

Kiszámoló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott kiegészítő baleseti- és egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételei

A jelen szabályzatban foglalt Általános Biztosítási Feltételek a Különös Biztosítási Feltételekkel és az alábbiakban felsorolt mellékletekkel együtt (a továbbiakban együttesen: **Biztosítási Feltételek**) érvényesek az **NN Biztosító Zrt.** (1139 Budapest, Fiastyúk utca 4-8., a továbbiakban Biztosító) és a **Kiszámoló Egyesület** (2040 Budaörs, Ébner György köz 4., adószám: 18747636-1-13, Nyilvántartó szervezet: Budapest Környéki Törvényszék, Statisztikai számjel: 18747636-8559-529-13, Nyilvántartási szám: 13-02-0006984, a továbbiakban Szerződő) között **2019.04.30. napján** létrejött a Kiszámoló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott kiegészítő baleseti- és egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos biztosítási szerződésre (továbbiakban Csoportos Biztosítás) és a Csoportos Biztosítás alapján a **2026. június 19. napján vagy azt követően a Csoportos Biztosításhoz csatlakozó Biztosítottak biztosított jogviszonyára**. Jelen Biztosítási Feltételek 17. pontja egyúttal az ügyfél-tájékoztatás célját is szolgálja.

Mellékletek:

1. számú melléklet: Biztosítási Csomagok
2. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási szolgáltatás elbírálásához bekérhető okiratokról
3. számú melléklet: Baleseti eredetű súlyos és maradandó egészségkárosodások táblázata
4. számú melléklet: 32 súlyos betegség definíciói

A Biztosító a biztosítási fedezet mellett **térítésmentesen asszisztencia szolgáltatást** biztosít az asszisztencia-szolgáltató partnere közreműködésével. Az asszisztencia szolgáltatásokra vonatkozó rendelkezéseket a Kiszámoló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott csoportos élet- baleset - és egészségbiztosításhoz kapcsolódó díjmentes asszisztencia szolgáltatás igénybevételére vonatkozó szabályok tartalmazzák, amelyek a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu) és a eletbiztositas.kiszamolo.hu honlapon érhetők el.

Az Általános Biztosítási Feltételben, illetve az adott biztosítási fedezetre vonatkozó Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban Ptk.) rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak. Minden olyan szokás és gyakorlat, amelynek alkalmazásában a szerződés alanyai, azaz a Szerződő, a Biztosított és a Biztosító a korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, a jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejött Csoportos Biztosításban és a biztosított jogviszonyokban nem irányadóak, további alkalmazásukat a Szerződő, a Biztosított és a Biztosító kizárják. Ezen túlmenően az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a Csoportos Biztosítás és a biztosított jogviszony részévé, alkalmazásukat a Szerződő, a Biztosított és a Biztosító szintén kizárják üzleti kapcsolatukban.

Általános Biztosítási Feltételek

1. A biztosítási szerződés alanyai

- 1.1. **Szerződő:** a Kiszámoló Egyesület, amely a Biztosítóval a Csoportos Biztosítást megkötöti és az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, valamint a Csoportos Biztosítás díját a Biztosítónak megfizeti és a Biztosítottaktól a rájuk eső biztosítási díjat beszedi.
- 1.2. **Biztosított:** akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási jogviszony létrejön. Biztosított az a 18 és 55 év közötti természetes személy lehet, aki a Szerződővel tagsági jogviszonyban álló egyesületi tag vagy pártoló tag, a Csoportos Biztosításhoz Biztosított Nyilatkozattal csatlakozik, és egyúttal vállalja a biztosítási díj megfizetését a Szerződő részére, és a díjfizetést folyamatosan, annak esedékessége szerint teljesíti, valamint akinek a csatlakozási kérelmét a Biztosító elfogadja. A Biztosított életkorának kiszámítása: a Biztosított Nyilatkozat megtételének évéből kivonva a Biztosított születési évét.
- 1.3. **Kedvezményezett:** a biztosítási szolgáltatásra jogosult személy, aki:
- a) ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé: a Biztosított
 - b) ha a szolgáltatás a Biztosított halála miatt válik esedékessé:
 - 1.b.1. a Biztosított által a Kedvezményezett jelölő nyilatkozatban megnevezett személy vagy személyek vagy
 - 1.b.2. a Biztosított örököse, ha a Biztosított halála esetére a Kedvezményezett-jelölő nyilatkozatban nem neveztek meg Kedvezményezettet;
- Kedvezményezett kijelölésekor több Kedvezményezett esetében százalékosan meg kell határozni a jogosultságuk arányát. Ennek hiányában a Biztosító a Kedvezményezettek részére egyenlő arányban teljesíti a biztosítási szolgáltatást.
- Jelen Általános Biztosítási Feltétel alapján a Biztosított önállóan, a Szerződő hozzájárulása nélkül jogosult haláleseti kedvezményezettet jelölni.
- A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezéséig személyesen a Biztosító székhelyén fenntartott ügyfélszolgálaton megtett, illetve postai úton a jelen Általános Biztosítási Feltételek 19.3. pontja szerinti címre megküldött írásbeli nyilatkozattal (Kedvezményezett-jelölő nyilatkozat) a halála esetére Kedvezményezettet jelölhet, illetve a Kedvezményezett kijelölést bármikor visszavonhatja, vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg.
- A Kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a Biztosított halála esetére megnevezett Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy gazdálkodó szervezet esetében jogutód nélkül megszűnik. Ebben az esetben új Kedvezményezettet kell kijelölni. Ennek hiányában a Biztosított örökösét kell Kedvezményezettnek tekinteni.
- A Biztosított a Kedvezményezett kijelölés megtétele előtt köteles megszerezni a Kedvezményezett hozzájáruló nyilatkozatát arról, hogy a kedvezményezett jelöléshez szükséges személyes adatait a Biztosító nyilvántartsa a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítése céljából.
- 1.4. **Biztosító:** az NN Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, valamint a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 1.5. **Függő Ügynök:** Csernok Miklós egyéni vállalkozó, aki a Biztosítóval kötött megbízási szerződés alapján, a Biztosító megbízásából eljárva közreműködik a Biztosítottak Csoportos Biztosítási szerződéhez történő csatlakoztatásában.

2. A biztosítási fedezetek és fogalmak

- 2.1. A Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5. pontjában meghatározottak szerint a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében szereplő Biztosítási csomagok közül választhat. A

Biztosító a választott Biztosítási csomagtól függően az alábbi biztosítási kockázatokra nyújtja a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatást:

Alapbiztosítási fedezet

- A Biztosított bármely okból bekövetkező halála

Kiegészítő baleset- és egészségbiztosítási fedezetek

- A Biztosított baleseti eredetű halála
- A Biztosított baleseti eredetű a Különös Biztosítási Feltételek 22. pontjában meghatározott rokkantsága
- A Biztosított bármely okú Különös Biztosítási Feltételek 27. pontjában meghatározott rokkantsága
- A Biztosított bármely okból végrehajtott műtéti beavatkozás
- A Biztosított baleset következtében végrehajtott műtéti beavatkozás
- A Biztosított baleseti csonttörése, csontrepedése
- A Biztosított baleseti okból történő kórházi kezelése
- A Biztosított bármely okból történő kórházi kezelése
- A Biztosított baleseti okból történő keresőképtelensége
- A Biztosítottnak a Különös Biztosítási Feltételek 30. pontjában meghatározott 32 súlyos betegség közül valamelyikben történő megbetegedése

2.2. Jelen feltételek alkalmazásában:

2.2.1. **Baleset:** az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés ideje alatt éri, és amellyel összefüggésben a Biztosított a Különös Biztosítási Feltételekben az egyes fedezeteknél meghatározott időn belül a meghatározott károsodást szenved el. **Nem minősül balesetnek a megemelést, a rándulást, a habituális ficamot, a patológiás törést, a fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegséget, a rovarcsípést, a fagyást, a kihűlést, a napszúrást, a nap általi égést, a hőguta, a szilárd, folyékony, légnemű anyagok bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülést, a Biztosított elme vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkező eseményt, és az orvosi műhibát. Nem minősül balesetnek a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkező eseményt, a Biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérletéből eredő sérülést.**

2.2.2. **Közlekedési baleset:** az a baleset, amely azért következik be, hogy a Biztosított

- a) közúti járművet arra jogosító érvényes engedély birtokában vezet,
- b) utasként szárazföldi, vasúti vagy vízi járművet vesz igénybe, a szállítási, utazási feltételeknek megfelelően, vagy szárazföldi, vasúti, vízi járművet arra jogosító érvényes engedély birtokában vezet,
- c) légi utasként menetrend szerinti, illetve charter légiforgalmi eszközt az utazási feltételeknek megfelelően használ vagy menetrend szerinti, illetve charter légiforgalmi eszközt arra jogosító érvényes engedély birtokában vezet,
- d) utasként tömegközlekedési eszközt az utazási (szállítási) feltételeknek megfelelően használ, vagy tömegközlekedési eszközt arra jogosító érvényes engedély birtokában vezet,
- e) gyalogként vagy kerékpárként közterületen vagy közforgalom által el nem zárt magánterületen más közlekedési eszközzel okozott baleset sérültje lesz.
- f) Nem minősül közlekedési balesetnek:
 - a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,
 - a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,

- a jármű vezetőjét, utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.
- 2.2.3. **Biztosítási csomag:** A Biztosító a bármely okú halál kockázati életbiztosítási fedezet, mint alapbiztosítási fedezet mellett tíz kiegészítő biztosítási fedezetből négy Biztosítási csomagot állított össze. A Biztosítási csomagok eltérő szolgáltatási tartalommal és biztosítási összegekkel, valamint térítésmentesen nyújtott asszisztencia szolgáltatásokkal rendelkeznek az adott Biztosítási csomag típusától függően a jelen Biztosítási Feltétel 1. számú mellékletében meghatározottak szerint.
- 2.2.4. **Biztosított Nyilatkozat:** a Biztosított által tett szándéknyilatkozat, amellyel a Biztosított a biztosított jogviszonyra vonatkozó tájékoztatás alapján kéri a Csoportos Biztosítás hatályának rá, mint Biztosítottra, történő kiterjesztését az általa választott Biztosítási csomagban meghatározott fedezetek vonatkozásában.
- 2.2.5. **Egészségi vizsgálat/nyilatkozat:** a Biztosított – a Biztosító által rendszeresített formanyomtatványon benyújtott – egészségi nyilatkozata alapján elvégzett egészségi kockázatfelmérés.
- 2.2.6. **Jármű:** a közlekedésben részt vevő, szárazföldi, vasúti vagy légi, illetve gépi meghajtású vízi szállító vagy vontatószerkezet, továbbá önjáró vagy vontatott munkagép. Nem minősül járműnek a mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekesszék és a gépi meghajtású kerekesszék, ha sík úton önerejéből 10 km/órasedbességnél gyorsabban haladni nem képes, továbbá a gyermekocsi és a talicska. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.
- 2.2.7. **Műtétnek** minősül a Biztosított számára káros baleseti következmények elkerülésére vagy mérséklésére orvosilag szükségesnek tartott és szakorvos által az Európai Unió területén végzett eljárás, amelyet az orvosszakmai szabályok betartásával végeznek. A műtétet kórházban, illetve orvosi rendelőben kell elvégezni, s erről műtéti leírással, kórházi zárójelentéssel vagy a beavatkozás ambuláns naplójában rögzített dokumentációjával kell rendelkezni.
- 2.2.8. **Kórháznak** minősül a működési, hatósági engedéllyel rendelkező, fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen Biztosítási Feltételek szempontjából **nem minősülnek kórháznak** még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek:
- nappali kórház¹
 - a szanatóriumok, rehabilitációs intézmények, rehabilitációs osztályok,
 - pszichiátriai intézetek, pszichiátriai osztályok,
 - gyógyfürdők, gyógyfürdő-kórházak, gyógyüdülők,
 - elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek,
 - geriátriai (időskori) ellátók, szociális otthonok,
 - alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények,
 - hospice tevékenységet² végző intézmények,
 - ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei, feltéve, hogy a biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

¹ Nappali kórház: olyan napközbeni kezelést nyújtó kórház vagy kórházi osztály, ahol a beteg csak napközben tartózkodik és nem tölti bent az éjszakát.

² Hospice tevékenység: haldokló egyén olyan gondozó (főleg palliatív) ellátása, amelynek célja nem pusztán a fájdalom csillapítása, hanem a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő páciens testi, lelki ápolása-gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának halálig való megőrzése.

- 2.2.9. **Rendelőnek** minősül az a helyiség, amely a mindenkor illetékes hatósági előírásoknak megfelelő érvényes engedéllyel rendelkezik, és a biztosítási eseményként megjelölt műtét elvégzésére az engedély alapján jogosult.
- 2.2.10. **Csonttörés, csontrepedés** a csontok folytonosságának traumás (baleseti) eredetű megszakadása, amely lehet teljes vagy részleges. A törés lehet csak repedés (fissura) vagy horpadás, betörés. **Nem minősül baleseti eredetű csonttörésnek, csontrepedésnek a nem adekvát traumára bekövetkező törés (ún. patológiás törés) és a fogtörés, fogrepedés, illetve a fogak és fogpótlások sérülése.**
- 2.2.11. **Tartós adathordozó:** olyan eszköz, amely a Biztosított számára lehetővé teszi a neki címzett adatoknak az adat céljának megfelelő ideig történő tartós tárolását és a tárolt adatok változatlan formában és tartalommal történő megjelenítését – akként, hogy a tárolt adatok változatlan formában többszörözhetőek – ideértve, különösen, de nem kizárólagosan, a Biztosított által megadott e-mail értesítési címre történő elektronikus levél küldést.
- 2.2.12. **Biztosítási időszak:** az az időszak, amelyre a biztosítási díj vonatkozik. A biztosítási időszak egy biztosítási év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számított egy évig tart.
- 2.2.13. **Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- 2.2.14. **Biztosítási évforduló:** minden naptári évben a Csoportos Biztosítás megkötésének a naptári napja, amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.
- 2.2.15. **Alkoholizmus:** a szesztartalmú italok rendszeres, tartós, mértéktelen fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus-pszichés, kóros elváltozások együttese, amikor a testi-lelki megbetegedés kóroki tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.
- 2.2.16. **Alkoholos állapot:** alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció (0,70 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció), járművezetés közben a 0,5 ezreléket meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció (0,25 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció).
- 2.2.17. **Extrém sport:** különösen veszélyes (extrém) sporttevékenységnek minősül az autó- és motorsportverseny és -edzés, tesztúra, raliverseny, quad használata, roncsautó (auto-crash), sportbarlangászat, szikla- és hegymászás III. foktól, magashegyi expedíció, búvárkodás, jetski, a motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve az ejtőernyőt, a paplanernyőt és a vízisít is), vadvízi evezés, rafting, hydrospeed, tengeri kajak, kitesurf, bungee jumping és rocky jumping, canyoning, bázisugrás, ejtőernyőzés, vadászat, valamint a motor nélküli légi jármű, a segédmotoros vitorlázó repülőgép, a sárkányrepülő, a hőlégballon használata, műrepülés, az egyszemélyes, félkezes és nyílt tengeri vitorlázás, falmászás, valamint a harci és küzdősportok. Hegymászásnak minősül a hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a biztosított a kijelölt turistaútról letér, vagy az útviszonyok speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.). Hegymászásnak minősül továbbá a Klettersteig (via ferrata) típusú útvonalakon, valamint a 3500 méteres magasság felett végzett túrázás.
3. **A Szerződő és a Biztosított közlési és változás bejelentési kötelezettsége**
- 3.1. A Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a Csoportos Biztosítás tartalmáról, továbbá az abban bekövetkező valamennyi, a Biztosítottakat érintő változásról.
- 3.2. **A Szerződő köteles** a Csoportos Biztosítási szerződés kötések, illetve a **Biztosított a Biztosított Nyilatkozat és az Egészségi nyilatkozat megtételekor**, valamint a Kedvezményezett a biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentésekor **közlési kötelezettségének eleget tenni**, akként hogy – a kockázat elvállalása, a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges – **minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölnie kell, amelyeket ismert, vagy ismernie kellett.**
- 3.3. **A Biztosított köteles a Biztosított Nyilatkozat megtételekor megfelelő e-mail cím megadására.**

- 3.4. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.
- 3.5. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- 3.6. Az életkor helytelen bevallása esetén, amennyiben a tényleges belépési kor szerint a biztosítotti jogviszony nem jöhetett volna létre, a közlési kötelezettség megsértésével kapcsolatos szabályokat kell alkalmazni, illetve a Biztosító érvénytelenségre hivatkozással megtámadhatja a szerződést.
- 3.7. A Biztosított köteles a szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony tartama alatt a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül írásban a Biztosítónak, vagy a Szerződőnek, a Szerződő pedig a tudomásszerzésétől számított 5 munkanapon belül írásban a Biztosítónak bejelenteni a Csoportos biztosítási szerződéskötésnél, illetve a Biztosítotti Nyilatkozat megtétele során közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását, továbbá a személyi adataiban, cselekvőképességében beállott változásokat, valamint a Biztosított által megadott e-mail cím megváltozását. A Biztosított a változás bejelentési kötelezettségét a Szerződő vagy a Biztosító részére postai úton küldött papíralapú írásban tett nyilatkozattal teljesítheti.
- 3.8. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.
- 3.9. A változás bejelentési kötelezettséggel kapcsolatos információt tartalmazó nyilatkozatot a Biztosító akkor tekinti beérkezettnek, amikor az a székhelyére megérkezett. A változást a Biztosító átvezeti, amennyiben az átvezetéshez szükséges minden információ és az azt alátámasztó okiratok rendelkezésére állnak.
- 3.10. Az e-mail cím, valamint a lakcím- és a névváltozás-bejelentés elmulasztásának következményei a Szerződőt, illetve a Biztosítottat terhelik.
- 3.11. A Biztosító a változás bejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait az érintett biztosítási kockázatra vonatkozóan csak a változás bejelentési határidő leteltét követő 5 éven belül gyakorolhatja.
- 3.12. Ha a Biztosító a szerződéskötést, illetve Biztosítotti Nyilatkozat és az Egészégi nyilatkozat megtételét követően szerez tudomást a már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a Csoportos Biztosítási szerződés, illetve biztosítotti jogviszony létrejöttétől számított 5 évben gyakorolhatja.
- 3.13. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő és/vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor, illetve Biztosítotti nyilatkozat megtételekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.**
- 3.14. A jelen paragrafus 3.13. pontjában meghatározott esetben a bizonyítási teher a Szerződőt, illetve adott esetben a Biztosítottat vagy a Kedvezményezettet terheli.
- 3.15. Amennyiben a közlési vagy változás bejelentési kötelezettség megsértése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

