



Feltétel

Life Protect 2.0
Kockázati életbiztosítás

Ügyfélértékelő

Tisztelt Partnerünk!

Kérjük, hogy biztosítási ajánlatának megtevéle előtt figyelmesen olvassa el jelen tájékoztatónkat és „Life Protect 2.0” termékünk szerződési feltételeit.

Biztosítónk, az **UNIQA Biztosító Zrt.**, 1990 óta a magyar biztosítási piac jelentős szereplője (székhelye: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.).

Biztosítónk felügyeleti szerve a **Magyar Nemzeti Bank** (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím: 1534 BKKP Pf.: 777).

Milyen típusú biztosítás a „Life Protect 2.0”?

A „**Life Protect 2.0**” kockázati életbiztosítás, melyben a biztosított halála a biztosítási esemény. Ezen alapszolgáltatás mellett további biztosítási esemény a biztosított olyan egészségi állapota, amelynek következtében várható életkilátása nem éri el a 12 hónapot. A szerződéshez – külön díj ellenében – kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás is köthető.

Kik a biztosítási szerződés szereplői?

A biztosító a **szerződővel** áll közvetlenül kapcsolatban, és a biztosítás díját is a szerződő fizeti. A **biztosított** az, akire vonatkozóan a **biztosító** a kockázatot vállalja. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szolgáltatást a **kedvezményezett(ek)**nek fizeti ki. Jelen terméknel a biztosított életében teljesített szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított.

A biztosítási szerződés szereplőiről további információk a Feltételek I.1. fejezetében találhatók.

Milyen időtávra köthető a „Life Protect 2.0”?

A szerződés határozatlan tartamú, azaz a biztosítási év elteltével automatikusan hosszabbítható, és akár a biztosított 70 éves koráig is megtartható. A kiegészítő biztosítás a biztosított 65 éves koráig tartható meg.

A biztosítási szerződés értelmezését segítő további fogalmak (így a biztosítási időszak, a kockázatviselés kezdete, a szerződés megszűnésének esetei) a Feltételek I.2. és I.3. és a Kiegészítő feltételek I. fejezeteiben találhatók.

Mi a „Life Protect 2.0” szolgáltatása?

A biztosított **halála** – mint biztosítási esemény – esetén a biztosító a halálesetkor érvényes összeget fizeti ki a kedvezményezett(ek)nek.

Amennyiben a biztosított életkilátása **egészségi állapota** miatt nem éri el a 12 hónapot, a biztosítási összeg felének, de legfeljebb 10 millió forintnak a kifizetésére kerülhet sor. Ez a kifizetés haláleseti szolgáltatás esetén a haláleseti biztosítási összegből levonásra kerül. **Az előrehozott szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási eseményre vonatkozó kockázatviselés annak a biztosítási évnek a végével szűnik meg, melyben a biztosított 69. évet betölti.**

A biztosító az előrehozott szolgáltatási igény esetében előírhatja ún. **második orvosi szakvélemény** beszerzését is, de ilyen szakvélemény egyes egyéb esetekben is költségmentesen igényelhető. **A kritikus betegségekre szóló kiegészítő** biztosítás keretében három, egyre bővülő szolgáltatási csomag közül lehet választani. Az első csomag a felsorolt daganatos megbetegedésekre, a második ezen felül a keringési rendszerrel összefüggésben felsorolt betegségekre, műtétekre, a harmadik pedig mindezen felül további kritikus betegségekre terjed ki. Mindhárom csomag a benyújtott kritikus betegségek, műtétek bekövetkezése esetén

nyújt pénzügyi szolgáltatást, ami a kiegészítő biztosításra választott biztosítási összeg érvényes nagyságával azonos.

A biztosítási eseményekről és a szolgáltatásokról a Feltételek II. fejezetéből, a kiegészítő biztosításokra vonatkozóan pedig a Kiegészítő Feltételek II. fejezetéből tájékozódhat részletesen. A második orvosi szakvéleményre vonatkozó tudnivalók a Feltételek III. fejezetében szerepelnek, az aktuális információk pedig honlapunkon illetve ügyfélszolgálatunkon érhetők el.

Miként teljesíti a biztosító szolgáltatását?

A tartamon belüli biztosítási eseményt a bekövetkezéstől számított **8 napon belül írásban be kell jelenteni** a biztosítónak.

A biztosító a bejelentés, felvilágosítások tartalmát ellenőrizheti, így különböző iratokat is bekérhet a szolgáltatás és egyéb kifizetések teljesítése előtt. A biztosító a szolgáltatást az összes szükséges irat beérkezését követő 15 napon belül teljesíti.

A szolgáltatás teljesítésének további feltételeit és módját a Feltételek V. fejezete és a Kiegészítő Feltételek IV. fejezete foglalja össze.

A szolgáltatás esetleges korlátozása

A biztosító egyes kiemelt kockázatokat (például ejtőernyős ugrás vagy sziklamászás közben bekövetkezett eseményeket) **kizár** a biztosítási események köréből. Ha a szerződő vagy a biztosított nem teljesíti a szerződésben vállalt kötelezettségeit (és még néhány egyéb, a Feltételekben meghatározott speciális esetben) a biztosító **mentesül** a szolgáltatás teljesítése alól.

A kizárásokról és mentesülésekről, illetve az ezekben az esetekben kifizethető összegekről részletesen a Feltételek VI. fejezete és a Kiegészítő Feltételek V. fejezete szól.

Mi a biztosítási díj, és hogyan változhat?

A biztosító a szolgáltatás teljesítését a szerződő által rendszeresen fizetendő biztosítási **díj** ellenében vállalja. A biztosítási díj többféle módon és gyakorisággal is fizethető. A biztosítás díját az ajánlattételkor választott biztosítási összeg és a biztosított életkora határozza meg. A szerződés **első díja** az ajánlattételkorresedése és tartalmaz az első évben érvényes, gyakoriság szerinti díj mellett az ajánlaton feltüntetett, egyszeri szerződéskötésdíjat is. A biztosító az első díjat kamatmentes díjelőlegként kezeli. A szerződésre fizetett díj a biztosított mindenkor tényleges életkorától függ, így **biztosítási összeg szinten tartásának feltétele, hogy a szerződő vállalja a biztosított életkorának emelkedése miatt évente növekvő díjat.**

Lehetőség van a szerződés változatlan díjjal történő megtartására is, mely esetben a biztosítási összeg arányos módon csökken.

A díjfizetésről és módosításáról, továbbá a díjfizetés elmulasztásának következményeiről a Feltételek IV. és a Kiegészítő feltételek III. fejezeteiből tájékozódhat.

Milyen egyéb tudnivalókat ajánlunk ügyfeleink figyelmébe?

- A szerződő a kötvény kézhezvételétől számított **30 napon belül indoklás nélkül felmondhatja a szerződést.**
- A Feltételekben és a szerződésben nem érintett kérdésekben a **hatályos magyar jogszabályok** az irányadók.
- A termék kockázati biztosítás, így a szerződéssel kapcsolatos esetleges adókötelezettségekről, kedvezményekről a személyi jövedelemadóról szóló (Szja) törvény kockázati biztosításokra vonatkozó része rendelkezik. Nem magánszemély szerződő esetén a biztosítási díj, szolgáltatás és egyéb kifizetések elszámolhatóságáról a társasági adóról szóló törvény és a társada-

lombbiztosításra vonatkozó jogszabályok további előírásokat is tartalmaznak.

