiztosítási szolgáltatást nem teljesít, és az addig befizetett életbiztosítási díjrészeknek az érintett biztosítottra eső részét visszafizeti a szerződőnek. Ha a várakozási idővel érintett betegségbiztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító a szolgáltatást nem teljesíti, és a befizetett díjakból vissz térítés nem ad.

13.§ A baleset- és a betegségbiztosítási szolgáltatásokra vonatkozó közös rendelkezések

(1) Mind a baleseti, mind a betegségi műtéti térítési szolgáltatás egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb egy, a legmagasabb szolgáltatású műtetre vehető igénybe. Amennyiben a biztosító a biztosítási eseményből eredően műtéti szolgáltatást már teljesített, és ez után ugyanazon biztosítási eseményből eredően súlyosabb műtetre kerül sor, a biztosító a már teljesített és az elvégzett legsúlyosabb műtétnek megfelelő szolgáltatás különbözetét fizeti.

(2) A baleseti és betegségi kórházi napi térítés és táppénzkiegészítő szolgáltatások tekintetében a biztosító egy biztosítási eseményből eredően összesen legfeljebb 365 napra nyújt térítést.

(3) A baleseti vagy betegségi kórházi ápolási és a baleseti vagy betegségi táppénzes állomány vonatkozásában a szerződő és a biztosító megállapodhatnak önrész alkalmazásában. Ekkor csak a szerződésben önrészként megjelölt napok számát meghaladó megszakítás nélküli kórházi ápolási, illetve táppénzes esetek minősülnek biztosítási eseménynek.

(4) Mind a baleseti, mind a betegségi kórházi napi térítési és a táppénzkiegészítő szolgáltatások tekintetében a felek megállapodhatnak levonásos vagy meghaladásos önrész és/vagy térítési maximum alkalmazásában is.

(5) A szerződésben meghatározott önrész esetén a biztosító térítési kötelezettsége csak abban az esetben áll fenn, ha a kórházi ápolás vagy táppénzes állomány megszakítás nélküli tartama meghaladja az önrészként megjelölt napok számát.

(6) Meghaladásos önrész esetén a biztosító az önrészt meghaladó esetekre visszamenőleg, az ápolás vagy táppénzes állomány első napjától térít.

(7) Levonásos önrész esetén a térítési kötelezettség visszamenőleg nem áll fenn, csak az önrészt meghaladó első nappal indul.

(8) Amennyiben a szerződő a baleseti vagy betegségi kórházi ápolási, illetve táppénzkiegészítő szolgáltatások vonatkozásában térítési maximumot határoz meg, a biztosító az adott szolgáltatásra egy biztosítási évben csak a szerződésben térítési maximumként megjelölt számú napra nyújt szolgáltatást. Ha a szerződő ugyanezen szolgáltatás vonatkozásában levonásos önrészt határoz meg, a térítési maximumba az önrészek megfelelő napok is beleszámítanak. Ha a biztosított egy biztosítási év során – az adott szolgáltatásra vonatkozó valamennyi ez idő alatt bekövetkező biztosítási eseményből eredően – összesen a szerződésben meghatározott maximumnál több napot tölt kórházban, illetve táppénzes állományban, a biztosító térítési kötelezettsége a továbbiakban nem áll fenn.

14.§ Kizárások, mentesülések

A biztosítási védelem az Életbiztosítás Általános Feltételei és a Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételeiben meghatározott eseteken túl nem terjed ki:

(1) a szerződés megkötésekor már meglévő egészségkárosodásokra (és az ezekkel közvetlenül összefüggésbe hozható biztosítási eseményekre);

(2) a biztosított versenyszerűen, díjazásért üzött sporttevékenységére, függetlenül attól, hogy az adott tevékenységre a társadalombiztosítási védelem kiterjed-e vagy sem, kivételt képez ez alól, ha a biztosítási szerződés rendelkezései a biztosítási védelmet ezen kockázatra is kiterjesztik;

(3) mentális- és viselkedészavarokból eredő rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján megállapított 1-30%-os mértékű egészség állapot fennállására, kórházi ápolásra, táppénzes állományra kivéve az üzemi balesetre, foglalkozási betegségekre közvetlenül visszavezethető mentális és viselkedészavarokat.;

(4) nem orvosi szakvégtzettségű egyén általi kezelése;

(5) azon táppénzes esetekre, amikor táppénzen való tartózkodásra közegészségi, járványügyi vagy állategészségügyi zárlat miatt kerül sor;

(6) mandulaműtetre, és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve ehhez szükséges beavatkozásokra.

(7) A biztosító nem teljesít szolgáltatást, ha a halál, illetve rokkantság

a. a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben;

b. a biztosított jogosítvány nélküli vagy ittas vezetése közben;

c. kábító vagy bódító hatású szer által befolyásolt állapotban;

d. háborús, polgárháborús harci cselekmények során;

e. AIDS vírushatózótsággal való okozati összefüggésben

következett be. Gépjárművezetésnél ittas állapotnak minősül, ha a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosított személy véralkohol-koncentrációja a 0,31 ezreléket eléri vagy meghaladja. Járművezetésnél ittas állapotnak minősül, ha a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosított személy véralkohol-koncentrációja a 0,8 ezreléket eléri vagy meghaladja.

15.§ Teljesítés

(1) A biztosítási esemény bejelentése a szerződő kötelessége. A szolgáltatási igényt a szolgáltatásra jogosult személy is benyújthatja a biztosítónak.

(2) A szolgáltatások iránti igény bejelentése esetén a biztosító az igényelt összes dokumentum benyújtásától számított 15 munkanapon belül teljesíti szolgáltatását.