4. A biztosítás tartama

- 4.1. **A Csoportos Biztosítás 2019.04.30. napján a Biztosító és a Szerződő között írásban határozatlan időtartamra jött létre.** A Csoportos Biztosítás biztosítási tartama, és az egyes Biztosítottak biztosítási jogviszonyának tartama biztosítási időszakokra oszlik. **A biztosítási időszak egy biztosítási év,** amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számított egy évig tart. Az adott Biztosított vonatkozásában az első biztosítási év az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés első napjától az aktuális biztosítási év végéig tart

5. Csatlakozás a Csoportos Biztosításhoz

- 5.1. A Csoportos Biztosítás a Biztosító és a Szerződő megállapodásával jött létre a Szerződővel tagsági jogviszonyban álló azon rendes és pártoló tagok javára, akik teljes mértékben megfelelnek a Biztosítotti feltételeknek, mint csoport ismérvnek, és a Csoportos Biztosításhoz a jelen feltételek szerint csatlakoznak, és csatlakozási kérelmüket a Biztosító elfogadja.
- 5.2. A Szerződővel tagsági jogviszonyban álló rendes és pártoló tagok a Csoportos Biztosításhoz kizárólag Biztosítotti minőségben csatlakozhatnak.
- 5.3. A Csoportos Biztosításhoz a Biztosítottak az általuk az alábbiak szerint tett csatlakozásra vonatkozó kérelemmel csatlakoznak.
- 5.4. **A Biztosítotti csatlakozás folyamata akként valósul meg, hogy a Függő Ügynök által üzemeltetett életbiztositas.kiszamolo.hu honlapról a Szerződővel tagsági jogviszonyban álló rendes és pártoló tag az ott található termék leírás megismerése után letölti, elolvassa, megismeri:**
- a jelen Biztosítási Feltételeket és mellékleteit,
 - a Kiszámoló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott csoportos élet- baleset - és egészségbiztosításhoz kapcsolódó díjmentes asszisztencia szolgáltatás igénybevételére vonatkozó szabályzatot és Adatvédelmi tájékoztatót,
 - valamint az Ügynöki tájékoztatót.
- 5.5. **Ezt követően a Szerződővel tagsági jogviszonyban álló rendes és pártoló tag csatlakozási kérelmét akként teszi meg, hogy az alábbi nyilatkozatokat kitölti, kinyomtatja, és minden szükséges helyen aláírva eljuttatja az NN Biztosító Zrt. részére postai úton az (1364 Budapest, pf. 247) címére.**
- Biztosítotti Nyilatkozat (kitöltése kötelező),
 - Egészségi nyilatkozat (kitöltése kötelező),
 - Kedvezményezett jelölő nyilatkozat (kitöltése nem kötelező),
 - Asszisztencia adatkezelési és adattovábbítási hozzájáruló nyilatkozat (kitöltése nem kötelező),
- Formailag ezen négy nyilatkozat egy darab, írható pdf dokumentumban található.
- 5.6. A Biztosított jogosult és köteles a Biztosítotti Nyilatkozat megtételekor választani a Biztosítási csomagok közül. Meglévő biztosítási csomag módosítására nincs lehetőség. Amennyiben a Biztosított új biztosítási csomagot választana, először a meglévő biztosítási jogviszonyát kell felmondania a 10.1 és 10.2. pontokban meghatározott felmondással, majd az 5. pontban meghatározott módon lehetősége van a Csoportos Biztosításhoz újracsatlakozni és ennek során megjelölni a választott csomagot. A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.
- 5.7. A Biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe nem jogosult szerződőként belépni.
- 5.8. Amennyiben adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik jelen Általános Biztosítási Feltétel 9.1. f) i.), ii.) pontja szerint, a Biztosítottnak lehetősége van újracsatlakozni a Csoportos Biztosításhoz az alábbiak szerint és az alábbi korlátozással:
- A Biztosítottnak az újracsatlakozási szándékát a jelen Általános Biztosítási Feltétel 5.1- 5.7 pontjaiban ismertetett módon kell jeleznie a Biztosító felé azzal, hogy a Csoportos Biztosításhoz való újracsatlakozási igényének legkésőbb minden évben 07.01-et megelőző legalább 60 nappal a Biztosítóhoz be kell érkeznie. Amennyiben az újracsatlakozási kérelem a megadott határidő eltelte után érkezik meg, úgy azt a Biztosító elutasítja. Újracsatlakozás esetén a kockázatviselés kezdete 07.01.-e lesz, feltéve, hogy a Biztosító a Biztosított Biztosítotti Nyilatkozatban megtett újracsatlakozási kérelmét 6.3. a) pont szerint elfogadta.

6. A Biztosító kockázatbírálása

- 6.1. **A Biztosított Biztosítotti Nyilatkozattal történő csatlakozását a Biztosító kockázatbíráláshoz, ezen belül a Biztosított egészségi nyilatkozatához köti.** A Biztosító jogosult a kockázatbíráláshoz szükséges egyéb dokumentumok, írásos nyilatkozatok bekérésére is. A Biztosító az így tudomására jutott adatokat jogosult ellenőrizni. A Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.5. pontjában meghatározott dokumentumokat köteles eljuttatni a Biztosító részére postai úton a jelen Általános Biztosítási Feltételek 19.3. pontja szerinti címre, a borítékon feltüntetve, hogy KISZÁMOLÓ EGYESÜLET.
- 6.2. Az Egészségi nyilatkozattal kapcsolatban a Biztosító hiánypótlást írhat elő. Ebben az esetben a Biztosító elektronikus úton tájékoztatja a hiánypótlás tényéről a Biztosítottat a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.5. pontjában meghatározott dokumentumok székhelyére történő beérkezést követő hónap 15. napjáig a Biztosított e-mail címére küldött elektronikus levélben. Amennyiben a hiánypótlásra felhívó értesítés kézhezvételétől számított 10 napon belül nem érkezik be a hiánypótlás a jelen Általános Biztosítási Feltételek 19.3. pontja szerinti címre, a borítékon feltüntetve, hogy KISZÁMOLÓ EGYESÜLET/ HIÁNPÓTLÁS, akkor a Biztosított csatlakozási kérelme elutasításra kerül.
- 6.3. A kockázatbírálás eredményétől függően a Biztosító a Biztosított Biztosítotti Nyilatkozatban megtett csatlakozási kérelmét
- a) **elfogadja** és visszaigazolást küld (a továbbiakban Visszaigazoló levél) a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.5. pontjában meghatározottak szerint, **vagy**
 - b) **elutasítja** a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.4. pontjában meghatározottak szerint és erről tájékoztatást küld a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.5. pontjában meghatározottak szerint. A Biztosított Biztosítotti Nyilatkozatban megtett csatlakozási kérelme elutasítását a Biztosító nem köteles megindokolni.
- 6.4. **A Biztosító a Biztosított Biztosítotti Nyilatkozatban megtett csatlakozási kérelmét elutasítja, ha**
- a) nem teljesülnek a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.2 pontja szerinti Biztosítottra vonatkozó feltételek, ismérvek vagy
 - b) a Biztosítotti Nyilatkozatban elírás, téves, hibás adat szerepel, vagy
 - c) a Biztosított a Biztosító hiánypótlási felhívásának határidőben nem tesz eleget, vagy
 - d) az Egészségi nyilatkozat alapján a Biztosító a biztosítási kockázatot nem vállalja.
- 6.5. A Biztosító a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.1. pontja szerinti kockázatbírálás eredményétől függően a Biztosított által a fentiek szerint megtett Biztosítotti Nyilatkozatban megtett csatlakozási kérelem elfogadásáról vagy elutasításáról a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.5. pontjában meghatározott dokumentumok székhelyére történő beérkezést követő második hónap 5. napjáig a Biztosítotti Nyilatkozatban megadott e-mail címre küldött elektronikus levélben tájékoztatja a Biztosítottat.

7. A Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete

- 7.1. A Biztosító adott **Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése** a Biztosított Biztosítotti Nyilatkozatának és a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.5. pontjában **meghatározott dokumentumoknak a Biztosító székhelyére történő beérkezését követő második hónap első napjának 0:00 órakor kezdődik**, feltéve, hogy a Biztosító a Biztosított Biztosítotti Nyilatkozatban megtett csatlakozási kérelmét 6.3. a) pont szerint elfogadta.
- 7.2. Az 5.8 szerinti és az ott meghatározott feltételeknek **megfelelő újracsatlakozás esetén a kockázatviselés kezdete 07.01.-e lesz**, feltéve, hogy a Biztosító a Biztosított Biztosítotti Nyilatkozatban megtett újracsatlakozási kérelmét 6.3. a) pont szerint elfogadta.

8. A biztosítási díj

- 8.1. A Csoportos Biztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve a szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Szerződő köteles megfizetni a Biztosítónak. A

Csoportos Biztosítás folyamatos díjú, havi díjfizetésű, a biztosítási díj minden hónap 1. napján esedékes. A Szerződő a biztosítási díjat a Csoportos Biztosítási szerződésben meghatározott időpontban és módon fizeti meg a Biztosító részére.

- 8.2. **A Szerződő a biztosítási díj egy Biztosítottra vonatkozó részét továbbhárítja a Biztosítottra, melyet a Biztosított külön megállapodásuk szerint fizet meg a Szerződőnek.**
- 8.3. A biztosítási díj a biztosítási tartam egészére fizetendő. Az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási díjfizetési kötelezettség annak a hónapnak a végéig terheli a Szerződőt, és fizetendő, amelyben az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik. Amennyiben a biztosított jogviszony a Biztosított vonatkozásában bekövetkező biztosítási esemény miatt szűnik meg, a Biztosító annak a hónapnak a végéig járó díjrészt követelheti, amelyben a kockázatviselés véget ért. A biztosított jogviszony megszűnésének egyéb eseteiben a biztosítási díjrész a Biztosító kockázatviselésének a végéig fizetendő.
- 8.4. **A biztosítás díja változó, a Biztosított csatlakozásakor megállapított díj a biztosítás első biztosítási évére érvényes.** A Biztosító és a Szerződő kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját biztosítási évente közös megegyezéssel módosítsa, azaz a biztosítás díját a Biztosító és a Szerződő biztosítási évente közös megegyezéssel állapítja meg, és az így megállapított, a Biztosítottra vonatkozó, és részére előzetesen közölt biztosítási díjrész mindig egy-egy biztosítási évre vonatkozik. A további egy-egy biztosítási évre szóló díj meghatározásánál a Biztosító figyelembe veszi a Központi Statisztikai Hivatal által közétett, az előző naptári évre vonatkozó fogyasztói árindex alapján megállapított infláció mértékét és/vagy a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változását, különösen, de nem kizárólagosan, ha a vonatkozó törvényi szabályozás változásából vagy egyéb okból eredően a díjkalkulációnál használt statisztikában lényeges változás állna be.
- 8.5. A Szerződő amennyiben a Biztosítóval közösen megállapodtak a következő biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjról, legkésőbb 60 nappal a biztosítási év vége előtt értesíti a Biztosítottat a következő biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjrésről. A Szerződő a Biztosított tagsági jogviszonyával kapcsolatban rendelkezésére álló e-mail címére küldött elektronikus levélben értesíti a Biztosítottat a módosításról, valamint a módosításról tájékoztatást tesz közzé a kiszamolo.hu honlapján. A Biztosított jogosult arra, hogy a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási díjrészt elutasítsa. A Biztosított ezen jogát legkésőbb 30 nappal a tárgyi biztosítási év vége előtt gyakorolhatja a Szerződő e-mail címére küldött levélben. Amennyiben a Biztosított az új biztosítási díjrészt a Szerződőnek küldött elektronikus levélben elutasítja, akkor az egyúttal a Csoportos Biztosítási szerződésben való részvételhez adott hozzájárulásának/nyilatkozatának visszavonását is jelenti, amelynek következményeképpen a biztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában a tárgyi biztosítási év végével megszűnik, melyről a Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítót a biztosítási év vége előtt 20 nappal.
9. **Az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése**
- 9.1. **A Biztosító kockázatviselése és a biztosított jogviszony adott Biztosított vonatkozásában megszűnik**
- a) a Biztosított halálával, a halál időpontjában;
 - b) azon biztosítási év utolsó napján 24 órakor, amelyik biztosítási évben a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8.5 pontjában meghatározott feltételek szerint a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási díjrészt elutasítja és a Szerződő erről tájékoztatja a Biztosítót;
 - c) azon biztosítási év utolsó napján 24 órakor, amelyik biztosítási évben a Biztosított a Különös Biztosítási Feltételek 23.3. a) és 28.3. a) pontjában meghatározott feltételek szerint a módosult Teljes Műtéti listát elutasítja és a Szerződő erről tájékoztatja a Biztosítót;

- d) a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10.1. és 10.2. pontjában meghatározott feltételek szerinti felmondása esetén az ott meghatározott időpontban;
- e) a Csoportos Biztosítás bármely okból történő megszűnésével a megszűnés napján 24 órákor;
- f) amennyiben a Biztosított nem felel meg a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.2 pontja szerinti Biztosítotti feltételeknek:
 - i. amennyiben a Biztosított tagsági vagy pártoló tagsági jogviszonya, amire tekintettel a Csoportos Biztosításhoz csatlakozott, megszűnik, a Biztosító kockázatviselése és a biztosítotti jogviszony adott Biztosított vonatkozásában azon hónap utolsó napján 24 órákor szűnik meg, mikor a Biztosított Szerződővel fennálló tagsági vagy pártoló tagsági jogviszonya megszűnik (érdekmulás esete);
 - ii. ha a Biztosított az általa vállalt esedékes biztosítási díjrészt a Szerződővel történt megállapodás alapján a Szerződő részére nem teljesíti, akkor a Biztosító kockázatviselése és a biztosítotti jogviszony adott Biztosított vonatkozásában az elmaradt díjrész esedékességének időpontjára visszamenő hatállyal szűnik meg, melyről a Szerződő tájékoztatja a Biztosítót;
 - iii. a Biztosító kockázatviselése és a biztosítotti jogviszony adott Biztosított vonatkozásában azon biztosítási év utolsó napján 24 órákor megszűnik, amelyik évben a Biztosított eléri 65. életévét.

9.2. Amennyiben a díjfizetési késedelem tartama alatt biztosítási esemény következik be, a Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás összegéből levonni a biztosítási esemény bekövetkezéséig esedékessé vált összes elmaradt díjat.

9.3. **A Biztosító kockázatviselése az alábbi kiegészítő biztosítási fedezetek vonatkozásában megszűnik**

- a) a Különös Biztosítási Feltételek 22.2. i) pontjában meghatározott esetben és időpontban a Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában;
- b) a Különös Biztosítási Feltételek 27.2. c) és 27.3.2. pontjában meghatározott esetekben és időpontban a Rokkantsági kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában;
- c) a Különös Biztosítási Feltételek 30.2. c) és 30.3.2. pontjában meghatározott esetekben és időpontban a 32 súlyos betegség kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában.

10. Felmondás

10.1. Biztosított a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásra vonatkozó **Biztosítotti Nyilatkozat megtétele után a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásról szóló Visszaigazoló levél kézhezvételétől számított 30 napon belül** jelen Általános Biztosítási Feltételek 19.3 pontja szerinti címre a Biztosító részére küldött írásbeli nyilatkozattal a biztosítotti hozzájáruló nyilatkozatát visszavonhatja, azaz a biztosítotti jogviszonyát indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül, **azonnali hatállyal felmondhatja** (a továbbiakban: **Csatlakozást Követő Felmondás**). A Biztosított nem mondhat le az őt megillető ezen felmondási jogáról. A felmondás jogát akkor kell határidőben érvényesítettnek tekinteni, ha a felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát a Biztosított a 30 napos határidő lejárta előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon elküldi. A határidőn túl elküldött felmondás Rendes Felmondásnak minősül. A Csatlakozást Követő Felmondás esetén a Szerződő a Biztosított által már megfizetett díjrészt a felmondás kézhezvételétől számított 30 napon belül visszafizeti a Biztosított részére. Csatlakozást Követő Felmondás esetén a Biztosító kockázatviselése a Biztosított Biztosítotti Nyilatkozatának és a jelen Biztosítási Feltételek 5.5. pontjában meghatározott dokumentumoknak a Biztosító székhelyére történő beérkezését követő második hónap első napjának 0.00 órájára (kockázatviselés kezdete) visszamenő hatállyal szűnik meg.