- A biztosító jogosult a tudomására jutott, a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggő személyes, egészségi és üzleti **adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – teljes körű kezelésére**. A biztosító köteles az adatokat biztosítási titokként kezelni. A biztosítási titokkal, a biztosító adatkezelésével és az adatok továbbíthatóságával kapcsolatos tudnivalókat a Feltételek VII.2. fejezete tartalmazza.
- Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a biztosítási tevékenységről szóló, 2014. évi LXXXVIII. törvényben leírt esetekben – a Feltételek VII.2. fejezetében **meghatározott szervezeteknek továbbíthatja**. A szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerződő és biztosított hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító **külföldi biztosítóhoz, külföldi viszontbiztosítóhoz vagy külföldi adatkezelő szervezetéhez** is továbbíthassa.

A biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó esetleges panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő a Feltételek VII.5. pontjában foglaltak szerint.

Amennyiben ennek a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. tv.-ben rögzített feltételei fennállnak, panaszával a Pénzügyi Békéltető Testülethez (1525 Budapest, BKPP Pf.: 172) vagy a Magyar Nemzeti Bankhoz (1534 Budapest, BKPP Pf.: 777), vagy a Polgári Perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. A panaszkezeléssel kapcsolatos további tudnivalókat megismerheti a társaságunk székhelyén (1134 Budapest, Róbert K. krt. 70–74.) megtalálható Ügyfélszolgálaton, valamint a www.uniqa.hu honlapon közzétett Panaszkezelési Szabályzatból.

Az egyéb tudnivalókkal a Feltételek VII. és a Kiegészítő feltételek VI. fejezetei foglalkoznak.

Mekkora mértékben változhat a biztosítás díja?

Az alábbi táblázatok tartalmazzák, hogy az alap- és kiegészítő biztosítás éves díja legfeljebb mekkora mértékben növekszik évről évre a megelőző biztosítási év biztosítási díjához viszonyítva, a biztosítási összeg változatlanságát feltételezve, néhány, különböző életkorú biztosított esetében. Ezek az értékek csak az alapbiztosítás IV.2.46, illetve a kiegészítő biztosítás III.2.22 pontjában írott esetekben módosulhatnak.

Az alapbiztosítás díjának változása

Biztosítási év	Belépési kor						
	25	30	35	40	45	50	55
2.	3%	7%	6%	5%	10%	10%	7%
3.	3%	9%	8%	7%	10%	10%	7%
4.	0%	11%	9%	11%	14%	9%	7%
5.	2%	9%	9%	11%	8%	9%	7%
6.	4%	9%	11%	11%	11%	8%	6%
7.	6%	9%	12%	5%	10%	7%	6%
8.	11%	7%	11%	10%	10%	7%	5%
9.	10%	8%	6%	14%	9%	7%	5%
10.	5%	9%	10%	13%	9%	7%	6%
11.	12%	6%	10%	11%	8%	6%	7%
12.	13%	11%	15%	10%	7%	6%	7%
13.	11%	10%	15%	10%	7%	5%	7%
14.	13%	15%	14%	9%	7%	5%	7%
15.	13%	16%	13%	9%	7%	6%	8%
16.	15%	15%	11%	8%	6%	7%	8%
17.	16%	15%	10%	7%	6%	7%	
18.	16%	15%	10%	7%	5%	7%	
19.	15%	14%	9%	7%	5%	7%	
20.	16%	13%	9%	7%	6%	8%	
21.	15%	11%	8%	6%	7%	8%	
22.	15%	10%	7%	6%	7%		
23.	15%	10%	7%	5%	7%		
24.	14%	9%	7%	5%	7%		
25.	13%	9%	7%	6%	8%		
26.	11%	8%	6%	7%	8%		
27.	10%	7%	6%	7%			
28.	10%	7%	5%	7%			
29.	9%	7%	5%	7%			
30.	9%	7%	6%	8%			
31.	8%	6%	7%	8%			
32.	7%	6%	7%				
33.	7%	5%	7%				
34.	7%	5%	7%				
35.	7%	6%	8%				
36.	6%	7%	8%				
37.	6%	7%					
38.	5%	7%					
39.	5%	7%					
40.	6%	8%					
41.	7%	8%					
42.	7%						
43.	7%						
44.	7%						
45.	8%						
46.	8%						

A kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás díjának változása

Biztosítási év	Biztosított életkora a szerződéskötés évében						
	25	30	35	40	45	50	55
2.	9%	9%	15%	33%	30%	23%	9%
3.	14%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
4.	13%	10%	9%	9%	9%	9%	9%
5.	11%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
6.	10%	10%	9%	9%	9%	9%	9%
7.	9%	16%	34%	31%	23%	9%	9%
8.	1%	9%	9%	9%	9%	9%	9%
9.	10%	9%	9%	9%	9%	9%	9%
10.	5%	9%	9%	9%	9%	9%	9%
11.	10%	9%	9%	9%	9%	9%	9%
12.	16%	34%	31%	23%	9%	9%	
13.	9%	9%	9%	9%	9%	9%	
14.	9%	9%	9%	9%	9%	9%	
15.	9%	9%	9%	9%	9%	9%	
16.	9%	9%	9%	9%	9%	9%	
17.	34%	31%	23%	9%	9%		
18.	9%	9%	9%	9%	9%		
19.	9%	9%	9%	9%	9%		
20.	9%	9%	9%	9%	9%		
21.	9%	9%	9%	9%	9%		
22.	31%	23%	9%	9%			
23.	9%	9%	9%	9%			
24.	9%	9%	9%	9%			
25.	9%	9%	9%	9%			
26.	9%	9%	9%	9%			
27.	23%	9%	9%				
28.	9%	9%	9%				
29.	9%	9%	9%				
30.	9%	9%	9%				
31.	9%	9%	9%				
32.	9%	9%					
33.	9%	9%					
34.	9%	9%					
35.	9%	9%					
36.	9%	9%					
37.	9%						
38.	9%						
39.	9%						
40.	9%						
41.	9%						

Köszönjük, hogy társaságunkat tisztelte meg bizalmával!

„Life Protect 2.0” kockázati életbiztosítás feltételei

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK	2
I.1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI	2
I.2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS HATÁLYBALÉPÉSE	2
I.3. A SZERZŐDÉS MEGSZŪNÉSE	3
I.4. KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG	3
II. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS SZOLGÁLTATÁSOK	3
II.1. HALÁLESETI SZOLGÁLTATÁS	3
II.2. ELŐREHOZOTT SZOLGÁLTATÁS	4
III. MÁSODIK ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY	4
IV. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ	4
IV.1. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ FIZETÉSE	4
IV.2. A BIZTOSÍTÁS DÍJ VÁLTOZÁSA	5
IV.3. A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI	5
V. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE	5
V.1. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI	5
V.2. A KIFIZETÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK	5
VI. A KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG MEGSÉRTÉSE, MENTESÜLÉSEK, KIZÁRÁSOK	6
VI.1. A KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG MEGSÉRTÉSÉNEK KÖVETKEZMÉNYEI	6
VI.2. MENTESÜLÉSEK	6
VI.3. KIZÁRÁSOK	6
VII. VEGYES RENDELKEZÉSEK	7
VII.1. TÖBBLETHOZAM, MARADÉKJOGOK, KÖTVÉNYKÖLCSÖN	7
VII.2. AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA	7
VII.3. ADÓZÁSSAL KAPCSOLATOS JOGSZABÁLYOK	8
VII.4. A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNY ELVESZTÉSE	8
VII.5. PANASZOK BEJELENTÉSE	8
KRITIKUS BETEGSÉGEKRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI	9
I. ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK	9
II. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS SZOLGÁLTATÁSOK	9
II.1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK	9
II.2. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK	9
III. A BIZTOSÍTÁS DÍJA	10
III.1. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ MEGFIZETÉSE	10
III.2. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ VÁLTOZÁSA	10
IV. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI	10
V. A KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG MEGSÉRTÉSE, MENTESÜLÉSEK, KIZÁRÁSOK	10
VI. EGYÉB RENDELKEZÉSEK	11
1. SZ. MELLÉKLET	
A KRITIKUS BETEGSÉGEKRE FEDEZETET NYÚJTÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEIBEN MEGHATÁROZOTT BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK MEGHATÁROZÁSA	12
2. SZÁMÚ MELLÉKLET	
KRITIKUS BETEGSÉGEKRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS SZOLGÁLTATÁSI CSOMAGJAI	17
3. SZÁMÚ MELLÉKLET	
A KRITIKUS BETEGSÉGEKRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS BETEGSÉGCSOPORTJAI	18

Jelen (alap)biztosítási feltételek ellenkező szerződéses kikötés hiányában az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) továbbiakban **biztosító** azon biztosítási szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek.