(3) A szerződés szerinti dokumentumok benyújtására a biztosító esetenkénti elbírálás alapján haladékat adhat.

(4) A szolgáltatási igény bejelentésekor a biztosító a Baleset és Egészségbiztosítási Általános feltételek 14.§ (6) pontjában felsoroltakon kívül az alábbi dokumentumok bemutatását kéri:

a. a biztosító által kiadott (a kezelő orvos által kitöltött és aláírt) szolgáltatási igénybejelentőt;

b. a szolgáltatást igénylő személy biztosított csoporthoz tartozását igazoló dokumentumokat;

c. rokkantsági ellátásra való jogosulttá válás esetén az illetékes társadalombiztosítási szerv jogerős határozatát az 1-30%-os mértékű egészség állapot fennállásáról.

(5) A bemutatott dokumentumok mellett a biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését is kezdeményezheti. A biztosító által kezdeményezett orvosi vizsgálatok költsége a biztosítót terheli.

(6) Huzamos kórházi tartózkodás vagy táppénzes állomány esetén a biztosító 30 naponként, a szerződésben foglaltak szerint, folyamatosan teljesíthet szolgáltatást.

16.§ A biztosítás megszűnése

A biztosítás megszűnik

(1) ha a biztosítás tartama lejárt, és a biztosítás nem került meghosszabbításra;

(2) a biztosítási díj esedékességétől számított 30 nap elteltével, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg és a szerződő arra halasztást nem kapott, illetve a biztosító követelését bírósági úton nem érvényesítette;

(3) ha a biztosított csoport megszűnik.

17.§ Egyéb rendelkezések

(1) A kötvény megsemmisülése vagy elvesztése esetén a biztosító a szerződő fél írásbeli nyilatkozatára az eredeti kötvényről a kérelem kézhezvételétől számított 60 napon belül hiteles másolatot állít ki, miután az okirat megsemmisüléséről vagy elvesztéséről a kérelmező írásban teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozatot tett. A hiteles másolat kiadásával egyidejűleg az eredeti kötvény hatályát veszti. A hiteles másolat kiállításának költségei a kérelmezőt terhelik.

(2) A biztosításból eredő igények elévülési ideje 5 év.

(3) A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog Magyarország joga.

Mellékletek

1. melléklet:

1-30%-os mértékű egészségi állapot fennállása

1-30%-os mértékű egészségi állapotnak minősül:

(1) Ha a biztosított személynek az arra illetékes rehabilitációs szakértői szerv rokkantsági ellátást állapít meg, és a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján egészségi állapota 1-30%-os mértékű.

(2) Az előző meghatározástól függetlenül a biztosító előzetesen rokkantságnak minősítheti a következő testrész-elvesztések, illetve funkcióvesztések bekövetkezését, akkor is, ha a társadalombiztosítási szerv határozata még nem áll rendelkezésére:

- mindkét szem, illetve a szemek látóképességének teljes és végleges elvesztése;
- mindkét kéz (csuklóból vagy csukló felett történő) elvesztése;
- mindkét láb (bokából vagy boka felett történő) elvesztése.

2. melléklet: Rettegett betegségek

(1) Rettegett betegségnek minősül az alábbi betegségek, állapotok diagnosztizálása, amennyiben a diagnózis megtörtént, és azt a beteg legalább 28 nappal túlélte:

(2) **Rák:** Egy vagy több rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, beleértve a leukémiát (a krónikus lymphocitás leukémián kívül), a nyirokmirigyekből kiinduló rosszindulatú daganatokat (lymfómák), és a Hodgkin betegséget is, amelyeket a rosszindulatú sejtek ellenőrizhetetlen növekedése és áttételei, valamint az egészséges szövetekre történő ráterjedése és azok megsemmisítése jellemeznek. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia. Jelen kiegészítő biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:

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

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

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

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

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

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

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

(9) **Súlyos égési sérülés:** Harmadfokú égési sérülés, amely a testfelszín le-

galább 20%-át érinti, ahogyan ezt a un. „9-es szabály” vagy a „Lund and Browder Body Surface Chart” által mérik.

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

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

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

(12) **Vértranszfúzióból származó HIV vagy AIDS fertőzés:** Az életbiztosított személy HIV vagy AIDS fertőzött, feltéve hogy:

- a fertőzés olyan transzfúzióknak tulajdonítható, melyet az illető jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötése után kapott;
- a transzfúziót végző intézmény elismeri a felelősséget;
- a fertőzött életbiztosított személy nem hemofilias;
- életveszélyes állapot áll fenn és nincsen ismert gyógyítási mód.

3. melléklet: A biztosító a felsorolt biztosítási eseményeket az alábbi dokumentumok megléte esetén ismeri el:

(1) Rosszindulatú daganatos (rák) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján történik.

(2) Szívroham (infarctus) elfogadásának feltételei a következők:

- a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
- az infarctusra jellemző EKG eltérések megléte;
- a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.

A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarctus diagnosztizálásához.

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

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

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

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

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

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

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

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

(11) Vér transzfúzióból származó HIV vagy AIDS fertőzés diagnosztizálásának elfogadása a HIV vírus fertőzés laboratóriumi diagnosztizálásán, illetve a szerzett immunhiányos szindróma (AIDS) klinikai laboratóriumi eltérések dokumentálásán alapul, feltéve, hogy a 2. melléklet (12) bekezdésében felsorolt feltételek fennállnak.

A szívkoszorúér megkerülő műtéte és a szervtranszplantáció műtéte előtt, ha az nem Magyarországon történik, a biztosító orvosszakértőjével történő konzultáció szükséges.