- 10.2. A Biztosított a 10.1 pont szerinti 30 napos időszakot követően **biztosítotti jogviszonyát** jelen Általános Biztosítási Feltételek 19.3 pontja szerinti címre a Biztosító részére postai úton megküldve, **bármikor felmondhatja (a továbbiakban: Rendes Felmondás)**. A Biztosított Rendes Felmondása esetén a Biztosított biztosítotti jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése megszűnik annak a hónapnak az utolsó napján 24 órakor, amelyik hónapban a Biztosított Rendes Felmondásról szóló írásbeli nyilatkozata rögzítésre kerül.
- 10.3. A Csoportos Biztosítási Szerződést mind a Szerződő, mind a Biztosító jogosultak a biztosítási év végére 90 napos felmondási idővel a másik félhez intézett írásbeli nyilatkozattal felmondani vagy közös megegyezéssel megszüntetni, illetve a Csoportos Biztosítási Szerződésben meghatározottak szerinti súlyos szerződésszegés esetén azonnali hatállyal felmondani. A Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnése esetén a Biztosítottak biztosítotti jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése adott biztosítási év utolsó napján 24 órakor megszűnik. A Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnése esetén a Szerződő köteles a megszűnés előtt 30 nappal – azonnali hatályú felmondás esetén haladéktalanul – tájékoztatni a Biztosítottakat a Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnéséről.
- 11. A Biztosító teljesítése**
- 11.1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén jelen Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint köteles a szolgáltatás teljesítésére, amennyiben a Biztosítási Feltételek szerint a szolgáltatási kötelezettsége fennáll.
- 11.2. A **biztosítási esemény bekövetkezését** a Biztosítottnak/Kedvezményezettnek a biztosítási esemény bekövetkezését követő **30 napon belül, de legkésőbb elévülési időn belül írásban kell bejelenteni** a Biztosítónál, amelynek teljesítése elősegítésére a Szerződő mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.kiszamolo.hu) igénybejelentő nyomtatványt tesz közzé. A bejelentést az alábbi módokon lehet megtenni³:
- személyesen a Biztosító ügyfélszolgálati irodájában,
 - postai levélben,
 - elektronikus úton: e-mailben érkezett és legalább fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott dokumentum útján.
- 11.3. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítási Feltételek 11.2. pontjában megállapított határidőben a Biztosítónak nem jelenti be, a Biztosítási Feltételek 11.10. pontjában meghatározottak szerint a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlené válik.
- 11.4. A Csoportos Biztosítás Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez és elbírálásához a jelen Biztosítási Feltételek 2. számú mellékletében felsorolt okmányok bemutatása szükséges, amelyet a Biztosító – a Szerződővel előzetesen egyeztetve – bármikor egyoldalúan megváltoztathat, amelyről a változtatást megelőzően 30 nappal írásban értesíti a Szerződőt, a Szerződő pedig a Biztosítottat oly módon, hogy a kiszamolo.hu honlapján közzéteszi. A Biztosított a módosításokra való tekintettel a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10.2. pontja szerinti Rendes Felmondással élhet. A Biztosító egyoldalúan kizárólag az alábbi alapos okok miatt módosíthat: jogszabályi előírások módosulása, az orvostudomány fejlődése, technikai fejlődés, a Biztosító szolgáltatás iránti igény elbírálási folyamatának változása, a Biztosító nyilvántartási rendszerének módosítása.
- 11.5. A jelen Biztosítási Feltételek 2. számú mellékletében felsorolt okiratokon kívül a Biztosítottnak/Kedvezményezettnek joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani

³ Az elérhetőségi adatok megtalálhatóak a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu) az Elérhetőségek menüpontban

- a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.
- 11.6. A Biztosító szükség esetén bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- 11.7. A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény bejelentéséhez a Biztosító a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítását kérheti.
- 11.8. Az előálló költségeket annak kell viselni, aki igényét a Biztosítóval szemben érvényesíti. Minden olyan adatszerzés és tudakozódás költségei, amelyek a halál okának, a Biztosított halálát okozó betegség időpontjának és lefolyásának, a halál közelebbi körülményeinek, vagy a Biztosított egészségi állapotának tisztázásához nem voltak szükségesek, a Biztosítót terhelik.
- 11.9. Amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a biztosítási eseménnyel érintett biztosítási fedezet jellege alapján, különösen, balesetre, közlekedési balesetre, betegségekre vonatkozó biztosítási fedezet esetén, a szolgáltatás iránti igény elbíráláshoz szükség lehet az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokra, továbbá az eljárást befejező határozatra (különösen az eljárást megszüntető határozatra vagy a jogerős bírósági határozatra) annak érdekében, hogy a szolgáltatásra való jogosultság – ide értve a mentesülési okok és a kockázat kizárások vizsgálatát is – és a szolgáltatás mértéke meghatározható legyen.
- 11.10. Amennyiben a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett által a Biztosítási Feltételek 2. számú melléklete szerint benyújtott dokumentumok alapján nem határozható meg a szolgáltatásra való jogosultság vagy a szolgáltatás mértéke, vagy felmerül a mentesülési okok és kockázat kizárások vizsgálatának szükségessége, akkor a Biztosító az eljáró hatóságtól, bíróságtól bekérheti, továbbá a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett benyújthatja az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (különösen az eljárást megszüntető határozatot vagy a jogerős bírósági határozatot) annak érdekében, hogy a szolgáltatásra való jogosultság és a szolgáltatás mértéke meghatározható legyen. Ahhoz, hogy a Biztosító maga kérhesse be az eljáró hatóságtól, bíróságtól a szükséges dokumentumokat, a Szerződőnek, illetve a Biztosítottnak/Kedvezményezettnek az általános együttműködési kötelezettségükből eredően meg kell adniuk a hatósági, bírósági eljárás azonosításához szükséges adatokat. A büntetőeljárásban vagy a szabálysértési eljárásban meghatározott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
- 11.11. A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat, melyeket a jelen Biztosítási Feltételek 2. számú melléklete tartalmaz, a biztosítási esemény bejelentésével egyidejűleg kell megküldeni a Biztosító részére. Amennyiben a Szerződő, a Biztosított, illetve a Kedvezményezett a szolgáltatás iránti igény bejelentésével egyidejűleg az elbíráláshoz szükséges összes dokumentumot nem küldi meg, akkor a Biztosító 30 naptári napon belül írásban felhívja az érintett feleket a szükséges, hiányzó dokumentumok pótlására, amelyeket tételesen meg is jelöl. Amennyiben a hiánypótlásra a levél kézhezvételétől számított 15 naptári napon belül nem kerül sor, vagy a kért dokumentumokat újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt illetőleg a biztosítási eseményt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el akként, hogy elfogadja és a szolgáltatást teljesíti vagy elutasítja. Elutasítás esetén, amennyiben az elutasítást követően, de még az elévülési időn belül a kért dokumentumok pótlásra kerülnek, a Biztosító az igénybejelentés elbírálását folytatja. Amennyiben a már folyamatban levő eljárás során a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett tudomására jutnak új tények, információk, úgy azokat a tudomásszerzésüket, illetve a rendelkezésre állásukat követő 15 napon belül kell a Biztosító részére megadniuk és az erre vonatkozó dokumentációt megküldeniük. A Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy a Kedvezményezettnek lehetővé kell tenniük a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését a Biztosítónak a folyamatban lévő eljárás során bármikor megtett kérelmére.

- 11.12. A Biztosító a biztosítási szolgáltatási összeget valamennyi, a jelen Biztosítási Feltételek 2. számú mellékletében a minden biztosítási esemény, továbbá az adott biztosítási esemény vonatkozásában meghatározott dokumentumok együttes megléte esetén fizeti ki, az utolsó dokumentum Biztosító székhelyére történő beérkezésétől számított 30 napon belül. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője értékelheti.
- 11.13. A meg nem fizetett díjakat a Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás összegéből levonni.
- 11.14. **A biztosítási eseményt az alábbi címen lehet bejelenteni:**
NN Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság
Életbiztosítási Szolgáltatások
1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8.
A Biztosító telefonszáma, melyen a biztosítási szolgáltatás iránti igény jelezhető:
1433 (NN TeleCenter)
A biztosítási esemény bejelentését a 11.2. és a 11.3. pontokban írtak szerint kell megtenni, a Biztosító csak ezt követően tudja megkezdeni a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálását.
- 12. A Biztosító elektronikus kommunikációja**
- 12.1. A Biztosító a papírmentes, gyors, megbízható, költséghatékony és környezetbarát kommunikáció érdekében a Biztosítóval való kapcsolattartás során a postai út mellett, elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével is eljárhat (a továbbiakban: elektronikus út vagy elektronikus kommunikáció). Ennek megfelelően a Biztosító **elektronikus kommunikáció útján, papírmentesen küldi meg a Biztosított részére a Csoportos Biztosításhoz történő csatlakozással, fenntartásával, a biztosított jogviszony megszűnésével kapcsolatos információkat, tájékoztatásokat és dokumentumokat** (a továbbiakban: dokumentum vagy küldemény), ideértve azokat is, amelyeket a jelen Biztosítási Feltételek írnak elő.
- 12.2. Elektronikus kommunikációs útnak, csatornának minősül a Biztosított e-mail címére megküldött elektronikus kommunikáció.
- 12.3. A dokumentum a Biztosított e-mail címére küldött elektronikus levél elküldését követő napon kézbesítettnek tekintendő.
- 12.4. Az elektronikus kommunikációs csatornák használata során a biztonságos kommunikáció érdekében a Biztosítottnak gondoskodnia kell arról, hogy azokhoz illetéktelen személyek ne férjenek hozzá, különös tekintettel arra, hogy az elektronikus csatornákon közvetített információk biztosítási titkot is tartalmazhatnak. A Biztosítottnak gondoskodnia kell arról is, hogy az elektronikus kommunikáció érdekében megadott e-mail cím felett teljes joggal rendelkezzen, azaz a címzett dönt a létrehozásáról, törléséről, hozzáférés módjáról (eszköz, gyakoriság), valamint joga van azt ezen (magán)célra használni. A Biztosított a kommunikációs csatornákat rendszeresen ellenőrizni köteles annak érdekében, hogy a Biztosító által küldött dokumentumokat kellő időben megismerje.
- 12.5. Abban az esetben, ha a Biztosító technikai hiba, üzemzavar, más elháríthatatlan akadály esetén a dokumentumokat/információkat nem tudja elektronikus kommunikációs csatornán megküldeni, úgy a Biztosító azokat a Biztosított által megadott állandó lakcímre, postai úton küldi meg.
- 12.6. A Biztosítót nem terheli felelősség, ha az elektronikus kommunikáció a Biztosított hibájából, vagy az érdekkörében felmerült okból kézbesíthetetlen volt, illetve ha a Biztosított elmulasztotta bejelenteni az e-mail cím megváltozását.
- 13. Mentesülés a teljesítési kötelezettség alól**
- 13.1. **A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, amennyiben a Biztosított halálát a Kedvezményezett szándékosan okozta.**

- 13.2. A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg abban az esetben, ha a Biztosított
- a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
 - b) a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg.
14. Kizárások
- 14.1. Általános kockázatkizárások
- 14.1.1. A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 (két) éven belül nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, amennyiben arról a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett.
- Jelen pontban meghatározottakat a Biztosító csak a kockázatviselés kezdetét megelőző 2 (két) évre vonatkozóan vizsgálja.
- 14.1.2. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha:
- a) a biztosítási esemény extrém sporttevékenység végzése során következik be;
 - b) a biztosítási esemény gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi vagy légi járműben országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) során következik be;
 - c) a Biztosított halála, balesete, betegsége olyan, a fenti b) és a 14.1.3. pontban nem szereplő egyéb jellegű repülőtevékenység (különösen, de nem kizárólagosan az ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, egyéb sportrepülés, mezőgazdasági repülés stb.) során következik be;
 - d) A 2020. június 24. napján vagy azt követően csatlakozott biztosítottak esetében az előző bekezdés helyett a következő rendelkezés alkalmazandó: **A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított halála, balesete egyéb jellegű repülő tevékenység (az ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, siklóernyőzés, sportrepülés, mezőgazdasági repülés, motor nélküli vagy segédmotoros vitorlázó repülőgéppel történő repülés) során következik be.**
 - e) a biztosítási esemény – függetlenül annak bekövetkezési helyétől – közvetlenül összefüggésben áll:
 - harci eseményekkel⁴ vagy más háborús cselekményekkel;
 - felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal;
 - munkahelyi rendbontás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, kivéve, hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított tüntetésen, felvonulásos, sztrájkon való jogszerű részvételt, ha a Biztosított a kármegelőzési- és kárenyhítési kötelezettségének eleget tett;
 - radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést.
- 14.1.3. A Biztosító amennyiben egyéb mentesülés vagy kockázatkizárás nem áll fenn, a teljes kockázatot viseli, ha a biztosítási esemény a szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott olyan légi úton vagy körrepülésen való részvétel következménye, amelyen a Biztosított a légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, személyzeteként vagy az előbbi járműre vezetői engedéllyel rendelkező, hivatásszerűen tevékenykedő vezetőként vett részt.

⁴ Harci eseménynek minősül a háború, polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandótámadás, terrorcselekmény.

- 14.2. **A kiegészítő baleset- és egészségbiztosításokra vonatkozó mentesülés**
- 14.2.1. **A kiegészítő baleset- és egészségbiztosítási fedezetek vonatkozásában a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Szerződő vagy az adott Biztosított, illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy különös feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta.**
- 14.2.2. **A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el a kiegészítő egészségbiztosítási fedezetek vonatkozásában, különösen, ha**
- a) a biztosítási esemény alkoholizmus és/vagy alkoholos befolyásoltság következtében történt,
 - b) a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt,
 - c) a biztosítási esemény kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták.
- 14.2.3. **A jelen fejezetben meghatározott esetekben a Biztosító kifizetést nem teljesít.**
- 14.2.4. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá a Különös Biztosítási Feltételekben az egyes kiegészítő biztosítási fedezeteknél meghatározott esetekre.**
- 15. Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség**
- 15.1. A kiegészítő baleseti és egészségbiztosítási fedezetek vonatkozásában a Biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. A Biztosított a balesete vagy megbetegedése esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet a Biztosító szolgáltatásának megállapítása szempontjából.
- 15.2. A Biztosított a balesete vagy megbetegedése bekövetkezésekor a Biztosító adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni.
- 15.3. A kiegészítő egészségbiztosítási fedezetek vonatkozásában nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján illető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.
- 15.4. A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14.4. pontjában meghatározottak az irányadók.
- 16. Elévülés**
- 16.1. **A biztosításból eredő igények az esedékességtől számított két év alatt elévülnek.**
- 16.2. Az elévülési idő alatt ki nem fizetett szolgáltatást a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.
- 17. Ügyél-tájékoztatás**
- Jelen részben az Általános Biztosítási Feltételek és a Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott, a Csoportos biztosítási szerződést érintő tájékoztatási szabályok szerepelnek.
- 17.1. **A Biztosító adatai**
- Neve: NN Biztosító Zrt.
Székhely címe: 1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8.
Levelezési címe: 1364 Budapest, Pf.: 247
Telefonszáma: 1433, +36 1 255 5757
Fax száma: 06 1 267 4833
E-mail címe: nn@nn.hu
Cégjegyzékszám: 01-10-041574
Nyilvántartja: a Fővárosi Törvényszék Cégbírósága

Adószáma: 10492033-2-44

Fő tevékenységi köre: Életbiztosítás

Tevékenységi engedély száma(i): Állami Biztosításfelügyelet: 4/1991, Magyar Nemzeti Bank: H-EN-II-85/2015

Felügyeleti hatósága: Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levélcím: 1534 Budapest BKKP

Postafiók: 777), honlap: felugyelet.mnb.hu

Ügyfélszolgálat:

Cím: 1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8.

17.2. **Panaszkezelés**

17.2.1. A szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, aki a Biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy és a fogyasztói érdekképviselői szervek (a jelen tájékoztatóban a továbbiakban együttesen Ügyfél) esetleges szóbeli (személyesen, telefonon) vagy írásbeli (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben), a Biztosító, vagy az általa alkalmazott vagy megbízott ügynök vagy - adott termék kapcsán - általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszukkal az NN Biztosító Zrt. Ügyfélszolgálati Igazgatóságához az alábbi elérhetőségeken fordulhatnak:

Székhely (cím): 1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8.

Levelezési cím: 1364 Budapest, Pf. 247

E-mail cím: biztosito.panasz@nn.hu

Telefon: 1433 (NN TeleCenter)

Faxszám: 06-1-267-4833

17.2.2. A fogyasztónak minősülő Ügyfél a panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve ha az Ügyfél a Biztosító válaszával nem ért egyet, az alábbi szervezetekhez fordulhat:

- a) A Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjánál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy
- b) A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

17.2.3. **A Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjának elérhetőségei:**

Székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.

Ügyfélszolgálati cím: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP, Pf. 777

Telefon: 06-80-203-776

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu

17.2.4. **Pénzügyi Békéltető Testület elérhetőségei:**

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím általános ügyekben: Pénzügyi Békéltető Testület 1525 Budapest, Pf. 172

Telefon: 06-80-203-776

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Ügyfélkapun keresztül: www.magyarorszag.hu

17.2.5. A **fogyasztónak** nem minősülő Ügyfél a panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve ha az Ügyfél a Biztosító válaszával nem ért egyet, panaszával a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

- 17.2.6. A Biztosító panaszkezelési eljárására vonatkozó részletes szabályokat a Biztosító Panaszkezelési szabályzata tartalmazza, amely megtalálható a www.nn.hu honlapon.
- 17.2.7. Telefonon történő panaszkezelés esetén a Biztosító és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a Biztosító hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt öt évig megőrzi. A Biztosító a panaszt és az arra adott választ öt évig őrzi meg, és azt a Magyar Nemzeti Banknak, mint felügyeleti hatóságnak kérésére bemutatja.
- 17.3. Adózási tudnivalók**
- 17.3.1. A hatályos adószabályok alapján a Biztosított Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásával létrejött biztosítotti esetében adómentes az élet- és balesetbiztosításból származó haláleseti és baleseti szolgáltatási összeg.
- 17.3.2. Jelen tájékoztatás a Szerződőt, Biztosítottat, Kedvezményezettet nem mentesíti az alól, hogy a mindenkor hatályos adótörvények rendelkezéseiről a tőlük elvárható módon maguk is tájékozódjanak.
- 17.3.3. Az adózással kapcsolatos szabályok a biztosítási szerződés tartama alatt megváltozhatnak. Az adójogszabályok változásáról a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu/ado) keresztül ad tájékoztatást, írásos értesítést nem küld. A jogszabályi változásokat a Biztosított, Kedvezményezett kíséri figyelemmel.
- 17.3.4. Magánszemély által kötött biztosítások esetében adómentes a biztosítási szolgáltatás, ha az haláleseti, baleseti illetve betegségi szolgáltatásnak minősül. Ezen kifizetésekhez kapcsolódóan a magánszemélynek adókötelezettsége nincs. Az adójogszabályok változásáról a Biztosító honlapján (www.nn.hu/ado) keresztül ad tájékoztatást.
- 17.4. Egyéb**
- 17.4.1. A Biztosító a kockázati életbiztosításra tekintettel tőke-, illetve hozamgaranciát nem vállal.
- 17.4.2. A jelen biztosítás nem visszavásárolható és díjmentesen nem leszállítható. A biztosításra továbbá kötvénykölcsön sem nyújtható.
- 17.4.3. A Biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentését a mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu) teszi közé évente.
- 17.4.4. A Csoportos Biztosítási szerződés és az ügyintézés nyelve a magyar.
- 17.4.5. A Csoportos Biztosítási szerződésből és a biztosítotti jogviszonyból eredő jogviták eldöntésére a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény (Pp.) általános szabályai szerint illetékességgel és hatáskörrel rendelkező bíróság az illetékes. Az eljárások nyelve magyar. Jelen csoportos biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadók.
- 17.4.6. A Biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank.
- 18. Adatkezelési tájékoztató, biztosítási titok**
- 18.1. A Biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat a jelen Biztosítási Feltételekhez csatolt Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely az eletbiztositas.kiszamolo.hu oldalon elérhető. A személyes adatok kezelésére vonatkozó szabályokat a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathatja. A Biztosító a változásról a változtatást megelőzően értesíti a Szerződőt, a Szerződő pedig a Biztosítottat oly módon, hogy a módosításra vonatkozó figyelemfelhívást és a módosított Adatkezelési tájékoztatót a honlapján közzéteszi.
- 19. Egyéb rendelkezések**
- 19.1. A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el székhelyére.
- 19.2. A Szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a Csoportos Biztosítási szerződésben bekövetkezett, Biztosítottakat érintő változásokról köteles a Biztosítottat tájékoztatni.