Az itt nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

I.1. A biztosítási szerződés alanyai

1. A **BIZTOSÍTÓ** a biztosítási díj ellenében a szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.

2. A **SZERZŐDŐ** az a személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését vállalja.

A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtétele a szerződő joga és kötelessége.

A biztosító a szerződés módosítására, az adatok változására vonatkozó nyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor tekintheti joghatályosnak, ha azokat valamely szervezeti egységhez **írásban** eljuttatták.

A biztosító nyilatkozatait a szerződőnek juttatja el, melyek tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a szerződő kötelessége a biztosítottat tájékoztatni.

3. A **BIZTOSÍTOTT** az a természetes személy, akire a biztosító kockázatviselése vonatkozik.

A szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges.

Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.

A biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe beléphet. A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át.

4. A **KEDVEZMÉNYEZETT** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult. A szerződő fél a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Kedvezményezettként több személy is megnevezhető.

A kedvezményezett jelölése és annak megváltoztatása akkor lép hatályba, amikor a szerződő és a biztosított írásbeli nyilatkozata a biztosítóhoz beérkezik.

Amennyiben a szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg, illetve a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghalt, és helyette más nem jelöltek meg, a kedvezményezett maga a biztosított, illetve a haláleseti szolgáltatásra a biztosított örököse.

A szerződő fél a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállalhat arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személyek hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.

I.2. A biztosítási szerződés létrejötte és hatálybalépése

5. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő írásbeli **ajánlattal** kezdeményezi.

6. A biztosító az ajánlat elbírálásához **egészségi nyilatkozatot** és orvosi vizsgálatot is kérhet.

7. A szerződés úgy **jön létre**, hogy a biztosító az ajánlat és a hozzá tartozó nyilatkozatok alapján **kockázatelbírálást** végez, majd az ajánlat elfogadásáról fedezetet igazoló dokumentumot, **kötvényt** állít ki.

8. A biztosítónak jogában áll az ajánlaton szereplőnél magasabb díjat megállapítania, illetve az ajánlatot egyéb **módosításokkal elfogadnia**.

Ha a kötvény tartalma az ajánlattól eltér, és az eltérést a szerződő a kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Lényeges eltérés esetén a biztosító az eltérésre a szerződő figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívja. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

9. A biztosítónak jogában áll az ajánlatot, annak beérkezését követő 15 napon belül, – amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat szükséges, **60 napon belül** – indoklás nélkül **elutasítani**.

10. A szerződés akkor is létrejön, **ha a biztosító** az ajánlatra, annak beérkezésétől számított 15 napon **belül** – amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat szükséges, **60 napon belül** – **nem nyilatkozik**. Ez esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító részére történő átadása időpontjára visszamenő hatállyal, a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

11. A biztosítás technikai (díjfizetési) **KEZDETE** a kötvényen ekként megjelölt nap. A **BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓ** a kötvényen a biztosítás kezdeteként megjelölt hónap és nap szerinti évforduló. A **BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK** a biztosítási évfordulókhoz igazodó egy éves időtartam (biztosítási év).

12. A szerződés **HATÁROZATLAN TARTAMRA** köthető. Amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig a szerződő nem intéz a biztosítóhoz ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés további egy biztosítási időszakra folytatódik, de legkésőbb annak a biztosítási időszakra az utolsó napján megszűnik, melyben a biztosított 70. életévét betölti.

13. A szerződés az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára **visszamenő hatállyal jön létre**. A szerződés **hatályba lépésének feltétele**, hogy a szerződő az **első díjat** legkésőbb a szerződés létrejöttéig megfizesse, kivéve ha a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg.
14. A biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés létrejöttének időpontjában kezdődik.
15. A biztosító az orvosi vizsgálat nélkül létrejött szerződésekre a kockázatviselés kezdetétől számított **6 hónap várakozási időt** köt ki. A várakozási idő alatt a biztosító csak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett balesetből eredő biztosítási eseményekre vállalja a kockázatot. Amennyiben a várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény nem baleset következménye, a biztosító a szolgáltatást nem teljesíti, és a szerződés a szerződéskötési díj levonása után, a befizetett folyamatos díjak visszatérítése mellett megszűnik.
16. **BALESET** a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, melynek következtében a biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.

I.3. A szerződés megszűnése

17. A biztosítási szerződés (és a biztosító kockázatviselése) az alábbi esetek bármelyikének következtében **megszűnik**
- annak a biztosítási évnek a végével, melyben a biztosított betölti 70. életévét;
 - a biztosított halálával;
 - díjnemfizetés esetén (IV.3.47. pont);
 - a szerződés felmondásával;
 - egyéb, a feltételekben meghatározott esetekben (18., 24. pontok).
- Az előrehozott szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási eseményre (II.2.29. pont) vonatkozó kockázatviselés legkésőbb annak a biztosítási évnek a végével megszűnik, melyben a biztosított 69. évét betölti.**

18. Amennyiben a szerződő természetes személy, és a biztosítást önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenységi körén kívül kötötte, jogában áll a szerződést az annak létrejöttéről szóló **kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belül indoklás nélkül felmondani**. Ez esetben a biztosító a szerződő írásbeli nyilatkozatának beérkezését követő 15 napon belül költségei levonása után visszautalja a befizetett díjakat. A díjból a szerződés elbírálási, nyilvántartási és kötvényesítési költségeire összesen 10 000 Ft, továbbá az esetlegesen elvégzett orvosi vizsgálat költségei kerülnek levonásra. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt illető felmondási jogról.

I.4. Közlési és változásbejelentési kötelezettség

19. A szerződő fél köteles a **szerződéskötéskor** a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

20. A szerződő a szerződés tartama alatt **15 napon belül köteles írásban bejelenteni a lényeges körülmények megváltozását**, így különösen a biztosított foglalkozásának, szabadidős tevékenységének a vállalt kockázat (például balesetveszély) szempontjából történő megváltozását.

21. A közlésre és változás **bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet 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.

22. A biztosító jogosult a közölt **adatok ellenőrzésére**, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, és orvosi vizsgálatot is előírhat.

23. A biztosított az ajánlat aláírásával **felhatalmazza a biztosítót, hogy az egészségi állapotára vonatkozó**, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges **adatokat a biztosító beszerzeze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja**, illetve a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló hatályos törvényben meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak, továbbá (külföldi) viszontbiztosító vagy (külföldi) adatkezelő szerve számára továbbítsa. **Egyúttal a biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket és szervezeteket (többek között háziorvos, társadalombiztosítási szerv, egészségügyi szolgáltató) a biztosítóval szembeni titoktartási kötelezettségük alól.**

24. Ha a **biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást** a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a körülményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta. A biztosító az ebből eredő jogokat csak a szerződéskötést, illetve a változás bejelentését követő első öt évben gyakorolhatja.

25. A szerződő és a biztosított köteles **5 munkanapon belül** bejelenteni a szerződésben rögzített **adatainak** (különös tekintettel: lakcím, név) **megváltozását**.

II. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS SZOLGÁLTATÁSOK

II.1. Haláleseti szolgáltatás

26. Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosító kockázatviselése alatt bekövetkező **halála**.
27. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az érvényes biztosítási összeg kerül a kedvezményezett részére kifizetésre,

és a szerződés megszűnik. **Amennyiben a II.2. fejezetben szereplő előrehozott szolgáltatás korábban már teljesítésre került, a kifizetés a szolgáltatási összeggel csökken.**

28. Az első évre ÉRVÉNYES BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGET a szerződő az ajánlattételkor határozza meg. A további évekre érvényes biztosítási összeg a IV.2.44. pont szerinti esetben módosulhat.

II.2. Előrehozott szolgáltatás

29. Az előrehozott szolgáltatás vonatkozásában – figyelemmel az I.3.17. pontbeli korlátozásra is – biztosítási eseménynek minősül a **biztosított olyan egészségi állapota, mely alapján várható hátralevő élettartama** a biztosító orvosának szakvéleménye szerint a biztosítási esemény bekövetkezésétől számítva **nem éri el a 12 hónapot.**

A fenti egészségi állapot kialakulása akkor minősül biztosítási eseménynek, ha az **baleset** következménye vagy a szerződés létrejöttét követő 6. hónap letelte után **betegség** formájában következik be, és amennyiben azt az erre az eseményre vonatkozó kockázatviselés ideje alatt (I.3.17. pont) be is jelentették a biztosítónak.

A biztosítási esemény **bekövetkezésének időpontja** az a nap, melyen az egészségi állapotot előidéző megbetegedést először diagnosztizálták, illetve amelyen az ezt előidéző baleset megtörtént.

30. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén **az érvényes biztosítási összeg 50%-a, de legfeljebb 10 millió Ft a szolgáltatás, mely a biztosított részére** kerül kifizetésre.
31. A szolgáltatási összegből az adott biztosítási évre esedékes, még meg nem fizetett díjon túl a következő biztosítási évre esedékes – a IV.2.42. pont szerint emelt – díj levonásra, és a szerződés díjaként lekönyvelésre kerül.

Amennyiben a biztosított a díjjal fedezett időszak eltelte után életben van, **a szerződés a változatlan biztosítási összegnek megfelelő díj megfizetésével érvényben tartható**, de ebben az esetben újabb előrehozott szolgáltatás már nem kerülhet kifizetésre.

III. MÁSODIK ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY

32. A biztosító ún. MÁSODIK ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY keretében a biztosított egyes állapotaira és betegségeire vonatkozóan – együttműködő partnerén keresztül – második orvosi szakvéleményt nyújt. A biztosító a második orvosi szakvélemény igénylésének feltételeit a biztosítási tartam során bármikor módosíthatja vagy a hozzáférést megszüntetheti. **A biztosító a második orvosi szakvélemény igénybevételenek módjáról internetes honlapján (www.uniqa.hu) valamint ügyfélszolgálatán ad tájékoztatást.**
33. A második orvosi szakvélemény kialakítása során a szakvéleményt nyújtó személyek kizárólag azon adatokra tudnak támaszkodni, melyeket a biztosított, illetve felhatalmazottja a rendelkezésükre bocsájtott. A szakvéleményt nyújtó személyek nem tartoznak felelősséggel a kezelőorvosok által nyújtott orvosi adatok teljességéért és hitelességéért. A má-

sodik orvosi szakvéleményt kiállító orvos, az általa végzett közvetlen vizsgálatok és a személyes megjelenés hiányában, a biztosított tényleges állapotát (mely eltérhet a leleteken, orvosi dokumentációban rögzítettektől) nem tudja figyelembe venni véleményalkotásánál.

34. A biztosító nem vállal felelősséget a második orvosi szakvéleményben nyújtott információkért, azok felhasználásáért, illetve értelmezéséért, valamint a (kért) tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve azok helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkért.
35. A második orvosi szakvélemény a kockázatviselés kezdetétől számított 180. nap letelte után vehető igénybe, amennyiben a szerződés nincs díjmaradásban.

IV. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

IV.1. A biztosítási díj fizetése

36. A biztosító a biztosítási szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a BIZTOSÍTÁSI DÍJ ellenében vállalja. **A biztosítás első évében a szerződés ÉRVÉNYES DÍJA** a választott biztosítási összeg mellett **a biztosított életkorától függ.** Az életkor a díjfizetés kezdeti időpontjának naptári éve és a születés éve közötti különbségként kerül meghatározásra. A biztosítás díját a biztosított kora, egészségi állapota, foglalkozása és szabadidős tevékenysége módosíthatja.
37. A biztosítás folyamatos (rendszeres) díjfizetésű lehet.
38. A szerződés **első díja** az ajánlattételkor esedékes és tartalmaz az ajánlaton feltüntetett, egyszeri szerződéskötési díjat is. A biztosító az első díjat kamatmentes díjelőlegként kezeli. Amennyiben a szerződés létrejön, a biztosító a díjelőleget – a biztosítási kötvény szerinti kezdeti naptól érvényesen – a biztosítási díjba beszámítja, az ajánlat elutasítása esetén pedig visszautalja a szerződőnek.
39. A szerződés **folytatólagos díjai** minden **biztosítási évre** a biztosítási évfordulókon, **előre esedékesek.**
40. A biztosító – pótdíj ellenében – hozzájárulhat az **éves díj részletekben történő fizetéséhez.** A pótdíj mértéke – többek között – a díjfizetés gyakoriságától és módjától függ, és a változhat. Részletfizetés esetén a díjak a megfelelő részletfizetési időszak első napján, előre esedékesek. A szerződéskötési díj nem fizethető részletekben. **A díjfizetés gyakoriságát** a szerződő a biztosítási évfordulók megváltoztathatja, amennyiben erre irányuló kérését az évforduló előtti 30. napig írásban jelzi a biztosítónak, és a biztosító ahhoz hozzájárul.
41. A biztosító a teljes biztosítási évre esedékes díjat az esetben is követelheti, ha a szerződés valamely okból a biztosítási éven belül szűnne meg. Amennyiben a megszűnés oka a biztosított halála volt, a biztosító csak a haláleset hónapjáig igényli a díjat, az esetlegesen már előre fizetett díjat pedig visszautalja a szerződő részére.

IV.2. A biztosítás díj változása

42. A biztosítás érvényes díja minden biztosítási évfordulón a biztosított aktuális életkorának megfelelően módosul.

Az életkor a biztosítási évforduló naptári éve és a születés éve közötti különbségként kerül meghatározásra. A biztosító a biztosítási évforduló előtti 45. napig értesítést küld a következő évre érvényes biztosítási díjról.

43. A szerződő az évforduló előtti 30. napig nyilatkozhat a díjemelés elutasításáról. Amennyiben a szerződő írásbeli nyilatkozata a díjemelés elutasításáról ezen határidőig nem érkezik be a biztosítóhoz, a biztosítási évfordulót követő biztosítási időszakra a szerződés **ÉRVÉNYES DÍJA** a *III.2.42. pont* szerinti emelt díj, a díjemelés határidőre történő elutasítása esetén pedig a megelőző biztosítási időszak érvényes díjával egyezik meg.