- 19.3. A Biztosító által a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak a Biztosító által ismert utolsó címére levélben elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették.
- 19.4. **Írásbeli nyilatkozatok megküldésének postai címe: NN Biztosító Zrt. 1364 Budapest, Pf. 247, borítékon feltüntetve, hogy KISZÁMOLÓ EGYESÜLET.**

Különös Biztosítási Feltételek

A jelen különös biztosítási feltételek (továbbiakban: Különös Biztosítási Feltételek) vonatkoznak az **NN Biztosító Zrt.** (1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8., a továbbiakban: Biztosító), és a Kiszámloló Egyesület (2040 Budaörs, Ébner György köz 4., adószám: 18747636-1-13, statisztikai számjel: 18747636-8559-529-13, a továbbiakban: Szerződő) között 2019.04.30. napján létrejött **Kiszámloló Egyesület** rendes és pártoló tagjai részére nyújtott kiegészítő baleseti- és egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos biztosítási szerződésre (továbbiakban: Csoportos Biztosítás) és a Csoportos Biztosítás alapján a 2019.07.01 napján vagy azt követően csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozó Biztosítottak biztosított jogviszonyára. A jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban Ptk.) rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

Az alapbiztosítási fedezet szolgáltatása

20. Bármely okú halál biztosítási fedezet

20.1. Biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező bármely okú halála.
- b) Jelen alapbiztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja a haláleset bekövetkezésének időpontja.

20.2. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében szereplő Biztosítási csomagban meghatározott bármely okú halálra szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére.
- b) Amennyiben a Biztosítónak 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosításra vonatkozóan is biztosítási szolgáltatási kötelezettsége keletkezik a Biztosított vonatkozásában, és a Biztosított ezen kiegészítő biztosítás biztosítási eseményének minősülő betegségből kifolyólag a biztosítási esemény időpontjától számított 30 napon belül elhalálozik, a Biztosító a jelen alapbiztosítási fedezetre kifizetendő összegből levonja a 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában kifizetett, kifizetendő biztosítási összeget.
- c) A Biztosító kockázatviselése jelen alapbiztosítási fedezet vonatkozásában területi korlátozás nélkül érvényes.

Kiegészítő biztosítási fedezetek szolgáltatásai

Jelen fejezetben meghatározott kiegészítő biztosítási fedezetek vonatkozásában Biztosító kockázatviselése kizárólag abban az esetben áll fenn, ha a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében szereplő Biztosítási csomagban az adott kiegészítő biztosítási fedezet szerepel.

21. Baleseti halál kiegészítő biztosítási fedezet

21.1. Biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak olyan baleseti eredetű halála, amely olyan balesettel van ok-okozati összefüggésben, amely baleset a kockázatviselés tartama alatt következett be, továbbá a Biztosított halála a baleset időpontjától számított 1 éven belül bekövetkezik (a továbbiakban balesetből eredő elhalálozás), függetlenül attól, hogy ez az időpont a kockázatviselés tartamán kívül esik.
- b) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

21.2. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti halálra szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére. Amennyiben a Biztosított balesetből eredő halálára a kockázatviselés tartamán túl kerül sor, akkor a Biztosító a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget veszi figyelembe.
- b) Ha a Biztosított halála közlekedési baleset folytán következett be, a Biztosító a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti halálra szóló biztosítási összeget 25%-kal megemelten fizeti ki a Kedvezményezettnek.
- c) Amennyiben a Biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesedett a Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet szolgáltatásában, a jelen kiegészítő biztosítási fedezet alapján kifizetendő baleseti halálra szóló biztosítási szolgáltatási összegből a Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló csoportos kiegészítő biztosítási fedezetre fizetett biztosítási szolgáltatási összeg levonásra kerül.
- d) A Biztosító kockázatviselése jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában területi korlátozás nélkül érvényes.

22. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás biztosítási fedezet

22.1. Biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak azon, a Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező 3. számú mellékletében kifejezetten és tételesen meghatározott, súlyos és maradandó egészségkárosodása (a továbbiakban baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás), amely olyan balesettel van ok-okozati összefüggésben, amely baleset kockázatviselés tartama alatt következett be, továbbá a Biztosított baleseti maradandó egészségkárosodása a baleset időpontjától számított 1 éven belül következik be, függetlenül attól, hogy ez az időpont a kockázatviselés tartamán kívül esik. Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából maradandó az az egészségkárosodás, melynél az adott Biztosított állapota orvosilag kialakult, és abban állapotjavulás már nem várható.
- b) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

22.2. A biztosítás szolgáltatása

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a következő szolgáltatásokat nyújtja:

- a) Amennyiben az adott balesetből eredő, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték 1–19% között van, akkor a Biztosító egyszeri egyösszegű 50 000 Ft-ot fizet ki a Kedvezményezettnek.
- b) Amennyiben az adott balesetből eredő, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték 20%-os, vagy azt meghaladó értékű, akkor a Biztosító a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló biztosítási összegnek a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásnál a szolgáltatás alapjaként meghatározott százalékát fizeti ki a Kedvezményezettnek.
- c) Ha a Biztosított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset folytán következett be, a Biztosító az a) vagy b) pontban meghatározott szolgáltatás összegét 25%-kal megemelten fizeti ki a Kedvezményezettnek.

- d) A Biztosító a biztosítási szolgáltatásra való jogosultságot addig nem ítéli meg, amíg a végleges, orvosilag kialakultnak tekinthető egészségkárosodás, melynél állapotjavulás már nem várható, adott Biztosított vonatkozásában nem alakult ki.
- e) Egy balesetből kifolyólag a Biztosító a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték alapján maximum a 100%-nak megfelelő értéket veszi figyelembe.
- f) Amennyiben egy balesetből eredően a Biztosított több, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodást is elszenved, akkor a Biztosító ezek közül csak egyre nyújt szolgáltatást az ezekhez rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek közül a legmagasabbra.
- g) Amennyiben a szolgáltatást követően ugyanazon balesetből kifolyólag további, a jelen Különös Feltételek 22.1. pontjában meghatározott baleseti eredetű maradandó egészségkárosodást állapítanak meg és az ehhez tartozó, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében meghatározott szolgáltatás alapját képező százalékos érték magasabb, mint ami alapján a Biztosító szolgáltatást nyújtott, a Biztosító további szolgáltatásának alapja a két érték közötti különbség.
- h) Amennyiben az adott Biztosított vonatkozásában az egy balesetből eredő, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték nem éri el a 100%-ot, akkor a jelen kiegészítő biztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában továbbra is érvényben marad. A Biztosító az egyes biztosítási események bejelentésének sorrendjében teljesít mindaddig, amíg a biztosítás teljes tartama alatt akár több balesetből eredő, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a különböző időpontban bekövetkezett biztosítási események szolgáltatási alapját képező százalékos értékek együttesen el nem érik a 100%-ot. Az utolsó balesetből eredő, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értéket a Biztosító oly mértékben veszi figyelembe, hogy a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek együttesen nem haladhatják meg a 100%-ot.
- i) Amennyiben az adott Biztosított vonatkozásában, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek együttesen elérik a 100%-ot, ezt követően az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító jelen kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselése a megszűnik az adott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában.
- j) A Biztosító kockázatviselése és szolgáltatása kizárólag a Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező 3. számú mellékletében tételesen meghatározott baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra terjed ki.
- k) A Biztosító kockázatviselése jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában területi korlátozás nélkül érvényes.

22.3. Kizárások:

22.4. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdetét megelőzően bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrész vagy szerv baleset által okozott állapotromlására.

23. Baleseti műtéti térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosítási fedezet

23.1. Biztosítási esemény

- a) a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak azon, a jelen kiegészítő biztosítási fedezet területi hatályán belül bekövetkező baleseti eredetű műtété, amely olyan balesettel van ok-okozati összefüggésben, amely baleset a kockázatviselés tartama alatt következett be, továbbá a Biztosított baleseti eredetű műtété a baleset időpontjától számított 1 éven belül bekövetkezik (a továbbiakban baleseti eredetű műtét), függetlenül attól, hogy ez az időpont a kockázatviselés tartamán kívül esik.
- b) b) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából műtétnek minősül a szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben elvégzett olyan műtét, melyet a Teljes műtéti lista is tartalmaz. Jelen kiegészítő biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

23.2. **A biztosítás szolgáltatása**

- a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen Különös Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező mindenkor aktuális Teljes műtéti listájában feltüntetett WHO-kódok alapján meghatározott kategóriák szerint a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti eredetű műtétre szóló biztosítási összeget vagy annak meghatározott többszörösét (a továbbiakban műtéti térítés) fizeti ki a Kedvezményezettnek.
- b) A műtét térítési kategóriájának besorolását a mindenkor aktuális Teljes műtéti lista felhasználásával minden esetben a Biztosító végzi, figyelembe véve:
 - a műtét alapjául szolgáló kóros állapotot,
 - a műtétről készült zárójelentést,
 - az abban feltüntetett, elvégzett műtéti eljárást,
 - „műtéti leírás”-t,
 - az esetlegesen készült szövettani lelet eredményét,
 - a műtő intézmény és a műtétet végző orvos műtéti kompetenciáját.

A zárójelentésen feltüntetett műtéti kódot csak abban az esetben fogadja el a Biztosító, ha az a fentiek alapján orvos-szakmai szempontból indokolt, a műtét megtörténte pedig kétséget kizáróan igazolt. A beavatkozás WHO-kódjának megállapításánál a Biztosító azon alapelveket követi, miszerint az azonos veszélyességi, illetve súlyossági fokozatot képviselő műtétek azonos térítési kategóriába kerüljenek.
- c) Egy balesetből eredően a Biztosító egy műtétre nyújt szolgáltatást, függetlenül a szükséges és elvégzett műtétek számától. Egy balesetből eredően eltérő időpontban (legfeljebb a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül) vagy azonos időpontban egyszerre elvégzett műtétek esetén a Biztosító által fizetendő szolgáltatás összege az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriába tartozó műtét után járó műtéti térítési összeggel egyezik meg, függetlenül attól, hogy az azt megelőző, illetve az azt követő műtéteket mi tette szükségessé (például szövődmény fellépése, az előző műtét sikertelensége stb.).
- d) A Biztosító által teljesített szolgáltatás – egy biztosítási éven belül egy biztosítási esemény vonatkozásában – legfeljebb a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti eredetű műtétre szóló biztosítási összeg ötszöröse lehet. Egy biztosítási éven belül a Biztosító csak egy balesettel összefüggésben teljesít szolgáltatást.
- e) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szolgáltatása a műtét költségeit nem téríti meg.
- f) A Biztosító kockázatviselésének területi hatálya jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában az Európai Unió, illetve Svájc, Norvégia, Izland és Liechtenstein területén elvégzett műtétekre terjed ki.

23.3. **A Teljes műtéti lista módosítása**

- a) A teljes, az egyes WHO-kódhoz tartozó műtéti térítési kategóriákat a mindenkor aktuális Teljes műtéti lista tartalmazza. A Biztosító jogosult arra, hogy a Teljes műtéti listát, illetve az abban szereplő műtétek térítési kategóriáit felülvizsgálja. A Teljes műtéti listában felsorolt műtétek körét és a műtétekhez tartozó térítési kategóriát a Biztosító szűkítheti kizárólag a kockázatközösség védelmében, ha a kártapasztalat előre nem látható romlása vagy a külső szabályozási környezet olyan változása történik, amelyek adó-, közteher- és/vagy tőkeszükséglet-növekedéssel járnak, melyek befolyásolják, illetve befolyásolhatják a nyújtott szolgáltatások díjtételeit/költségeit. A Teljes műtéti listában felsorolt műtétek körét és a műtétekhez tartozó térítési kategóriát a Biztosító bővítheti, azért, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechika és az orvostudomány fejlődésével. A Biztosító a Csoportos Biztosítás vonatkozásában a biztosítási év vége előtt legalább 60 nappal írásban tájékoztatja a Szerződőt a változás tényéről. A Szerződő a Biztosított tagsági jogviszonyával kapcsolatban rendelkezésére álló e-mail címére küldött levélben értesíti a Biztosítottat a módosításról, valamint a módosításról tájékoztatást tesz közzé a kiszamolo.hu honlapján. A Biztosított jogosult arra, hogy az új Teljes műtéti listát elutasítsa. A Biztosított ezen jogát legkésőbb 30 nappal a tárgyi biztosítási év vége előtt postai úton vagy e-mail címre küldött elektronikus levélben formájában a Szerződőnek címzett nyilatkozattal gyakorolhatja. Amennyiben a Biztosított az új Teljes Műtéti listát írásban elutasítja, akkor az egyúttal a Csoportos Biztosítási szerződésben való részvételhez adott hozzájárulásának/nyilatkozatának visszavonását is jelenti, amelynek következményeképpen a biztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában a tárgyi biztosítási év végével megszűnik, melyről a Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítót a biztosítási év vége előtt 20 nappal.
- b) Ha azonban a Biztosított a Biztosító tájékoztatása alapján a biztosítási év végéig a fentiek szerint nem utasítja el az új Teljes műtéti lista vonatkozásában, a Biztosító a megváltozott Teljes műtéti listát tekinti érvényesnek. A mindenkor aktuális Teljes műtéti lista a Biztosító ügyfélszolgálatán, az értékesítési irodáiban, valamint a Biztosító mindenkori hivatalos honlapján (jelen Különös Feltételek hatálybalépésekor a www.nn.hu) és a eletbiztositas.kiszamolo.hu honlapon tekinthető meg. A Biztosító ügyfélszolgálatának és értékesítési irodáinak elérhetősége a Biztosító mindenkori hivatalos honlapján megtalálható.

23.4. Kizárások:

23.4.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:

- ha igazolható, hogy a műtét olyan baleset miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,**
- olyan műtetre, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett,**
- ha a Biztosított fogászati beavatkozást hajtanak végre (fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére, vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos elváltozás (gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás) kezelésére irányuló, a fogon, a felső vagy alsó állkapcsón, illetve a lágy, valamint csontos légyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet),**
- olyan ízületi és szalagműtétekre, amelyeket arthroscopos műtéti eljárással hajtottak végre,**
- ha a műtét a WHO-kódokat tartalmazó mindenkor aktuális Teljes műtéti listában „nem térített műtét”-ként van megjelölve,**
- ha a műtetre nem Kórházban vagy Rendelőben kerül sor,**

- g) **ha a műtétre nem a jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában meghatározott területi hatályon belül kerül sor.**

24. Baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet

24.1. Biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak olyan a jelen kiegészítő biztosítási fedezet területi hatályán belül bekövetkező baleseti eredetű kórházi ápolása, amely olyan balesettel van ok-okozati összefüggésben, amely baleset a kockázatviselés tartama alatt következett be, továbbá a Biztosított kórházi kezelése, ápolása a baleset időpontjától számított 1 éven belül következik be (a továbbiakban baleseti eredetű kórházi ápolás), függetlenül attól, hogy ez az időpont a kockázatviselés tartamán kívül esik.
- b) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából kórházi kezelésben és ápolásban részesül az a személy, aki az éjszakát is a kórházban tölti. A kórházi kezelés a kórházi ápolás első napjával kezdődik és annak utolsó napjáig tart.
- c) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

24.2. A biztosítás szolgáltatása

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbi szolgáltatásokat (a továbbiakban baleseti kórházi napi térítés) nyújtja:

- a) A Biztosító a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti kórházi napi térítésre szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek a baleseti eredetű kórházi ápolás minden napjára.
- b) Amennyiben a Biztosított baleseti eredetű kórházi ápolásának egy részét vagy teljes egészét intenzív osztályon tölti, és ott kezelésben részesül, akkor a Biztosító kétszeres térítést nyújt az intenzív osztályon történt kezelés minden napjára. Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából intenzív osztályon történt kezelésnek minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és Aneszteziológiai és Intenzív Osztály elnevezés alatt működő egységében nyújtott ellátása.
- c) A Biztosító a baleseti kórházi napi térítést egy balesetből kifolyólag adott biztosítási éven belül legfeljebb a kórházi kezelés 90. napjáig teljesíti.
- d) Amennyiben egy balesetből kifolyólag a baleset időpontjától számított 1 éven belül a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt több alkalommal is kórházi ápolásra szorul, akkor a Biztosító minden baleseti eredetű kórházi ápolásra szolgáltatást nyújt, azonban összesen legfeljebb 90 napra. A szolgáltatás teljesítése után a jelen kiegészítő biztosítási fedezet nem szűnik meg.
- e) Amennyiben a Biztosítottat egy biztosítási évben több baleset is éri, mely balesetektől az adott biztosítási évben és a kockázatviselés tartama alatt több alkalommal is kórházi ápolásra szorul, akkor a Biztosító minden baleseti eredetű kórházi ápolásra szolgáltatást nyújt, azonban adott biztosítási évben összesen legfeljebb 90 napra.
- f) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet a kórházi kezelés és ellátás költségeit nem téríti meg.
- g) A Biztosító a baleseti kórházi napi térítési szolgáltatást a baleseti eredetű kórházi ápolással kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum együttes megléte esetén fizeti ki. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője értékeli.
- h) A Biztosító lehetőséget ad arra, hogy a Kedvezményezett a Biztosított hosszára nyúló baleseti eredetű kórházi ápolásának befejezése (a kórházi zárójelentés kibocsátása) előtt hozzájuthasson a Biztosító szolgáltatásának időarányos részéhez. Ennek igénylésére a baleseti eredetű kórházi ápolás 21. napjától nyílik lehetőség – feltéve, hogy a Biztosító igénybejelentő nyomtatványát a Biztosított kitölti, és azt az előzetes zárójelentés

(epikrízis) vagy a részletes orvosi összefoglaló (mezokrízis) kíséretében a Biztosító részére megküldik.