44. Amennyiben a szerződő a **díjemelést nem vállalja**, a következő biztosítási időszakra **érvényes biztosítási összeg lecsökken**. A csökkentett biztosítási összeg úgy aránylik a biztosítási évfordulót megelőző biztosítási évre érvényes biztosítási összeghez, ahogy a fizetett (régi, pótdíj nélkül számított) díj kétezer forinttal csökkentett értéke viszonyul a biztosítási évfordulót követő biztosítási évre számított, az értesítésben megküldött (pótdíj nélkül számított) emelt díj kétezer forinttal csökkentett értékéhez. Amennyiben a szerződéshez kiegészítő biztosítás is tartozik, és annak feltételei ettől eltérő szabályokat tartalmaznak, az új biztosítási összeg a kiegészítő biztosítás feltételei alapján kerül meghatározásra.

45. A jelen biztosításra vonatkozóan **értékkövetésre**, azaz a szolgáltatás – fentieket meghaladó mértékben emelt díj ellenében történő – növelésére **nincs lehetőség**.

46. Amennyiben a szerződéskötéskor érvényes díjtételeket meghatározó kockázati viszonyok – azaz a biztosítási esemény bekövetkezésének statisztikai valószínűsége – megváltozik, akkor a biztosítónak jogában áll a díjtételeket ennek megfelelően módosítani, és a biztosítási évfordulón módosuló díjnal ezt a tényezőt is figyelembe venni.

IV.3. A díjfizetés elmulasztásának következményei

47. Amennyiben az **esedékes** – az esetleges kiegészítő biztosításokkal együtt számolt – **érvényes biztosítási díjat nem fizetik meg**, a biztosító a szerződő felet a díjfizetés teljesítésére **30 napos póthatáridő megadásával írásban felszólítja. A határidő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik**, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

48. A biztosító nem tekinti megfizetettnek a díjat akkor sem, ha a szerződő nem a teljes érvényes díjat fizeti meg.

49. Abban az esetben, ha a szerződés a díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a szerződő – a biztosított életben léte esetén – a megszűnés napjától **számított 120 napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására**, amennyiben pótolja az elmaradt díjakat. A biztosító a hozzájárulását újabb kockázatelbírálás eredményétől is függővé teheti.

A biztosító kockázatviselése a haláleseti szolgáltatásra a teljes hátralék befizetését követő nap 0. órájától kezdődik újra (reaktiválás).

V. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

V.1. A szolgáltatás teljesítésének feltételei

50. A **biztosítási eseményt** a bekövetkeztétől számított **8 napon belül** a kedvezményezettnek **írásban** be kell jelentenie a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adnia, és lehetővé kell tennie a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

51. Az **előrehozott** szolgáltatásra vonatkozó igény esetén a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító előírhatja, hogy a biztosított vagy a biztosított nevében jogszerűen eljáró személy kérje a III. fejezet szerinti, az életkilátásra vonatkozó orvosi véleményt is tartalmazó második orvosi szakvéleményt, és annak eredményét a szolgáltatásra való jogosultság biztosító általi elbírálásához a biztosítónak megküldje. A második orvosi szakvélemény igényléséért sem a biztosító sem a szolgáltató nem számít fel külön költséget.

52. A biztosító a bejelentett igények jogosságát az elbíráláshoz szükséges összes irat, szakvélemény – előrehozott szolgáltatás esetén beleértve a második orvosi szakvéleményt is – beérkezésétől számított **8 napon belül elbírálja**, a kifizetést pedig az elbírálást követő **15 napon belül** teljesíti.

A biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.

53. Amennyiben az **előrehozott szolgáltatás teljesítését megelőzően a biztosított elhalálozik, és a haláleset a biztosítóhoz bejelentésre került, az előrehozott szolgáltatás nem kerül kifizetésre, hanem a haláleseti szolgáltatás kerül az arra megjelölt kedvezményezett részére teljesítésre.**

54. A **biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 2 év elteltével a biztosításból eredő igények elvülnek.**

V.2. A kifizetéshez szükséges dokumentumok

55. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:

- elhalálozás esetén a halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítványt;
- előrehozott szolgáltatás igénylése esetén a betegséget, egészségkárosodást és annak előzményeit igazoló orvosi szakvéleményeket, dokumentumokat, beleértve a második orvosi szakvéleményt is;
- a jogosultság (kedvezményezettség), továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükséges egyéb okiratokat;
- a biztosítási kötvényt és – a biztosító kérésére – a díjfizetés igazolását.

A biztosító a biztosítási szolgáltatáshoz azon okiratok bemutatását kérheti, amelyek alkalmasak a biztosítási esemény bizonyítására. A biztosító a szolgáltatása teljesítését csak

olyan további okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezését a biztosító részére a szerződőnek, biztosítottnak, kedvezményezettnek bizonyítania szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén annak bizonyítására alkalmasak azon okiratok, hatósági, bírósági határozatok, jegyzőkönyvek, tárgyi bizonyítékok, amelyek a biztosítási esemény jogalapját, valamint annak összegszerűségét bizonyítják. A felsoroltakon kívül a szerződőnek, biztosítottnak, kedvezményezettnek joga van a biztosítási esemény igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint – annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

A biztosító köteles a nemzetközi adatszolgáltatásra vonatkozó hatályos törvényekben előírtak betartására, és ezzel összefüggésben egyéb iratok bemutatását is kérheti.

A biztosítónak jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése, beleértve a biztosított személyes vizsgálatának esetleges elrendelését is.

A biztosítási esemény igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.

VI. A KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG MEGSÉRTÉSE, MENTESÜLÉSEK, KIZÁRÁSOK

VI.1. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértésének következményei

56. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a **biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve ha**

- a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében; vagy
- a szerződés megkötésétől a **biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt;**
- a lényeges körülmények változásának bejelentésére vonatkozó határidő leteltétől 5 év már eltelt.

57. A biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben a **biztosítási esemény bekövetkezését** a szerződésben megadott határidőn belül (V.1.50. pont) **nem jelentik be**, a szükséges felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

VI.2. Mentésülések

58. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

59. A szerződés a haláleseti szolgáltatás kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosított

- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben, vagy
- a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg.

60. Mentesül a biztosító az előrehozott szolgáltatás teljesítése alól, ha a kapcsolódó biztosítási eseményt előidéző betegséget, balesetet, illetve egészségkárosodást a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

Súlyosan gondatlan magatartás által okozottak minősül különösen az az esemény, amely a biztosított

- szándékosan elkövetett bűncselekményével;
- súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotával, vagy
- bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával, vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével, vagy
- érvényes jogosítvány nélküli vagy alkoholos állapotban történő gépjárművezetésével közvetlen okozati összefüggésben következett be.

VI.3. Kizárások

61. A biztosító kizárja kockázatviselési köréből azon eseményeket, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak:

- HIV fertőzéssel;
- radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
- különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, búvárkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint a motoros meghajtású szárazföldi-, vízi-, illetve motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával járó sportágak űzése közben bekövetkezett eseményekkel;
- repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, sárkányrepüléssel), kivéve az utasként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett légi utasforgalomban;
- háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, tüntetéssel, zavargással.

62. A biztosító az előrehozott szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási események köréből kizárja

- az ajánlat aláírásakor már fennálló bármely betegséggel vagy állapottal összefüggésben bekövetkező egészségromlást;
- a biztosított elme- vagy tudatzavarával, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben bekövetkező eseményeket,
- a valamely balesettel összefüggésbe nem hozható – ember vagy állat terjesztette – bakteriális-, vagy vírusfertőzéseket,
- a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményeket,
- a biztosított fegyveres szolgálatának teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményeket.

63. Ha a biztosított halálát valamely kizárt esemény okozta, a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg. Ha az előrehozott szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási eseményt közvetlenül vagy közvetve valamely – az eseményre vo-

natkozóan – kizárt kockázat okozta, a szolgáltatás nem kerül kifizetésre.

VII. VEGYES RENDELKEZÉSEK

VII.1. Többlethozam, maradékjogok, kötvénykölcsön

64. A szerződés többlethozamból való részesedésre nem jogosít.

65. A szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik, azaz nincs visszavásárlási összege és díjmentes leszállítás sem igényelhető rá.

66. A szerződésre kötvénykölcsön nem igényelhető.

VII.2. Az adatok nyilvántartása

67. A jelen szerződéssel kapcsolatos **adatkezelés az ügyfél hozzájárulásán és a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) 135.§-án és a 136.§-án alapul.** Az adatokat az UNIQA Biztosító Zrt. kezeli, adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Bécs, Untere Donau Strasse 21.), az adatkezelő által felkért orvosszakértő, továbbá az adatkezelő számára a biztosítási szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, megbízottak járnak el. Az adatokat e személyek ismerhetik meg a vonatkozó jogszabályi feltételek szerint. Az ügyfél adatai kezeléséről az adatkezelőnél tájékoztatást kérhet, kérheti adatai helyesbítését, a kötelező adatkezelés kivételével adatai törlését, zárolását, törvényben meghatározott esetekben tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat. A pert az illetékes törvényszék előtt kell megindítani, azonban azt az érintett – választása szerint – a lakóhelye vagy a tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt is megindíthatja.

A biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggően tudomására jutott személyes, egészségi és üzleti adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – teljes körű kezelésére. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

68. **BIZTOSÍTÁSI TITOK** minden olyan – minősített adatokat nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A biztosító az általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, továbbá – jogszabály eltérő rendelkezése hiányában – azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonyban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

A **biztosítási titok** tekintetében a biztosító a Bit.-ben foglaltak szerint jár el. Biztosítási titok **csak akkor adható ki harmadik személynek**, ha

– a biztosító, a biztosításközvetítő vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,

– a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

69. **Az ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervezetekhez továbbíthatja:** a feladatkörében eljáró Felügyelethez, nyomozóhatósághoz és ügyészséghez, bírósághoz, a bíróság által kirendelt szakértőhöz, bírósági végrehajtóhoz, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezőhöz, Családi Csődvédelmi Szolgálatához, családi vagyonfelügyelőhöz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi hatósághoz, titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz, együttbiztosításban részt vállaló biztosítóhoz, állomány-átruházáskor az átvevő biztosítóhoz, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosítóhoz, biztosításközvetítőhöz, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partnerhez, könyvvizsgálóhoz, alapvető jogok biztosához, a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézményhez a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, a pénzmosás és terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró pénzügyi információs egységként működő hatósághoz vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján eljáró magyar bűnüldöző szervhez. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége alól kivételt képez az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettség is. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

A Bit. 147.§-ában meghatározott esetben és időtartamot követően az üzleti titkot tartalmazó irat levéltári kutatások céljára felhasználható. Üzleti- és biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettség alól kivételt képez továbbá a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség is.

70. A szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerződő és biztosított hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító harmadik országbeli (viszont)biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez továbbíthassa.

71. A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megaka-

dályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz, továbbá a fentieknek megfelelő megkeresésre a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkeresés illetve az adatátadás a Bit. 149.§-ban rögzített adatokra vonatkozhat. A biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a jogszabályban meghatározott időpontig kezelheti. A megkereső biztosító a megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

VII.3. Adózással kapcsolatos jogszabályok

72. A biztosítás **kockázati biztosítás**. A szerződés díjához és a szerződésre történő kifizetésekhez kapcsolódó esetleges adókedvezményről és adókötelezettségekről a személyi jövedelemadóról szóló törvény (Szja tv.) rendelkezik. Az adómentes szolgáltatások körét, továbbá az esetlegesen fellépő adó- és járulékfizetési kötelezettséget ugyancsak az Szja tv. határozza meg. Nem magánszemély szerződő esetén a biztosítási díj, szolgáltatás és egyéb kifizetések elszámoltságáról a társasági adóról szóló törvény és a társadalombiztosításra vonatkozó jogszabályok további előírásokat is tartalmaznak.

Az adózással kapcsolatos jogszabályok a szerződés tartama alatt megváltozhatnak.

Az adózással kapcsolatos további részletes információ a honlapon, a www.uniqa.hu oldalon található.

VII.4. A biztosítási kötvény elvesztése

73. A **biztosítási kötvény elvesztése** vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő (biztosított) kérésére a szerződés aktuális állapotának megfelelő új kötvényt állít ki, vagy az eredeti kötvény másolatát megküldi a szerződőnek. Az új kötvény kiállításának költségét a biztosító megfizetheti.

VII.5. Panaszok bejelentése

74. Az Ügyfél az UNIQA Biztosító Zrt. magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

- személyesen írásban vagy szóban** a biztosító Ügyfélszolgálatán (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) ügyfélfogadási időben,
- elektronikus úton** (a panasziroda@uniqa.hu e-mail címen),
- telefonon** (a biztosító Call Centerén keresztül az alábbi telefonszámokon: + 36 1/20/30/70/ 544-5555, 1418-as rövidszám),
- telefax útján** (az alábbi telefax számon: +36 (1) 238-6060),

e) **levélben** (az alábbi címen: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.).

A panaszbeadványokon címzettként kérjük feltüntetni a Panaszkezelés megnevezését is. **A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a www.uniqa.hu honlapunkon nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.**

A panasz biztosító általi elutasítása esetén *amennyiben a panasz a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival, megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos* az Ügyfél:

a) a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (továbbiakban: PBT, levelezési cím: 1525 Budapest, Pf.: 172, telefon: +36-40-203-776, telefax: +36-1-489-9102, e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu) vagy

b) a Polgári Perrendtartás szabályai szerint **bírósághoz** fordulhat.

Amennyiben a biztosító által elutasított panasz a Magyar Nemzeti Bankról (a továbbiakban: MNB) szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) *fogyasztóvédelmi rendelkezése megsértésének kivizsgálására irányul*, úgy az Ügyfél az MNB [1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: 06-40-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu] **fogyasztóvédelmi eljárását** kezdeményezheti.

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy az Ügyfél a(z) MNB tv. rendelkezései értelmében fogyasztónak minősüljön, továbbá a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

Az MNB tv. alkalmazásában **fogyasztó** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy. A panaszkezelés szempontjából **nem minősül fogyasztónak** pl. a gazdasági társaság, a szövetkezet, a társasház, az ügyvédi iroda, vagy bármely más jogi személyiséggel rendelkező szervezet, továbbá a biztosításközvetítő, illetve a biztosító vagy biztosításközvetítő alkalmazásában álló/képviselőjében eljáró személy.

75. **Amennyiben az Ügyfél az MNB tv. rendelkezései értelmében nem minősül fogyasztónak**, a biztosító panaszt elutasító döntésével szemben a Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező **bíróságnál kezdeményezhet polgári peres eljárást**.