- i) A Biztosító kockázatviselésének területi hatálya jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában az Európai Unió, illetve Svájc, Norvégia, Izland és Liechtenstein területén folytatott baleseti eredetű kórházi ápolásra terjed ki.

24.3. Kizárások

24.3.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:

- a) ha igazolható, hogy a kórházi kezelésre öngyilkossági kísérlet következtében került sor,
- b) olyan baleseti eredetű kórházi ápolás, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett,
- c) kórházi kezelés alatti adaptációs szabadságra,
- d) ha a kórházi kezelésre:
 - a Biztosítotton végrehajtott fogászati beavatkozás, (Fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos elváltozás (gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás) kezelésére irányuló, a fogon, a felső vagy alsó állkapcsón, illetve a lágy, valamint csontos légyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet),
 - endoszkópos, laparoszkópos vizsgálat,
 - implantált anyagok eltávolítása,
 - arthroszkópos ízületi és szalagműtétek,
 - anyagkimetszés szövettani vizsgálat miatt került sor,
- e) ha a baleseti eredetű kórházi ápolásra nem Kórházban kerül sor,
- f) ha a baleseti eredetű kórházi ápolásra nem a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan meghatározott területi hatályon belül kerül sor.

25. Baleseti keresőképtelenségre szóló napi térítést biztosító kiegészítő biztosítási fedezet

25.1. Biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak 14 naptári napot meghaladó folyamatos keresőképtelensége (a továbbiakban baleseti eredetű keresőképtelenség), amely olyan balesettel van ok-okozati összefüggésben, amely baleset a kockázatviselés tartama alatt következett be, továbbá a Biztosított baleseti eredetű keresőképtelensége a baleset időpontjától számított 1 éven belül bekövetkezik, függetlenül attól, hogy ez az időpont a kockázatviselés tartamán kívül esik.
- b) Jelen Különös Biztosítási Feltételek vonatkozásában keresőképtelennek minősül az a Biztosított, aki balesetből eredően, a mindenkor hatályos magyar jogszabályoknak⁵ megfelelően, a keresőképtelenség, illetve a keresőképeség elbírálására és igazolására jogosult (szak)orvos által igazoltan, baleseti kóddal, saját jogon, folyamatosan, keresőképtelen állományban van, és Magyarországon táppénzt vesz igénybe.
- c) A Biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy a Biztosított a baleset bekövetkezésekor mindenkor hatályos magyar jogszabályok szerint⁶ a kötelező egészségbiztosítás rendszerében keresőképtelenség esetén saját jogon táppénzre jogosult volt.

⁵ Jelen Különös Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor többek között a 102/1995. (VIII. 25.) Korm. Rendelet a keresőképtelenség és keresőképeség orvosi elbírálásáról és annak ellenőrzéséről

⁶ Jelen Különös Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor többek között a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény, valamint ezek végrehajtási rendeletei

d) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

25.2. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti keresőképtelenségre szóló biztosítási összeget fizeti ki a jelen Különös Biztosítási Feltételek 25.1.b) pontjában meghatározottaknak megfelelő keresőképtelenség 15. napjától kezdődően a jelen Különös Biztosítási Feltételek 25.3. pontja szerint igazolt keresőképtelenség minden naptári napjára a Kedvezményezett részére. Jelen csoportos kiegészítő biztosítási fedezet szolgáltatása független a keresőképtelenség ideje alatt előálló jövedelemkülönbözet nagyságától.
- b) Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt átmenetileg vagy véglegesen elveszíti a mindenkor hatályos magyar jogszabályok szerint⁷ a kötelező egészségbiztosítás rendszerében a keresőképtelenség esetén saját jogon táppénzre való jogosultságát, akkor az ezen időszak alatt bekövetkezett biztosítási eseményre a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.
- c) A Biztosító a baleseti keresőképtelenségre szóló napi térítést egy balesetből kifolyólag a baleseti keresőképtelenség 15. naptári napjától legfeljebb 90 naptári napra nyújtja.
- d) A Biztosító kockázatviselése csak azon esetekre terjed ki, amikor a Biztosított a jelen Különös Biztosítási Feltételek 25.1. b) pontja alapján a mindenkor hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően van keresőképtelen állományban, és Magyarországon táppénzt vesz igénybe.
- e) A Biztosító kockázatviselésének területi hatálya jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában Magyarországra terjed ki.

25.3. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- a) A Biztosított (vagy a Kedvezményezett) a biztosítási szolgáltatás iránti igényét a baleseti eredetű keresőképtelenség 15. napját követő 15 napon belül írásban köteles bejelenteni.
- b) A Biztosító lehetőséget ad arra, hogy a Kedvezményezett a Biztosított kettő vagy több hetet meghaladó, jelen Különös Biztosítási Feltételek 25.1. pontjában meghatározott baleseti eredetű keresőképtelensége esetén a folyamatos baleseti keresőképtelenség alatt is hozzájuthasson a Biztosító szolgáltatásának időarányos részéhez. Ennek igényléséhez a Biztosító erre a célra rendszeresített, a Biztosított által kitöltött igénybejelentő nyomtatványt kell kitölteni és megküldeni a Biztosító részére.

25.4. Kizárások:

25.4.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:

- a) olyan baleseti eredetű keresőképtelenség, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett,
- b) az olyan keresőképtelenségi állapot, mely nem baleset miatt következett be,
- c) az olyan keresőképtelenségi állapot, amely állapot tartama alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat,
- d) ha a Biztosított a baleset bekövetkezésekor mindenkor hatályos magyar jogszabályok szerint a kötelező egészségbiztosítás rendszerében nem volt jogosult keresőképtelenség esetén saját jogon táppénzre.

⁷ Jelen Különös Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor többek között a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultságról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény, valamint ezek végrehajtási rendeletei

26. Baleseti csonttörésre és csontrepedésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet

26.1. Biztosítási esemény

- a) Bármely Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező olyan baleseti eredetű csonttörése, csontrepedése, amely a kockázatviselés tartama alatt az adott Biztosítottat ért balesettel ok-okozati összefüggésben áll. A jelen Különös Feltételek vonatkozásában csonttörésnek, csontrepedésnek minősül a csontok folytonosságának traumás (baleseti) eredetű megszakadása, amely lehet teljes vagy részleges. A törés lehet csak repedés (fissura) vagy horpadás, betörés (a továbbiakban baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés).
- b) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek a patológiás törés, a fogrepedés, a fogtörés, illetve a fogak és fogpótlások sérülése.
- c) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja a baleset napja. Jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában a balesetnek és a csonttörésnek, csontrepedésnek is a kockázatviselés tartamán belül kell bekövetkeznie.

26.2. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti csonttörésre, csontrepedésre szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek.
- b) Amennyiben a Biztosított polytraumát szenved el, a Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor az adott Biztosított vonatkozásában érvényes baleseti csonttörésre, csontrepedésre szóló biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki a Kedvezményezettnek. Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából polytraumának minősül, ha a Biztosítottnak egy balesetből eredően három vagy annál több csontja törik el, reped meg legalább két különböző testtájon. Jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában a Biztosító négy testtáját határozza meg: fej, törzs, felső végtagok (jobb és bal együttesen), alsó végtagok (jobb és bal együttesen).
- c) Amennyiben a Biztosított nem polytraumát szenved el, akkor a Biztosító egy balesetből eredően egyszeri – az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti csonttörésre, csontrepedésre szóló biztosítási összeggel megegyező – kifizetést teljesít a Kedvezményezettnek függetlenül a törések számától.
- d) A Biztosító kockázatviselése jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában **területi korlátozás nélkül** érvényes.

26.3. Kizárások:

26.3.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:

- a) **a kiegészítő biztosítási fedezet kockázatviselésének kezdetét megelőzően bekövetkezett balesetekből eredő szolgáltatás iránti igény teljesítésére,**
- b) **fogtörés, fogrepedés, illetve a fogak és fogpótlások sérülése,**
- c) **patológiás törés.**

27. Rokkantságra szóló csoportos kiegészítő

27.1. Biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak az az össz-szervezeti egészségkárosodása (rokkantsága), amelynek mértéke az ennek megállapítására jogosult szakértői szerv⁸ szakvéleménye alapján:

⁸ Jelen Különös Feltételek hatálybalépésekor a 327/2011 (XII. 29) Korm. rendelet alapján a megyei kormányhivatalok megyeszékhely szerinti járási hivatalai, valamint Budapest Főváros Kormányhivatala III. kerületi Hivatala

- meghaladja a 69%-ot (D vagy E rokkantsági kategória), és ez a mértékű egészségkárosodás a kockázatviselés tartama alatt következik be, **vagy**
 - 50–69% közötti (C1 vagy C2 rokkantsági kategória), és ez a mértékű egészségkárosodás a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetből ered (azzal ok-okozati összefüggésben áll), illetve az egészségkárosodás a baleset bekövetkezésétől számított 1 éven belül kialakult.
- b) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:
- baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a baleset időpontja, feltéve, hogy az a kockázatviselés tartama alatt következik be,
 - nem baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a 27.1. a) pontban meghatározott D vagy E rokkantsági kategóriának megfelelő mértékű egészségkárosodás bekövetkezésének a szakértői bizottság szakvéleményében meghatározott időpontja, vagy ennek hiányában a szakvélemény elkészítéséhez lefolytatott vizsgálat időpontja, feltéve, hogy azok a kockázatviselés tartamán belülre esnek.
- c) Az az egészségkárosodás, amely a jelen kiegészítő biztosítási fedezet adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetének időpontjában már fennállt, vagy az olyan balesetből eredő egészségkárosodás, amelynél a baleset a jelen kiegészítő biztosítási fedezet adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetének időpontjában már bekövetkezett, a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27.1. a) pontban meghatározott mértékű egészségkárosodás megállapításakor nem vehető figyelembe.

27.2. A biztosítás szolgáltatása

- a) a) A Biztosító a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27.1. a) pontban meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén:
- 50-69% közötti egészségkárosodás esetén a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a Biztosított részére.
 - 69%-ot meghaladó egészségkárosodás esetén a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki a Biztosított részére.
- b) A Biztosító kockázatviselése jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában csak azon esetekre terjed ki, amikor a Biztosított össz-szervezeti egészségkárosodása a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27.1. a) pontja alapján a mindenkor hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően került megállapításra
- c) A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatta a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27.1. a) vagy b) pontjában meghatározott biztosítási esemény bármelyikének bekövetkezése esetén csak egyszer nyújt szolgáltatást, ezt követően az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító jelen kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselése a megszűnik az adott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában.

27.3. Kizárások:

27.3.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki

- a) a kockázatviselés kezdetét megelőzően bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrész vagy szerv baleset által okozott állapotromlására;
- b) amennyiben a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27.1. a) pont szerinti össz-szervezeti egészségkárosodás (rokkantság) nem baleseti eredetű, és az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül következett be.

27.3.2. **A jelen Különös Biztosítási Feltételek 27.3.1. b) pont szerinti kizárás bekövetkezése esetén, az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító jelen kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselése szolgáltatás nyújtás nélkül megszűnik az adott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában.**

28. Műteti térítésre szóló csoportos kiegészítő biztosítás

28.1. Biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak
 - a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező balesete, mely balesetből eredő sérülés miatt szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben, a baleset időpontjától számított 1 éven belül elvégzett olyan műtét, melyet a Teljes műtégi lista is tartalmaz, vagy
 - a kockázatviselés tartamán belül kialakult és/vagy diagnosztizált olyan betegsége, amely miatt szakorvosi vélemény alapján műteti beavatkozás indokolt amelyet a Teljes műtégi lista is tartalmaz és amelyre szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben a szakvélemény kiadásának időpontjától számított 1 éven belül sor kerül.
- b) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja nem baleseti eredetű műtét esetén a Biztosító által műtétet indikáló orvosi szakvélemény kiadásának időpontja, baleseti eredetű műtét esetén a baleset időpontja.

28.2. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában érvényes és a jelen Különös Biztosítási Feltételek, elválaszthatatlan részét képező mindenkor aktuális és Teljes műtégi listájában feltüntetett WHO-kódok alapján meghatározott műteti térítési kategóriák szerint a Biztosított által a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott műteti térítésre szóló biztosítási összeget vagy annak meghatározott többszörösét fizeti ki a Biztosítottnak.
- b) A WHO-kóddal ellátott műtétek listáját a mindenkor aktuális és Teljes műtégi lista tartalmazza. A Biztosító a műteti térítési kategóriát elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg oly módon, hogy a mindenkor hatályos Teljes műtégi listában az adott WHO-kódhoz műteti térítési kategóriát rendel. Az orvosi dokumentumban feltüntetett WHO-kódnak meg kell felelnie a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak. Amennyiben az orvosi dokumentumokban feltüntetett WHO-kód nem felel meg a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak vagy nem került feltüntetésre a zárójelentésen, úgy a Biztosító orvos szakértője jogosult a WHO-kódot meghatározni. A Biztosító orvos szakértője jogosult felülvizsgálni a műteti leírásban, illetve kórházi zárójelentésben foglaltak alapján a megadott WHO-kódot. Amennyiben az elvégzett beavatkozás WHO-kódját a Biztosító orvosa állapítja meg, a felülvizsgálat alapelve, hogy az azonos veszélyességi, illetve súlyossági fokozatot képviselő műtétek azonos térítési kategóriába kerüljenek. A teljes, az egyes WHO-kódhoz tartozó műteti térítési kategóriákat a mindenkor aktuális Teljes műtégi lista tartalmazza.
- c) Egy baleset vagy egy betegség miatt szükségessé váló, eltérő időpontban elvégzett műtétek esetén az egyes műtétekre vonatkozó térítési összegek nem adódnak össze. A Biztosító által fizetendő műteti térítés összege az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriába tartozó műtét után járó térítési összeggel egyezik meg, függetlenül attól, hogy az azt megelőző, illetve az azt követő műtéteket mi tette szükségessé (például szövődmény fellépése, az előző műtét sikertelensége stb.), és a Biztosítót az adott baleset vagy betegség vonatkozásában további szolgáltatási kötelezettség nem terheli.

- d) Amennyiben bármely okból azonos időpontban egyszerre több műtéti beavatkozásra van szükség, az egyes műtétekre vonatkozó térítési összegek nem adódnak össze, a Biztosító szolgáltatása az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriájú műtét után járó térítési összeggel egyezik meg, és a Biztosítót az adott baleset vagy betegség vonatkozásában az adott időpontban további szolgáltatási kötelezettség nem terheli.
- e) A Biztosító által teljesített szolgáltatás – egy biztosítási esemény vonatkozásában – legfeljebb a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott műtéti térítésre szóló biztosítási összeg ötszöröse lehet. Az egy biztosítási éven belül teljesített kifizetések egy Biztosítottra vonatkozóan nem haladhatják meg az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg ötszörösét.
- f) A Biztosító kockázatviselésének területi hatálya jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában az Európai Unió, illetve Svájc, Norvégia, Izland és Liechtenstein területén elvégzett műtétekre terjed ki.

28.3. **A Teljes műtéti lista módosítása**

- a) A teljes, az egyes WHO-kódhoz tartozó műtéti térítési kategóriákat a mindenkor aktuális Teljes műtéti lista tartalmazza. A Biztosító jogosult arra, hogy a Teljes műtéti listát, illetve az abban szereplő műtétek térítési kategóriáit felülvizsgálja. A Teljes műtéti listában felsorolt műtétek körét és a műtétekhez tartozó térítési kategóriát a Biztosító szűkítheti kizárólag a kockázatközösség védelmében, ha a kártapasztalat előre nem látható romlása vagy a külső szabályozási környezet olyan változása történik, amelyek adó-, közteher- és/vagy tőkeszükséglet-növekedéssel járnak, melyek befolyásolják, illetve befolyásolhatják a nyújtott szolgáltatások díjtételeit/költségeit. A Teljes műtéti listában felsorolt műtétek körét és a műtétekhez tartozó térítési kategóriát a Biztosító bővítheti, azért, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechika és az orvostudomány fejlődésével. A Biztosító a Csoportos Biztosítás vonatkozásában a biztosítási év vége előtt legalább 60 nappal írásban tájékoztatja a Szerződőt a változás tényéről. A Szerződő a Biztosított tagsági jogviszonyával kapcsolatban rendelkezésre álló e- mail címére küldött levélben értesíti a Biztosítottat a módosításról, valamint a módosításról tájékoztatást tesz közzé a kiszamolo.hu honlapján. A Biztosított jogosult arra, hogy az új Teljes műtéti listát elutasítsa. A Biztosított ezen jogát legkésőbb 30 nappal a tárgyi biztosítási év vége előtt postai úton vagy e-mail címére küldött elektronikus levélben a Szerződőnek címzett nyilatkozattal gyakorolhatja. Amennyiben a Biztosított az új Teljes Műtéti listát írásban elutasítja, akkor az egyúttal a Csoportos Biztosítási szerződésben való részvételhez adott hozzájárulásának/nyilatkozatának visszavonását is jelenti, amelynek következményeképpen a biztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában a tárgyi biztosítási év végével megszűnik, melyről a Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítót a biztosítási év vége előtt 20 nappal.
- b) Ha azonban a Biztosított a Biztosító tájékoztatása alapján a biztosítási év végéig a fentiek szerint nem utasítja el az új Teljes műtéti lista vonatkozásában, a Biztosító a megváltozott Teljes műtéti listát tekinti érvényesnek. A mindenkor aktuális Teljes műtéti lista a Biztosító ügyfélszolgálatán, az értékesítési irodáiban, valamint a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen Különös Feltételek hatálybalépésekor a www.nn.hu) és a eletbiztositas.kiszamolo.hu honlapon tekinthető meg. A Biztosító ügyfélszolgálatának és értékesítési irodáinak elérhetősége a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján megtalálható.

28.4. **Kizárások:**

28.4.1. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:**

- a) azon betegségből eredő műtetre, amellyel kapcsolatban a Biztosított a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül betegségre utaló vagy ezzel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult,
- b) ha az első kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül császármetszésre kerül sor,
- c) ha igazolható, hogy a műtét olyan baleset vagy betegség miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,
- d) olyan műtét, amelyre a szerződéskötés előtt meglévő betegség vagy állapot (értve ez alatt különösen, de nem kizárólagosan a Biztosított születésekor már fennálló, illetve a szerződéskötés pillanatában még nem ismert és/vagy nem diagnosztizált születéskori betegségeket és állapotokat, továbbá a meglévő, de tünetmentes megbetegedéseket is), illetve bekövetkezett baleset miatt kerül sor,
- e) ha a Biztosított fogászati beavatkozást hajtanak végre, (fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére, vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos elváltozás (gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás) kezelésére irányuló, a fogon, a felső vagy alsó állkapcsón, illetve a lágymembrán, valamint csontos lágyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet),
- f) ha a műtét oka kozmetikai vagy plasztikai sebészeti (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat),
- g) olyan ízületi és szalagműtétekre, amelyeket arthroscopos műtéti eljárással hajtottak végre,
- h) ha a műtét a WHO-kódokat tartalmazó mindenkor aktuális Teljes műtéti listában „nem térített műtét”-ként van megjelölve,
- i) ha a műtetre a jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában meghatározott területi hatályon kívül kerül sor,
- j) ha a műtetre nem Kórházban vagy Rendelőben kerül sor.

29. Bármely okú kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet

29.1. Biztosítási esemény

- a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak
 - a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező balesete, mely balesetből eredő sérülése miatt, a baleset időpontjától számított 1 éven belüli kórházi kezelésben részesül a jelen kiegészítő biztosítási fedezet területi hatályán belül, függetlenül attól, hogy ez az időpont a kockázatviselés tartamán kívül esik, vagy
 - a kockázatviselés tartamán belül kialakult és/vagy diagnosztizált betegsége miatt történt kórházi kezelése a jelen kiegészítő biztosítási fedezet területi hatályán belül azzal, hogy a Biztosított betegsége miatti kórházi ápolás első napjának a kockázatviselés tartamán belül kell bekövetkeznie.
- b) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából kórházi kezelésben és ápolásban részesül az a személy, aki az éjszakát is a kórházban tölti. A kórházi kezelés a kórházi ápolás első napjával kezdődik és annak utolsó napjáig tart.
- c) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja:
 - baleset esetén a baleset napja,
 - a Biztosított kialakult és/vagy diagnosztizált betegsége esetén a kórházi ápolás első napja.

29.2. A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a Biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti kórházi kezelésekor, illetve a Biztosított balesete esetén a baleset bekövetkezésének időpontjától számított 1 éven belüli kórházi kezelésekor, a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó, nem

baleseti eredetű kórházi kezelés esetén az ápolás első napján, baleseti eredetű kórházi kezelés esetén a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki a Biztosítottnak.

- b) A Biztosító a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott kórházi napi térítésre szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek a kórházi ápolás minden napjára.
- c) Amennyiben a Biztosított kórházi ápolásának egy részét vagy teljes egészét intenzív osztályon tölti, és ott kezelésben részesül, akkor a Biztosító kétszeres térítést nyújt az intenzív osztályon történt kezelés minden napjára. Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából intenzív osztályon történt kezelésnek minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és Aneszteziológiai és Intenzív Osztály elnevezés alatt működő egységében nyújtott ellátása.
- d) A Biztosító a kórházi napi térítést a jelen Különös Biztosítási Feltételek 29.1. a) pontjában meghatározott feltételek teljesülése esetén a kórházi kezelés legfeljebb 90. napjáig teljesíti.
- e) A szolgáltatás teljesítése után a kiegészítő biztosítási fedezet nem szűnik meg, de a Biztosító egy biztosítási éven belül legfeljebb 90 napra teljesíti a kórházi napi térítés szolgáltatását.
- f) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet a kórházi kezelés és ellátás költségeit nem téríti meg.
- g) A Biztosító kockázatviselésének területi hatálya jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában az Európai Unió, illetve Svájc, Norvégia, Izland és Liechtenstein területén folytatott kórházi ápolásra terjed ki.

29.3. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei:

- a) A Biztosított a biztosítási szolgáltatás iránti igényét a kórházi elbocsátást követő 15 napon belül írásban köteles bejelenteni.
- b) A Biztosító lehetőséget ad arra, hogy a Biztosított a hosszúra nyúló kórházi ápolásának befejezése (a kórházi zárójelentés kibocsátása) előtt hozzájuthasson a Biztosító szolgáltatásának időarányos részéhez. Ennek igénylésére a kórházi ápolás 21. napjától nyílik lehetőség – feltéve, hogy a kezelőintézmény által kiállított előzetes zárójelentés (epikrízis) vagy a részletes orvosi összefoglaló (mezokrízis) a Biztosító részére megküldésre kerül.

29.4. Kizárások:

29.4.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:

- a) azon betegségből eredő kórházi napi térítésre, amellyel kapcsolatban a Biztosított a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül betegségre utaló vagy ezzel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult,
- b) ha igazolható, hogy a kórházi kezelés olyan baleset vagy betegség miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,
- c) olyan kórházi kezelés, amelyre a szerződéskötés előtt meglévő betegség vagy állapot (értve ez alatt különösen, de nem kizárólagosan a Biztosított születésekor már fennálló, illetve a szerződéskötés pillanatában még nem ismert és/vagy nem diagnosztizált születéskori betegségeket és állapotokat, továbbá a meglévő, de tünetmentes megbetegedéseket is), illetve bekövetkezett baleset miatt kerül sor,
- d) szervátültetésnél a donornál elvégzett műtétre,
- e) ha a kórházi kezelés oka kivizsgálás,
- f) kórházi kezelés alatti adaptációs szabadságra,
- g) ha a kórházi kezelésre:
 - a kockázatviselés kezdetétől számított 360 napon belül bekövetkezett szülés,

- a Biztosítotton végrehajtott fogászati beavatkozás,
- kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat),
- anyagkimetszéses szövettani vizsgálat,
- terhességgel, mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos, illetve az ezek során fellépő komplikációk miatt szükségessé váló beavatkozás,
- művi terhességmegszakítás,
- a sterilizáció minden formája,
- endoszkópos, laparoszkópos vizsgálat,
- implantált anyagok eltávolítása,
- arthroscopos ízületi és szalagműtétek miatt kerül sor,
- h) ha a kezelésre jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában meghatározott területi hatályon kívül kerül sor,
- i) ha a kezelésre nem Kórházban kerül sor.

30. 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet

30.1. Biztosítási esemény

- a) A biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt és a jelen kiegészítő biztosítási fedezet területi hatályán belül bekövetkező, a jelen fejezet c) pontjában meghatározott és a Biztosítási Feltételek 4. számú mellékletében definiált súlyos betegségben történő megbetegedése, vagy a műtét elvégzése azzal, hogy a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak abban az esetben áll fenn, ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését követően legalább 14 napig életben van.
- b) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a jelen fejezet a) pontjában meghatározott biztosítási esemény vonatkozásában a jelen fejezet c) pontjában szereplő táblázatban megadott időpontok.
- c) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet az alábbi táblázatban és a Biztosítási Feltételek 4. számú mellékletében meghatározott 32 súlyos betegség vonatkozásában nyújt fedezetet.

Súlyos betegségek	Biztosítási esemény időpontja
• Agyi érkatasztrófa • Alzheimer-kór • Cardiomyopathia • Creutzfeldt-Jakob kór • Heveny súlyos májgyulladás • HIV-fertőzés vérátömlesztés következtében • Kóma • Motoneuron (mozgató idegsejtek) károsodás • Parkinson-kór • Rosszindulatú daganat • Sclerosis multiplex • Szisztémás lupus erythematosus • Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS) • Szívinfarktus • Végállapotú májelégtelenség • Végző stádiumú tüdőbetegség	A betegség diagnosztizálásának időpontja
• Aplasztikus anaemia • Jóindulatú agydaganat	A betegség diagnosztizálásának időpontja

• Némaság	
• Süketség	
• Vakság	
• Aorta műtét	
• Koszorúér műtét	
• Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa	A műtét végrehajtásának időpontja
• Szervátültetés	
• Szívbillentyű műtét	
• Végtag elvesztés	
• Súlyos, bélszakasz-eltávolítással kezelt Crohn-betegség	A második műtét végrehajtásának időpontja
• Harmadfokú égés	
• Súlyos fejsérülés	A baleset bekövetkezésének időpontja
• Veseelégtelenség	Az első dialízis időpontja
• Paralízis	A bénulás diagnosztizálásának időpontja

30.2. A biztosítás szolgáltatása

- A Biztosító a jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.1. a) pontjában meghatározott biztosítási esemény bármelyikének bekövetkezése esetén szolgáltatást nyújt, feltéve, hogy a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését követően legalább 14 napig életben van. A Biztosító a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott 32 súlyos betegségekre vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek. Amennyiben a Biztosított ezen kiegészítő biztosítási fedezet biztosítási eseményének minősülő betegségből kifolyólag a biztosítási esemény időpontjától számított 30 napon belül elhalálozik, a Biztosító a jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában nem szolgáltat (kifizetést nem teljesít), illetve a már teljesített szolgáltatás összegét levonja az alapbiztosítás fedezetét jelentő bármely okú halál biztosítási szolgáltatásából.
- A Biztosító kockázatviselésének területi hatálya jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában az Európai Unió, illetve Svájc, Norvégia, Izland és Liechtenstein területén diagnosztizált betegségekre és ezen országokban meghatározott műtétekre terjed ki.
- A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt a jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.1. a) pontjában meghatározott biztosítási esemény bármelyikének bekövetkezése esetén csak egyszer nyújt szolgáltatást, ezt követően az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító jelen kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselése megszűnik az adott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában.
- Amennyiben az adott Biztosított esetében egyszerre több a jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.1. a) pontjában meghatározott betegségek, műtétek együttesen, vagy külön-külön lépnek fel, a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában akkor is csak egyszer szolgáltat, azaz a szolgáltatások nem adódnak össze.

30.3. Kizárások:

30.3.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:

- arra az esetre, ha a Biztosítottnál a kockázatviselés kezdetét megelőzően, vagy a biztosítás tartama alatt a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül a jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.1. c) pontjában meghatározott és a Biztosítási Feltételek 4. számú mellékletében definiált betegségek bármelyikét diagnosztizálják, illetve műtétek elvégzését javasolják (kivéve a baleseti eredetű eseményeket), vagy ha a

- Biztosított a kockázatviselés kezdetét megelőzően, vagy a biztosítás tartama alatt a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül ezen betegségekre utaló vagy ezekkel a betegségekkal, műtétekkel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult (kivéve a baleseti eredetű eseményeket),
- b) arra az esetre, ha a jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.1. c) pontjában meghatározott és a Biztosítási Feltételek 4. számú mellékletében definiált betegséget a jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.4. pontjában meghatározott területi hatályon kívül diagnosztizálták, illetve a műtétet a Különös Biztosítási Feltételek 30.2. b) pontjában meghatározott területi hatályon kívül végezték el,
 - c) a Biztosítási Feltételek 4. számú mellékletében meghatározott 32 súlyos betegség definíciójánál meghatározott kockázatból kizárt eseményekre, esetekre,
 - d) arra az esetre, ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését követő 14 napon belül meghal.
- 30.3.2. A jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.3.1. a), b) és c) pont szerinti kizárás bekövetkezése esetén, az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító jelen kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselése szolgáltatás nyújtás nélkül megszűnik az adott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában.
- 30.3.3. A jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.3.1. d) pont szerinti kizárás bekövetkezése esetén, a Biztosító jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában szolgáltatást nem teljesít.
31. A Polgári Törvénykönyvtől lényegesen, valamint a Biztosító és a Szerződő korábbi biztosítási szerződésétől eltérő szabályok
- Jelen pont tartalmazza a jelen Biztosítási Feltételek azon rendelkezéseit, amelyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a Biztosító és a Szerződő korábbi biztosítási szerződésétől lényegesen eltérnek.
- 31.1. A Biztosítási Feltételek bevezető része alapján a felek kizárnak minden olyan szokást és gyakorlatot, amelynek alkalmazásában a szerződés alanyai, azaz a Szerződő, a Biztosított, a Biztosító, a korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, továbbá az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a biztosított jogviszony részévé.
- 31.2. Az Általános Biztosítási Feltételek 1.3. pontjában meghatározottak szerint a Biztosított a Szerződő kifejezett hozzájárulása nélkül a Biztosított Nyilatkozatban jelölhet halála esetére Kedvezményezettet, illetve a Kedvezményezett kijelölést bármikor visszavonhatja, vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg a biztosítási esemény bekövetkezéséig (Kedvezményezett-jelölő nyilatkozat).
- 31.3. Az Általános Biztosítási Feltételek 2.2 pontjában meghatározott fogalmak a jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejövő biztosítási jogviszonyok vonatkozásában kerültek meghatározásra, ezért eltérhetnek a Ptk.-ban, illetve egyéb jogszabályokban meghatározottaktól, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától.
- 31.4. A jelen Biztosítási Feltételek 2.3. pontja alapján a biztosítási időszak egy biztosítási év.
- 31.5. Az Általános Biztosítási Feltételek 5.7. pontja alapján a Biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe nem jogosult szerződőként belépni.
- 31.6. Az Általános Biztosítási Feltételek 6. pontja alapján a Biztosító kockázatelbírálást végez, aminek eredményétől függően elfogadja vagy elutasítja a Biztosított csatlakozási kérelmét.
- 31.7. Az Általános Biztosítási Feltételek 7. pontja alapján a Biztosító kockázatviselése a Biztosított Biztosított Nyilatkozatának megtételét követő második hónap első napjának 0.00 órától kezdődik, feltéve, hogy a Biztosító a Biztosított csatlakozási szándékát kockázatelbírálása alapján 6.3.a) pont szerint elfogadta.

- 31.8. Az Általános Biztosítási Feltételek 8. pontjában meghatározott, Biztosított által a Szerződő részére történő biztosítási díj megfizetésére vonatkozó szabályok:
- A Csoportos Biztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve a szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Szerződő köteles megfizetni a Biztosítónak. A Csoportos Biztosítás folyamatos díjú, havi díjfizetésű, a biztosítási díj minden hónap 1. napján esedékes. A Szerződő a biztosítási díjat a Csoportos Biztosítási szerződésben meghatározott időpontban és módon fizeti meg a Biztosító részére.
 - A Szerződő a biztosítási díjat tovább hárítja a Biztosítottra, melyet a Biztosított a Szerződő felé megtett külön nyilatkozatban kifejezetten elfogad, és külön megállapodásuk szerint fizet meg a Szerződőnek.
 - A biztosítási díj a biztosítási tartam egészére fizetendő. A biztosítási díjfizetési kötelezettség annak a hónapnak a végéig terheli a Szerződőt, és fizetendő, amelyben a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik. Amennyiben a biztosítotti jogviszony a Biztosított vonatkozásában bekövetkező biztosítási esemény miatt szűnik meg, a Biztosító annak a hónapnak a végéig járó díjat követelheti, amelyben a kockázatviselése véget ért. A biztosítotti jogviszony megszűnésének egyéb eseteiben a biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének a végéig fizetendő.
 - A biztosítás díja változó, a Biztosított csatlakozásakor megállapított díj a biztosítás első biztosítási évére érvényes. A Biztosító és a Szerződő kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját biztosítási évente közös megegyezéssel módosítsa, azaz a biztosítás díját a Biztosító és a Szerződő biztosítási évente egyoldalúan állapítja meg, és az így megállapított, a Biztosított részére előzetesen közölt biztosítási díjrészt mindig egy-egy biztosítási évre vonatkozik. A további egy-egy biztosítási évre szóló díjainak meghatározásánál a Biztosító figyelembe veszi a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett, az előző naptári évre vonatkozó fogyasztói árindex alapján megállapított infláció mértékét és/vagy a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változását, különösen, de nem kizárólagosan, ha a vonatkozó törvényi szabályozás változásából vagy egyéb okból eredően a díjkalkulációnál használt statisztikában lényeges változás állna be.
 - A Szerződő amennyiben a Biztosítóval közösen megállapodtak a következő biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjról, legkésőbb 60 nappal a biztosítási év vége előtt értesíti a Biztosítottat a következő biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjrésztől. A Szerződő a Biztosított tagsági jogviszonyával kapcsolatban rendelkezésére álló e- mail címére küldött levélben értesíti a Biztosítottat a módosításról, valamint a módosításról tájékoztatást tesz közzé a kiszamolo.hu honlapján. A Biztosított jogosult arra, hogy a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási díjrészt elutasítsa. A Biztosított ezen jogát legkésőbb 30 nappal a tárgyi biztosítási év vége előtt gyakorolhatja a Szerződő e- mail címére küldött levélben Amennyiben a Biztosított az új biztosítási díjrészt a Szerződőnek küldött elektronikus levélben elutasítja, akkor az egyúttal a Csoportos Biztosítási szerződésben való részvételhez adott hozzájárulásának/nyilatkozatának visszavonását is jelenti, amelynek következményeképpen a biztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában a tárgyi biztosítási év végével megszűnik, melyről a Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítót a biztosítási év vége előtt 20 nappal.
- 31.9. Az Általános Biztosítási Feltételek 9.1.f) i) pontjában meghatározottak szerint szűnik meg a Biztosító kockázatviselése érdekmúlás esetén.
- 31.10. Az Általános Biztosítási Feltételek 10.1. és 10.2. pontja alapján a Biztosított a saját biztosítási jogviszonyát a Biztosító részére küldött írásbeli nyilatkozattal bármikor felmondhatja (Csatlakozást Követő Felmondás és Rendes Felmondás).
- 31.11. A jelen Biztosítási Feltételek 9.2. pontja alapján amennyiben a díjfizetési késedelem tartama alatt biztosítási esemény következik be, a Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás

összegéből levonni a biztosítási esemény bekövetkezéséig esedékessé vált összes elmaradt díjat.