76. A biztosító **felügyeleti szerve**: Magyar Nemzeti Bank
Székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.
Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Levélcím: 1534 Budapest, BKKP Pf.: 777
Ügyfélszolgálati telefonszám: 36-40-203-776

Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás feltételei

Termékkódok: 888, 889, 890

Jelen biztosítási feltételek (továbbiakban Kiegészítő Feltételek) az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) azon szerződéseire érvényesek, melyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek. Jelen kiegészítő biztosítás csak a biztosító által meghatározott életbiztosítási szerződéshez (alpbiztosításhoz) kapcsolódóan köthető meg és tartható fenn. A jelen feltételekben nem szabályozott kérdéseket és fogalmakat az alpbiztosítás feltételei tartalmazzák.

I. ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

1. A kiegészítő biztosítás **szerződője** az alpbiztosítás szerződőjével azonos.
2. A biztosítás **biztosítottja** az alpbiztosítás biztosítottjával azonos. A kiegészítő biztosításnak nem lehet biztosítottja az a személy, aki az ajánlat aláírásakor nyugdíjas, rokkantsági nyugdíjas, rehabilitációs járadékos, baleseti járadékos vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas, illetve munkaképesség csökkenés vagy össz-szervezeti egészségkárosodás megállapítására irányuló kérelmet nyújtott be a mindenkor illetékes hatóságokhoz.
3. A biztosítási szolgáltatás **kedvezményezettje** a biztosított.
4. A biztosítási eseményeket a választott szolgáltatási csomag határozza meg. A jelen kiegészítő biztosítás 2. sz. melléklete szerinti három (K1, K2, K3) szolgáltatási csomag közül az ajánlattételkor kell egyet választani.
5. A jelen kiegészítő biztosítás csak az alpbiztosítással egyidejűleg köthető meg és tartható fenn.
6. A kiegészítő biztosítás létrejöttére, kockázatviselésének kezdetére az alpbiztosítás feltételei vonatkoznak, de a biztosítónak jogában áll a jelen kiegészítő biztosításra tett ajánlatot – az alpbiztosítás létrejötté esetén is – indoklás nélkül elutasítani.
7. A kiegészítő biztosítás **határozatlan tartamra** jön létre, de legkésőbb annak a biztosítási évnek az utolsó napján megszűnik, amelyben a biztosított a 65. életévét betölti.
8. A **biztosítási évforduló és biztosítási időszak** azonos az alpbiztosítás biztosítási évfordulójával, illetve biztosítási időszakával.
9. A jelen kiegészítő biztosítás (és a biztosító kockázatviselése) megszűnik
 - az alpbiztosítás megszűnésével;
 - annak a biztosítási évnek az utolsó napjával, melyben a biztosított 65. életévét betölti;
 - a kiegészítő biztosítás díjnemfizetése esetén;
 - a kiegészítő biztosítás felmondása esetén;
 - ha a biztosító kockázatviselése –valamennyi biztosítási eseményre megszűnik, az utolsó biztosítási esemény időpontját követő hónap végével (15–16. pont);

– az alpbiztosítás feltételeiben szereplő esetleges egyéb esetekben.

A jelen kiegészítő biztosítást a szerződő a biztosítási évfordulóval felmondhatja. A felmondást legalább 30 nappal az évforduló előtt, írásban kell megtenni.

II. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS SZOLGÁLTATÁSOK

II.1. Biztosítási események

10. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény – a szerződő által választott csomag tartalmától függően – a biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt és a biztosítás területi hatályán belül bekövetkező, a jelen kiegészítő biztosítás *1. számú mellékletében* meghatározott kritikus betegségben történő megbetegedése vagy ugyanott meghatározott műtét elvégzése.
11. A biztosítási események bekövetkezésének – biztosítási eseményenként eltérő – időpontját ugyancsak az *1. számú melléklet* tartalmazza.
12. A jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a biztosító kockázatviselése az Európai Unió területén belül diagnosztizált betegségekre és az Európai Unió területén belül elvégzett műtétekre terjed ki.

II.2. Biztosítási szolgáltatások

13. A biztosító a *10. pontban* meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a kiegészítő biztosításra vonatkozó, az esemény bekövetkezésekor érvényes (*24. pont*) biztosítási összeget fizeti ki a biztosított részére. Az első évre érvényes biztosítási összeget a szerződő az ajánlattételkor határozza meg.
A biztosító a szolgáltatásokat az alábbi korlátozások figyelembevételével teljesíti.
14. Az egyes biztosítási események bekövetkezésének időpontjai között legalább 12 hónapnak kell eltelnie. A biztosító nem teljesít szolgáltatást arra a biztosítási eseményre, mely az itt jelzett köztés időtartamok alatt következett be.
15. Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás *3. sz. melléklete* szerinti 1. csoportba sorolt – szolgáltatásra jogosító – biztosítási esemény következik be, a biztosító kockázatviselése a biztosítási esemény időpontjától megszűnik, és a kiegészítő biztosítás törlésre kerül.
16. Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás *3. számú melléklete* szerinti 2. csoportba sorolt – szolgáltatásra jogosító – biztosítási esemény következik be, a biztosító kockázatviselése a biztosítási eseménnyel érintett kritikus betegség, továbbá annak esetleges szövődményei vonatkozásában megszűnik. A nem érintett kritikus betegségekre a biztosító kockázatviselése továbbra is fennáll.

17. A szolgáltatás kifizetésének feltétele, hogy a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésének bejelentésekor életben legyen.

III. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

III.1. A biztosítási díj megfizetése

18. A biztosítás első évre érvényes díja a választott szolgáltatási csomag és – az ajánlaton meghatározott – kezdeti biztosítási összeg mellett a biztosított életkorától függ. Az életkor a díjfizetés kezdeti időpontjának naptári éve és a születés éve közötti különbségként kerül meghatározásra. A díjat befolyásolhatja továbbá egyebek mellett a biztosított foglalkozása, munkahelyi és szabadidős tevékenysége, egészségi állapota is.
19. A jelen kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással egyidejűleg, azzal azonos módon és gyakorisággal kell megfizetni. Évesnél gyakoribb díjfizetés esetén a biztosító a díjfizetés módjától és gyakoriságától függő, változtatható mértékű pótdíjat számíthat fel.
20. A díjfizetés elmulasztásának következményeire az alapt biztosítás feltételei vonatkoznak. Amennyiben az alapt biztosítás a folytatólagos díj nemfizetése miatt megszűnik, a kiegészítő biztosítás is megszüntetésre kerül.

III.2. A biztosítási díj változása

21. A biztosítás **érvényes díja** minden biztosítási évfordulón a biztosított aktuális életkorának – azaz az évforduló naptári évének és a születés éve közötti különbségnek – megfelelően módosul.
22. Amennyiben a jelen kiegészítő biztosítás díjtételeit meghatározó kockázati viszonyok megváltoznak – így többek között a szolgáltatások igénybevételének statisztikai valószínűsége –, akkor a biztosítónak jogában áll a kiegészítő biztosítási díjtételeket megfelelően módosítani, és a kiegészítő biztosítás biztosítási évfordulón módosuló díjánál (21. pont) ezt a tényezőt is figyelembe venni.
23. Az érvényes díj megváltozásáról a biztosító az alapt biztosítás díjának változásáról szóló értesítésben küld tájékoztatást.
24. A szerződő az évforduló előtti 30. napig írásban nyilatkozhat a díjmelés elutasításáról. A szerződő az alap- és a kiegészítő biztosítás esetében a díjmódosításra vonatkozóan eltérő döntést nem hozhat, azaz vagy mindkét díj módosítását elfogadja, vagy mindkettőt el kell utasítania.