- 31.12. Az Általános Biztosítási Feltételek 14. pontjában a kockázatkizárások köre bővült.
- 31.13. Az Általános Biztosítási Feltételek 14.4.-14.6. pontjai alapján a kiegészítő balesetbiztosítási fedezetek esetében nem mentesülési ok, hanem kizárt kockázatnak minősül, amennyiben a biztosítási eseményt a Biztosított, vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta.
- 31.14. Az Általános Biztosítási Feltételek 16. pontja alapján a biztosítási jogviszonyból eredő igények az esedékességüktől számított két év alatt elévülnek.
- 31.15. A jelen Biztosítási Feltételek 12.3. pontja alapján a dokumentum a Biztosított e-mail címére küldött elektronikus levél elküldését követő napon kézbesítettnek tekintendő.

Budapest, 2026 június 19.

1. számú melléklet

Biztosítási csomagok

	E-Mini	F-Midi	G-Maxi	H-Aktív
Fedezet	Biztosítási összeg	Biztosítási összeg	Biztosítási összeg	Biztosítási összeg
Bármely okú halálra szóló alapbiztosítási fedezet	10 000 000 Ft	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítási fedezet			15 000 000 Ft	
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet	10 000 000 Ft	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft
Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet			500 000 Ft	
Baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet		10 000 Ft	15 000 Ft	
Baleseti keresőképtelenségre szóló kiegészítő biztosítási fedezet				10 000 Ft
Baleseti csonttörésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet				50 000 Ft
Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítási fedezet				5 000 000 Ft
Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet				150 000 Ft
Bármely okú kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet				15 000 Ft
32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet			2 000 000 Ft	2 000 000 Ft
+7/24 orvosi call center asszisztencia szolgáltatás	díjmentes	díjmentes	díjmentes	díjmentes
Havi díj Ft/fő	1 466 Ft	2 950 Ft	4 470 Ft	4 500 Ft
Éves díj Ft/fő	17 592 Ft	35 400 Ft	53 640 Ft	54 000 Ft

2. számú melléklet

Tájékoztató a biztosítási szolgáltatás elbírálásához bekérhető okiratokról

A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához és a szolgáltatási összeg megállapításához az alábbi táblázatban felsorolt okiratokat, dokumentumokat kérheti be:

Biztosítási esemény bekövetkezésekor minden esetben:

- A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány.
- Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása.
- A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg.
- Kiskorú- és gondnokolt kedvezményezett esetén a törvényes képviselő nyilatkozata, a gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy bírósági ítélet másolata.
- A Kedvezményezett aláírásával ellátott eredeti nyilatkozat a biztosítási összeg rendeltetési helyéről (bankszámlaszám, vagy laccím), ahová a biztosítási összeg kifizethető.
- Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti azonosító adatokat tartalmazó irat (személyi igazolvány, vagy útleve, vagy kártya formátumú vezetői engedély és laccímkártya) másolata vagy személyes bemutatása.
- Teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi leírás, orvosi szakvélemény/lelet, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns (járóbeteg-ellátási) lap, röntgenlelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontrolleredmények.
- Baleset, közlekedési baleset esetén: a baleset körülményeinek rövid leírása; rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata; munkahelyi baleset esetén a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolata.
- Szerződő által kiállított igazolás, miszerint a káresemény időpontjában fennállt a Kiszámoló Egyesülettel a tagsági vagy pártoló tagsági jogviszony.

Halál és Baleseti halál esetén:	• Halotti anyakönyvi kivonat másolata. • Halottvizsgálati bizonyítvány másolata. • Boncjegyzőkönyv másolata. • Haláleseti vagy baleset utáni orvosi jelentés másolata
Rokkantság és baleseti rokkantság esetén:	• A biztosítási eseményből eredő egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági orvosi bizottság szakvéleményének másolata • Megváltozott munkaképességű személyek ellátásra vonatkozó határozat (másolat) • Teljes orvosi dokumentáció másolata
Műtéti és Baleseti műtét esetén:	• Eredeti kórházi zárójelentés. • Az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO kódja • Műtéti leírás másolata
Kórházi napi térítés és Baleseti kórházi napi térítés esetén:	• Eredeti kórházi zárójelentés • Előzetes igény esetén a megkezdett ápolásról szóló részletes orvosi leírás • Kórrajzkivonat • Rendőrségi határozat másolata, amennyiben közlekedési baleset történt (A szolgáltatási igény elbírálásához a

büntetőeljárásban vagy a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.)

Baleseti keresőképtelenségre szóló napi térítés esetén:	• Baleset körülményeinek rövid leírása; rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata; munkahelyi baleset esetén a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolata, • Baleseti kóddal ellátott „Orvosi igazolás a keresőképtelen (terhességi) állományba vételről” című nyomtatvány másolata (táppénzes lap) • Baleseti kóddal ellátott „Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről” című nyomtatvány másolata (táppénzes lap) • Baleseti kóddal ellátott „Igazolás fekvőbeteg gyógyintézetben történő gyógykezelésről” című nyomtatvány másolata • A területileg illetékes kormányhivatal által vagy társadalombiztosítási kifizetőhely által kiadott igazolás másolata a táppénz kifizetés megtörténtéről
32 súlyos betegség esetén:	• Rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, sebészeti műtéti leírás, onkológiai szakvélemény, szövettani lelet másolata • Szívinfarktus esetén: eredeti kórházi zárójelentés, EKG-görbe, a szívizomértékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumok, szívtultrahang-vizsgálat lelete • Agyi érkatasztrófa esetén: eredeti kórházi zárójelentés, ideggyógyászati szakvélemény 60 napon túl fennálló, maradandó neurológiai károsodásról • Szervátültetés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, műtéti leírás, transzplantációs gondozó jelentése, ha külföldön történt a műtét, a Biztosító előzetes hozzájárulásának másolata • Veseelégtelenség fellépése esetén: eredeti kórházi zárójelentés, nefrológiai gondozó jelentése, dialízisosztály jelentése a legalább 60 napja fennálló dialíziskezelésről • Koszorúérműtét esetén: eredeti kórházi zárójelentés, a műtétet megelőzően készített koszorúér-festés lelete (coronariographia) • Aortaműtét esetén: eredeti műtéti zárójelentés, műtéti leírás másolata, az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO-kódja. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai, illetékes szakorvos: szív-, érsebész, mellkassebész • Aplasztikus anaemia esetén: eredeti kórházi zárójelentés, eredeti szakorvosi igazolás, quantitativ vérvkép. Illetékes szakorvos: hematológus szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg,

- illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Alzheimer-kór esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: neurológus szakorvos, pszi-chiáter szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
 - Creutzfeldt-Jacob kór esetén: eredeti szakorvosi igazolás, EEG-lelet. Illetékes szakorvos: neuro-lógus szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
 - Vastagbél-eltávolítással kezelt (súlyos) Colitis Ulcerosa esetén: Colitis Ulcerosa gondozásának dokumentumai: az ambuláns ellátás és a fekvőbeteg-ellátás leletei, eredeti műtéti zárójelentés, műtéti leírás másolata, az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO-kódja. Szövettani lelet másolata. Illetékes szakorvos: gasztroenterológus, sebész szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
 - Bélszakasz-eltávolítással kezelt (súlyos) Crohn-betegség esetén: Crohn-betegség gondozásának dokumentumai: az ambuláns ellátás és a fekvőbeteg-ellátás leletei, eredeti műtéti zárójelentés, műtéti leírás másolata, az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO-kódja. Szövettani lelet másolata. Illetékes szakorvos: gasztroenterológus, sebész szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
 - Cardiomyopathia esetén: eredeti szakorvosi igazolás, szív UH lelet. Illetékes szakorvos: kardiológus szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
 - Harmadfokú égés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: intenzív terápiás orvos, sebész szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
 - Vérátömlesztés következtében kialakult HIV esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: infektológus, immunológus. Pozitív HIV ELISA antitest vizsgálat, illetve a pozitív HIV megerősítő teszt (Western Blot vagy PCR teszt). Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek)
-

- Heveny súlyos májgyulladás esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: belgyógyász, infektológus, neurológus szakorvos. Vétele. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Jóindulatú agydaganat esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: neurológus, idegsebész. CT, MR vizsgálat leletei. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Kóma esetén: eredeti kórházi zárójelentés, eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: neurológus szakorvos és intenzív terápiás szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: neurológus szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Némaság esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: neurológus, fül-orr-gégész szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Parkinson-kór esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: neurológus szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Parálízis esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: neurológus szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Sclerosis multiplex esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: neurológus szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Súlyos fejsérülés esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: neurológus szakorvos
- CT, MR vizsgálat leletei. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai

- Süketség esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: fül-orr-gégész szakorvos. Audiometriai lelet. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Szívbillentyűműtét esetén: eredeti műtéti zárójelentés, műtéti leírás másolata, az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO-kódja. Illetékes szakorvos: szív-, érsebész, mellkassebész. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Szisztémás szklerózis (scleroderma, PSS) esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: reumatológus/immunológus szakorvos. Szövettani lelet másolata, vérlelet, mellkas RTG lelet, szív UH lelet. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Szisztémás lupus erythematosus esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: reumatológus/immunológus, belgyógyász-nefrológus, ideggyógyász szakorvos. Vérlelet, vizeletlelet másolata. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Vakság esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: szemész, neurológus. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Végtagelvezetés esetén: eredeti műtéti zárójelentés, műtéti leírás másolata, az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO-kódja. Eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: sebész, traumatológus. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Végző stádiumú tüdőbetegség esetén: eredeti szakorvosi igazolás. Illetékes szakorvos: tüdőgyógyász szakorvos. Légzésfunkció, vérgázanalízis lelete. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai
- Végállapotú májelégtelenség esetén: eredeti kórházi zárójelentés, májfunkciós vérlelet, hasi UH lelet másolata. Illetékes szakorvos: belgyógyász szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai

Baleseti csonttörés,
csontrepedés esetén:

- A törést igazoló röntgenfelvétel lelete. A felsorolt okiratokon kívül a Szerződőnek, illetve a Biztosítottnak, Kedvezményezettnek joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. **Jelen tájékoztató a Biztosítási Feltételek részét képezi, az abban foglaltakkal együtt érvényes.**
-

3. számú melléklet

Baleseti eredetű súlyos és maradandó egészségkárosodások táblázata

A Biztosító szolgáltatása csak az alábbi baleseti eredetű súlyos és maradandó egészségkárosodások esetében áll be, a Biztosító szolgáltatásának alapja a biztosítási összeg alábbi táblázatban meghatározott százaléka.

Maradandó egészségkárosodás leírása	A szolgáltatás alapja
1. Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
2. Az egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
3. Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	75%
4. Az egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
5. A beszédképesség teljes elvesztése	75%
6. A testfelület legalább	
• 40%-ának harmadfokú égése	100%
• 30%-ának harmadfokú égése	75%
• 20%-ának harmadfokú égése	50%
7. Kiterjedt csonthiány a koponyán	
• nagysága legalább 6 cm ²	40%
• nagysága 3-6 cm ²	20%
• nagysága kisebb mint 3 cm ²	10% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)
8. Részleges állkapocs-eltávolítás az arccsont legalább felének csonkolásával	40%
9. Csigolyák törése, amely legalább 35%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodást okoz	50%
10. Teljes és tartós bénultság nyaktól lefelé	100%
11. Mindkét felső végtag teljes működőképтелensége vagy elvesztése	100%
12. Mindkét alkar teljes működőképтелensége vagy elvesztése	100%
13. Mindkét kéz teljes működőképтелensége vagy elvesztése	100%
14. Egy alsó és egy felső végtag teljes működőképтелensége vagy elvesztése	100%
15. Egy felső végtag teljes működőképтелensége vagy elvesztése	50%
16. Egy alkar teljes működőképтелensége vagy elvesztése	50%
17. Egy kéz teljes működőképтелensége vagy elvesztése	50%
18. A vállízület komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	50%

	jobb	bal
	balkezeseknél a százalékok fordítva értendők	
19. A könyökízület komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		
• kedvező helyzetben (15 fokban a derékszög körül)	25%	20%
• kedvezőtlen helyzetben	40%	35%
20. Medialis ideg teljes bénultsága	45%	35%
21. Radialis ideg teljes bénultsága az alkaron	30%	25%
22. Radialis ideg teljes bénultsága a kézen	20%	15% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)
23. Ulnaris ideg teljes bénultsága	30%	25%
24. Csuklóízület komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		
• kedvező helyzetben (egyenes szögben és lefelé fordításban)	20%	15% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)
• kedvezőtlen helyzetben (behajlott, illetve túlfeszített állapotban vagy felfelé fordított állapotban)	30%	25%
25. Hüvelykujj teljes elvesztése vagy komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	20%	15% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)
26. Hüvelykujj részleges (körömperc) elvesztése	10% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)	10% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)
27. Mutatóujj teljes elvesztése	15% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)	10% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)
28. Mutatóujj két ujjpercének elvesztése	10% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)	10% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)
29. Hüvelykujj és egy másik ujj (nem a mutatóujj) elvesztése	25%	20%
30. Két ujj (nem a hüvelykujj és a mutatóujj) együttes elvesztése	10% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)	10% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)
31. Három ujj (nem a hüvelykujj és a mutatóujj) együttes elvesztése	20%	15% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)
32. Négy ujj (hüvelykujj is) együttes elvesztése	45%	40%
33. Négy ujj (nem a hüvelykujj) együttes elvesztése	40%	35%
34. Középső ujj elvesztése	10% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)	10% (a szolgáltatás összege 50.000 Ft)
35. Mindkét alsó végtag teljes működésképtelensége vagy elvesztése		100%

36. Egy alsó végtag teljes működőképtelensége vagy elvesztése	50%
37. Egy alsó végtag részleges elvesztése	
• bokaízület alatti csonkolással	40%
• lábközépcsonti csonkolással	35%
• lábtőcsonti csonkolással	30%
38. Ischiadicus ideg (ülőideg) teljes bénultsága	30%
39. A csípőízület komplett merevsége (kétoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	100%
40. A csípőízület komplett merevsége (egyoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	50%
41. A térdízület komplett merevsége (kétoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	100%
42. A térdízület komplett merevsége (egyoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	50%
43. Alsó végtag megrövidülése	
• legalább 5 cm-rel	30%
• 3-5 cm-rel	20%
• 1-3 cm-rel	10%
	(a szolgáltatás összege 50.000 Ft)
44. Lábujjak (összes) elvesztése	25%
45. 3-4 lábujj elvesztése	
• az I. ujjat beleértve	20%
	10%
• az I. ujj kivételével	
	(a szolgáltatás összege 50.000 Ft)
	10%
46. I. lábujj elvesztése vagy teljes merevsége	(a szolgáltatás összege 50.000 Ft)

4. számú melléklet

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában a Különös Biztosítási Feltételek 30.1. pontjában meghatározott biztosítási események meghatározásához és megítéléshez.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet kizárólag a jelen mellékletben meghatározott és a leírásoknak teljes mértékben megfelelő súlyos betegségek bekövetkezésére nyújt fedezetet.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában szakorvosi leletnek minősül az olyan, szakorvos által kiállított, eredeti orvosi dokumentum, amely tartalmazza az intézmény megnevezését, naplószámot, a szakorvos pecsétjét és eredeti aláírását.

1. Rosszindulatú daganat

Rosszindulatú daganatnak minősül a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése és szövetek közötti terjedése.

A rosszindulatú daganat meghatározás magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett:

- a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin- és Non-Hodgkin-lymphoma),
- a vérrákot (leukémia) a krónikus lymphoid leukémia kivételével,
- a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatát (melanoma malignum).

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítás nem terjed ki:

- a helyi, a környezetét nem elárasztó, úgynevezett lokális daganatokra (carcinoma in situ),
- a melanoma malignumon kívüli bármilyen bőrrákra,
- a körülírt, nem a környezetébe törő olyan daganatokra, melyek a korai rosszindulatúvá válás jeleit mutatják,
- HIV-fertőzés mellett fellépő bármely daganatra.

2. HIV – vérátömlesztés következtében

A HIV (Human Immunodeficiency Virus, magyarul emberi immunhiány-előidéző vírus) egy embert fertőző vírus, az AIDS nevű betegség kórokozója. A HIV-fertőzést, illetve az AIDS betegséget a pozitív HIV ELISA antitestvizsgálat, illetve a pozitív HIV-megerősítő teszt (Western Blot vagy PCR teszt) igazolja.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó biztosítási fedezet kizárólag arra az esetre vonatkozik, ha a HIV-fertőzés transzfúzióhoz köthető, és az alábbi feltételek mindegyike együttesen fennáll:

- a vérátömlesztés orvosilag szükséges volt és a kezelés részeként tekinthető, és
- a vérátömlesztés a kockázatviselés kezdetét követően történt, és
- a fertőzés megtörténtét a vért kiadó intézmény elismerte, és a HIV-fertőzés okát jelentő vért azonosította.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szexuális úton vagy intravénás drog használata során bekövetkező HIV-fertőzésre, illetve a Biztosító kizárja a kockázatviseléséből az olyan HIV-fertőzési eseteket, amelyekben a gyógyító tevékenység eredményeképpen a HIV inaktívvá válik, fertőzőképessége megszűnik, illetve az immunrendszer működése helyreáll (CD4+ sejtek száma tartósan, legalább három hónapig 200/μl felett marad).

3. Jóindulatú agydaganat

Jóindulatú agydaganatnak minősül az agyban található, életveszélyt jelentő daganat, mely állandó idegrendszeri tünetet okoz az érző és a motoros idegműködésben, és legalább 6

hónapon keresztül fennáll. A daganat jelenléte megfelelő vizsgálatokkal, azaz CT-, MRI-vizsgálatokkal igazolandó. Az idegrendszeri tünet meghatározás a következőket foglalja magában: agyideg bénulása, beszédképesség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség. A biztosítási fedezet nem terjed ki a hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyságra, szédülésre, továbbá olyan kórformákra, mint agyi ciszta, granuloma, az agy ereiben (artéria és véna) kialakult elváltozások, haematoma, tályog, a gerincvelő, illetve az agyalapi mirigy daganata.

4. Vakság

Vakságnak minősül mindkét szem látásának baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist szemész vagy neurológus szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie.

32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában vannak minősül az,

- akinek látóélessége megfelelő korrekcióval mindkét szemén legfeljebb 5/70, vagy az egyik szemén legfeljebb 5/50, a másik szemén három méterről olvas ujjakat, vagy az egyik szemén legfeljebb 5/40, a másik szemén fényérzékelés nincs, vagy a másik szeme hiányzik,
- akinek közeli látásélessége rövidlátás esetén Csapody V., vagy annál rosszabb, vagy
- akinek látótere mindkét oldalon körkörösén húsz foknál szűkebb.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.

5. Süketség

Süketségnek minősül mindkét oldali fül hallásának baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie, melyet az audiometria és a hallásküszöb-vizsgálat alátámaszt.

32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában süketnek minősül az, akinek hallásküszöb-értéke a beszédfrekvenciákon mindkét fülön 60 dB felett van.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki az időskori hallásvesztésre.

6. Némaság

Némaságnak minősül a beszéd teljes, állandó és visszafordíthatatlan elvesztése, melyet a gége, a hallóideg vagy az agyi hallásközpont balesete vagy visszafordíthatatlan betegsége okozott. A diagnózist neurológus vagy fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva, igazolni a gégeműködés képtelenségét, valamint azt, hogy a beszédképesség elvesztése több mint 6 hónapja tart.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a pszichiátriai okból, autizmus, illetve értelmi fogyatékoság következtében kialakult némaságra.

7. Aortaműtét

Az aortaműtét olyan mellkasi vagy hasi műtétet jelent, mely az aorta aneurysmája, szűkülete, elzáródása vagy disszekciója miatt történt. Az aorta a mellkasi és a hasi aortát jelenti, mely nem foglalja magába annak ágait.

A 32 súlyos betegségekre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki az intraarterialis technikákra (pl.: perkután endovascularis aneurysma műtét).

8. Szívbillentyűműtét

A szívbillentyűműtét nyitott mellkasi szívűműtétet jelent, melynek célja a kóros szívbillentyű(k) kicserélése, illetve korrekciója. A műtét orvosi szükségességét kardiológusnak, illetve szívsebésznek kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva.

A 32 súlyos betegségekre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki az intravénás droghasználat mellett kialakult szívbillentyű-károsodás miatt szükségessé váló műtétekre.

9. Sclerosis multiplex

A sclerosis multiplex a központi idegrendszer fehérállományának gócos pusztulásával járó, szakaszosan lezajló betegség, amelynek eredményeképpen a biztosítottnál járás- vagy egyéb idegrendszeri zavarok (például látóideggyulladás, érzészavarok, pszichés zavarok) alakulnak ki.

A Biztosító csak abban az esetben teljesít szolgáltatást, amennyiben az ideggyógyász szakorvos sclerosis multiplex fennállását a hosszmetzeti kép alapján írásban, szakorvosi leletbe foglalva diagnosztizálja, és az alábbi két kritérium együttes meglétét igazolja:

- a) A mozgató és az érző idegek állandó funkcionális károsodását, mely folyamatosan legalább 6 hónapja tart, és
- b) az alábbi vizsgálatok támasztják alá: lumbálpunkció, látás, illetve hallás – egyensúly kóros elváltozásai és az MRI által igazolt központi idegrendszeri károsodások.

10. Harmadfokú égés

A 32 súlyos betegségekre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában harmadfokú égésnek minősül a teljes mélységű, azaz a bőr minden rétegére kiterjedő, a testfelület legalább 20%-át érintő elváltozás.

A diagnózist intenzív terápiás vagy sebész szakorvosnak kell írásban igazolnia, szakorvosi leletbe foglalva, részletes és pontos testtérképpel dokumentálva.

11. Aplasztikus anaemia

Az aplasztikus anaemia egy krónikus csontvelőbetegség, mely súlyos vérképzési zavart jelent. A diagnózist hematológus szakorvos írásban igazolja, szakorvosi leletbe foglalva.

Aplasztikus anaemiának minősül a csontvelő legalább 25%-át érintő károsodás, feltéve, hogy az alábbi három tényezőtől legalább kettő fennáll:

- a) Az abszolút fehérvérsejt szám kevesebb, mint 500/mm³
- b) A vérlemezkék száma kevesebb, mint 20 000/mm³
- c) A reticulocyták szám kevesebb, mint 20 000/mm³

A Biztosító csak abban az esetben teljesít szolgáltatást, ha a Biztosított folyamatosan, legalább 3 hónapon keresztül kezelést kap. Kezelés alatt a többszöri vérátömlesztést, vagy csontvelő-stimuláló gyógyszerek, vagy immunszuppresszív anyagok adását, illetve csontvelő-átültetést vagy őssejtbeültetést értünk.

A biztosításból kizárjuk az időszakos vagy reverzibilis aplasztikus anaemiát.

12. Végállapotú májelégtelenség

A májműködés állandó és végleges károsodása, mely az alábbi három tünet **együttes** fennállását okozza:

- a) tartós sárgaság (össz-szérum bilirubinérték > 200 umol/l legalább 3 hónapon keresztül, 3 ismételt alkalommal meghatározva 1 hónapos időközönként),

- b) ascites (hasvízkór) 1000 ml felett,
- c) máj eredetű encephalopathia (agyi funkciók károsodása, melyet neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva igazol).

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májelégtelenségre.

13. Alzheimer-kór

A memória és az intellektuális funkciók állandó és folyamatos leépülése, melyet a standardizált kérdőívek, illetve agyi vizsgálatok igazolnak. Az Alzheimer-kór diagnózisát neurológus vagy pszichiáter szakorvos állítja fel, írásban, szakorvosi leletbe foglalva. 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában Alzheimer-kórnak minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- a) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- b) Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközöket felcsatolja, illetve levegye;
- c) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerekesszékbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;
- e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a nem szervi eredetű megbetegedésekre, neurózisokra, pszichiátriai betegségekre, agyi keringési zavarra és alkoholfogyasztással összefüggésben kialakult agyi károsodásokra.

14. Kóma

Olyan eszméletvesztést jelent, amely az alábbi együttes feltételeknek megfelel:

- a) külső vagy belső ingerekre nem reagál,
- b) legalább 30 napon keresztül fennáll,
- c) a légzést intubációval és mechanikus lélegeztetéssel lehet csak fenntartani.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a gyógyszer által kiváltott kómára, illetve alkohol vagy drog használatával kapcsolatban kialakult kómára, illetve tudatzavarra (túlادagolás, megvonás).

15. Parkinson-kór

A Parkinson-kór egy progresszív neurológiai betegség, mely a motoros és nem motoros funkciók károsodását jelenti. Diagnózisát neurológus szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában Parkinson-kórnak minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.

- a) A 32 súlyos betegsége fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:
- b) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- c) Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközöket felcsatolja, illetve levegye;
- d) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerekesszékre üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- e) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiénié céljából;
- f) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A 32 súlyos betegsége fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a Parkinson- szindrómára drog vagy toxikus anyag okozta parkinsonizmusra.

16. Paralízis

Két vagy több végtag működőképességének teljes (100%-os) és végleges elvesztése baleset vagy betegség következtében, amennyiben sem akaratlagos, sem akaratától független mozgás nem észlelhető. A bénulásnak egyértelmű idegrendszeri okának kell lennie. Az ideggyógyász szakorvosnak írásban, szakorvosi leletbe foglalva nyilatkoznia kell arról, hogy a bénulás legalább 3 hónapja tart, végleges, javulásra nincs esély. A 32 súlyos betegsége fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában végtagnak minősül:

- a) A teljes alsó végtag, mely magába foglalja a csípő-, térd-, boka- és lábízületeket.
- b) A teljes felső végtag, mely magába foglalja a váll-, könyök-, csukló- és kézízületeket.

A 32 súlyos betegsége fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a szándékos önkárosításra, részleges bénulásra, vírusfertőzés utáni vagy oltási szövődmenyként jelentkező átmeneti bénulásra, vagy pszichés okok miatti bénulásra.

17. Súlyos fejsérülés

Súlyos fejsérülésnek minősül az olyan baleseti eredetű koponyasérülés, mely az agyi funkciók károsodásával jár. Ezt ideggyógyász-szakorvos állapítja meg írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melyet MRI- és/vagy CT-vizsgálatok eredményével támaszt alá. 32 súlyos betegsége fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában súlyos fejsérülésnek minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.

A 32 súlyos betegsége fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- a) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- b) Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközöket felcsatolja, illetve levegye;
- c) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerekesszékre üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiénié céljából;

- e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a gerincvelősérülésre, illetve olyan agyi funkciózavarra, melyet nem baleset okozott.

18. Creutzfeldt-Jakob kór

A Creutzfeldt-Jakob betegség olyan gyógyíthatatlan agyi fertőzőes megbetegedés, mely a mozgást, illetve a mentális tevékenységet gyorsan károsítja. Ideggyógyász szakorvos a kórismét objektív idegrendszeri tünetek, súlyos, romló demencia és EEG alapján állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

19. Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS)

Szisztémás szklerózisnak minősül az olyan, egész szervezetet érintő kötőszöveti betegség, mely progresszív, átható (diffúz) kötőszöveti átépüléssel jár a bőrben, az érfalakban, és a zsigeri szervekben. A diagnózist reumatológus vagy immunológus szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. A diagnózis felállításának feltétele a betegséget igazoló biopszia (szövettan), vérlet (szerológia), illetve hogy a betegség több szervre ráterjedjen, magában foglalva a szívet, tüdőt, veséket. A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki az alábbiakra:

- a) Lokális scleroderma (morphea)
- b) Eosinophil fasciitis
- c) CREST-szindróma

20. Súlyos, bélszakasz-eltávolítással kezelt Crohn-betegség

A Crohn-betegség a gyulladásos bélbetegségek egyik típusa, amely a bélrendszer nyálkahártyájának gyulladásával jár, ezáltal súlyos hasmenéshez és hasi fájdalomhoz vezet. 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában súlyos Crohn-betegségnek minősül az olyan, biopsziával (szövettannal) igazolt Crohn-betegség, amely legalább két bélszakasz különböző időpontokban elvégzett műtéti eltávolításával jár, és a megfelelő kezelés ellenére fennáll és tüneteket okoz. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amelyhez csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.

21. Súlyos, vastagbél eltávolítással kezelt colitis ulcerosa

A colitis ulcerosa a gyulladásos bélbetegségek egyik fajtája, ami az emésztőrendszer, általában a vastagbél és a végbél nyálkahártya felületes rétegeit, és jellegzetesen a bélszakasz összefüggő területeit érintő krónikus gyulladásával jár, jellegzetesen hasi fájdalom és hasmenés kíséri. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában súlyos colitis ulcerosának minősül az olyan, biopsziával (szövettannal) igazolt colitis ulcerosa, amely a teljes vastagbélszakasz műtéti eltávolításával jár.

22. Végző stádiumú tüdőbetegség

Végző stádiumú, idült légzési elégtelenséghez vezető tüdőbetegség megállapításának feltételei a következők:

- a) FEV1 < 60% ismételten: legalább 3 alkalommal, 3 hónapos időközökben mérve, minden alkalommal, és;
- b) folyamatos oxigénterápia alkalmazása szükséges a fennálló oxigénhiány kezelésére, és;
- c) az ütőérvér-gáz-analízis szerint az oxigénnyomás 55 Hgmm-nél alacsonyabb, és

d) nyugalmi légszomj áll fenn.

A végleges diagnózist tüdőgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

23. Szisztémás lupus erythematosus (SLE)

Az SLE a test több szervét érintő autoimmun betegség, amelynek tünetei időnként felerősödnek, időnként lecsökkennek. Az SLE diagnózisát reumatológus, immunológus, belgyógyász-nefrológus vagy ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:

- típusos bőrjelenségek (pillangószárny erythema, discoid bőrkiütés),
- sokizületi gyulladás,
- serositis,
- SLE által kiváltott vérképzőszervi és immunológiai kóros elváltozások,
- pozitív antinukleáris antitest kimutatása vérvizsgálat során,
- központi idegrendszeri károsodás,
- vesekárosodás.

A vesekárosodás megállapításának jelen Különös Feltételek vonatkozásában feltétele a tartós fehérjevizelés fennállása napi 0,5 gramm feletti vizeletfehérje-ürítés esetén. A központi idegrendszer tartós károsodása megállapításának 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában feltétele az idegrendszeri fizikális vizsgálat alapján, ideggyógyász szakorvos által írásban, szakorvosi lelet formájában igazolt objektív mozgató vagy érző idegkárosodás, mely legalább 3 hónapja fenn áll. Görcsrohamok, fejfájások, kognitív (tudati) és pszichiátriai eltérések nem tekintendők a központi idegrendszer tartós károsodásának.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a discoid lupusra.

24. Cardiomyopathia

A cardiomyopathia a szívizomzat szerkezeti és funkcionális károsodása. A diagnózist kardiológus vagy belgyógyász szakorvos állítja fel tartós balkamrakárosodás esetén írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melynél az ejekciós frakció (EF) 25%-nál kisebb és – megfelelően beállított, stabilizált kezelés mellett – legalább 6 hónapon keresztül olyan súlyos fizikális aktivitási korlátot jelent, mely megfelel a IV. stádiumú New York Heart-beosztásnak. A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló szívizomzat-károsodásra.

25. Heveny súlyos májgyulladás

A heveny májgyulladás a máj heveny megbetegedése, melyet elsősorban különböző vírusfertőzések, de más károsító hatások is okozhatnak. 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában heveny súlyos májgyulladásnak minősül a teljes májelhalás, mely hirtelen májelégtelenséghez vezet. A diagnózis kimondásához a következő feltételek együttes, legalább 2 héten keresztül történő fennállása szükséges:

- Hirtelen, nagyfokú romlás a májfunkciós laborparaméterekben (GOT, GPT, GGT közül legalább 2 > 1000 U/l),
- Mélyülő sárgaság (összbilirubin > 200 $\mu\text{mol/l}$),
- Hepaticus encephalopathia (agyi funkciók károsodása, melyet neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva igazol).

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májkárosodásra.

26. Végtagelvesztés

Egy végtag végleges elvesztése, balesetből vagy betegségből kifolyólag, boka, illetve csukló feletti magasságban elszenvedve.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a szándékos önkárosításra.

27. Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás

A diagnózist ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben a jelen pont második bekezdésében meghatározott feltétel fennáll, a következő betegségek megállapítása esetén: spinális muszkuláris atrofia, progresszív bulbáris bénulás, amiotrófiás laterálszklerózis vagy primer laterálszklerózis. A kortikospinális pályák, vagy az elülső sarv sejtek, vagy a bulbáris efferens neuronok progresszív károsodásának fennállása szükséges. Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított idegrendszeri eredetű károsodásának fennállása szükséges a diagnózis felállításához.

28. Szívinfarktus

A szívizomzat egy részének minden réteget érintő – transmuralis – elhalása, amelyet a megfelelő terület hirtelen kialakuló vérellátási elégtelensége okoz.

A diagnózis megállapításához az alábbi feltételek közül legalább háromnak teljesülnie kell:

- jellegzetes panasz,
- nekroenzim-emelkedés,
- pecifikus EKG-eltérés,
- szívultrahang (hypo- vagy akinesis),
- pozitív coronarographia.

29. Agyi érkatasztrófa

Az olyan hirtelen fellépő idegrendszeri történés, agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embóliaforrásból eredő agyi embólia, amelynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak. Az akut idegrendszeri tünetek meghatározása az alábbiakat foglalja magában: agyideg bénulása, beszédképesség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség. A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki az idegrendszeri történést követően kialakuló hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyságra, szédülésre, balesetből eredő koponyaűri vérzésekre, illetve az átmeneti (24 óránál rövidebb ideig tartó), maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarokra.

30. Koszorúérműtét

Az a nyitott mellkasban végzett operáció, melynek célja a koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetése lábszárvénából, illetve mellkasból vett érpoótlással. A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, melyek közül ma ismert a ballonkatéterrel végzett tágitás, illetve a koszorúér keringésének biztosítása céljából behelyezett bármely típusú stent- (sztent-) műtét.

31. Szervátültetés

Az a szív-, tüdő-, máj-, illetve veseátültetés, ahol a Biztosított mint szervet kapó (recipiens) szerepel.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet a szervet adóra (donor) nem terjed ki. A biztosítás csontvelő-, illetve hasnyálmirigy-átültetésre nem terjed ki.

32. A veseelégtelenség

Mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző funkcióját jelenti, mely legalább 60 napon keresztül tartó dialíziskezelést tesz szükségessé.