Amennyiben a szerződő elutasítja a díj módosítását, a biztosító a szolgáltatásokat megfelelően csökkenti. A biztosító úgy határozza meg az alap- és kiegészítő biztosítás következő biztosítási időszakra fizetendő díját, hogy a szerződésre fizetett (pótdíj nélkül számított) teljes díj változatlan maradjon az alap- és kiegészítő biztosítás biztosítási összegének aránya ne változzon. Ezzel a csökkentett biztosítási összegek úgy aránylanak a biztosítási évfordulót megelőző biztosítási évre érvényes biztosítási összegekhez, ahogy a fi-

zetett (rég, pótdíj nélkül számított) díjak kétezer forinttal csökkentett összege viszonyul a biztosítási évfordulót követő biztosítási évre számított, az értesítésben megküldött emelt (pótdíj nélkül számított) díjak kétezer forinttal csökkentett összegéhez.

IV. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

25. A szolgáltatás teljesítésének feltételeire az alapt biztosítás feltételeinek V. fejezetében foglaltak, továbbá az alábbi szabályok vonatkoznak.
26. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:
- 26.1. az egészségügyi ellátás, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációját, a kórházi zárójelentést;
- 26.2. baleseti eredet esetén a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi és egyéb igazolásokat, jegyzőkönyveket.
27. A biztosítónak az igény elbírálásához jogában áll az egészségügyi ellátással, megbetegedéssel orvosilag kapcsolatba hozható esetleges kórelőzmények vizsgálata céljából további orvosi dokumentációkat is bekérnie.
28. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához saját orvosszakértőt vehet igénybe. A biztosító orvosszakértőjének **megállapításai függetlenek** minden más orvosi, vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvosszakértők megállapításaitól, és az igény elbírálásánál a biztosító a saját orvosszakértőjének véleményét veszi alapul.
29. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve a szolgáltatási igényt elutasíthatja.

V. A KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG MEGSÉRTÉSE, MENTESÜLÉSEK, KIZÁRÁSOK

30. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértésének következményei megegyeznek az alapt biztosítás VI.1. fejezetében foglaltakkal.
31. A biztosító mentesülésére, kockázata szűkítésére és a kizárásokra az alapt biztosítás feltételeinek VI.2. és VI.3. fejezeteiben foglaltak vonatkoznak, beleértve annak az előrehozott szolgáltatáshoz kapcsolódó vonatkozó kikötéseit is.
32. Ha a biztosított jelen kiegészítő biztosítás hatálya alá tartozó valamely kritikus betegséget közvetlenül vagy közvetve valamely kizárt kockázat okozta vagy a biztosító mentesülésének valamely feltétele fennáll, a szolgáltatás nem kerül kifizetésre.
33. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítás kockázatviselésének kezdetétől számított 180 napon belül kizárólag az ez idő alatt bekövetkezett balesetek és a heveny fertőző betegségek következményeire terjed ki.

VI. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

34. Ha a biztosítási tartam alatt biztosítási esemény nem következett be, akkor a jelen kiegészítő biztosítás kifizetés nélkül szűnik meg.
35. A jelen kiegészítő biztosításra vonatkozóan értékkövetésre nincs lehetőség.
36. A kiegészítő biztosítás befektetésből származó többlethozam jóváírására nem jogosít.
37. A jelen kiegészítő biztosítás maradékjogokkal, azaz visszavásárlási és díjmentesítési lehetőséggel nem rendelkezik.
38. A kiegészítő biztosításra kötvénykölcson nem igényelhető.
39. Az alaptbiztosítás 22. pontjában meghatározott, a Biztosítót megillető felmondási jog vonatkozásában nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a Biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás.
40. A jelen kiegészítő biztosítást a Biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg. Egyebekben az alaptbiztosítás 22. pontjának rendelkezései az irányadóak.

A kritikus betegségekre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítás kizárólag a jelen Mellékletben meghatározott és a leírásoknak teljes mértékben megfelelő kritikus betegségek bekövetkezésére nyújt fedezetet.

1. **Rosszindulatú daganatos betegség:** a szövettani atípiá jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió), és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szervinváziójának lehetősége (metasztázis). Jelen kiegészítő feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasajt-rendellenességek (plazmasajt-mieloma) is beletartoznak.

Jelen kiegészítő feltételek szempontjából nem minősülnek biztosítási eseménynek:

- a) a rákelőző (precarcinóma) állapotok,
- b) a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,
- c) a bőrrákok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
- d) a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

2. **Agyi érkatasztrófa:** az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfal-szakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszernek az ér által ellátott területei elhalása, infarktusa és maradandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett göctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók.

– Az érkatasztrófa tényét, a maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti okozati összefüggés tényét a biztosító orvosa vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

3. **Aorta műtét:** 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 jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az intraarterialis technikákra (pl.: perkután endovascularis aneurysma műtét).

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

4. **Cardiomyopathia:** a szívizomzat szerkezeti és funkcionális károsodása. A diagnózist kardiológus vagy belgyógyász szakorvos állítja fel tartós balkamra-károsodás 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 jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló szívizomzat-károsodásra.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

5. **Elsődleges kisvérköri hipertónia:** Az elsődleges pulmonáris hipertónia diagnózisának legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbi négy közül. A szakorvos által felállított diagnózist vizsgálati eredményekkel kell alátámasztani, beleértve a szívkatéteres vizsgálatot is.

– Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;

– Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat ($RV1 + SV5 > 1.05$ mV);

– Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;

– Szívtultrahang jobb kamra tágulatot mutat ($d > 30$ mm).

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

6. **Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét:** nyitott mellkasban végzett olyan operáció, amely egy vagy több koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetésére irányul a korábban angina pectoris tüneteit mutató betegnél.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

7. **Szívbillentyű műtét:** nyitott mellkasi szívűműtét, melynek célja a kóros szívbillentyű(k) kicserélése, illetve korrekciója. A műtét orvosi szükségességét kardiológusnak, illetve szív-érbérszűkületnek kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az intravénás droghasználat mellett kialakult szívbillentyűkárosodás miatt szükségessé váló műtétekre.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

8. **A szívizomelhalás (szívinfarktus):** a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége.

– Jelen kiegészítő feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizomelhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG re-

gisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.

– Jelen feltételek szempontjából nem minősül szívizomelhalásnak a korai beavatkozást követően vagy spontán Q-hullám nélkül gyógyuló betegség (non-Q infarktus).

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

9. **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. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában Alzheimer-kórnak minősül a Biztosított mentális, ideg- rendszeri 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 jelen kiegészítő feltételek 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 kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;

d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéne céljából;

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

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a nem szervi eredetű megbetegedésekre, neurózisokra, pszichiátriai betegségekre, agyi keringési zavarra és alkoholfogyasztással összefüggésben kialakult agyi károsodásokra.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

10. **Creutzfeldt-Jakob kór:** olyan gyógyíthatatlan agyi fertőzőses 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.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

11. **Kóma:** olyan eszméletvesztést jelent, amely az alábbi együttes feltételeknek megfelel:

a) külső vagy belső ingerekre nem reagál és státusza a Glasgow Kóma Skála szerint nem haladja meg a 4-es értéket,

b) legalább 30 napon keresztül fennáll,

c) a légzést intubációval és mechanikus lélegeztetéssel lehet csak fenntartani.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a gyógyszer által kiváltott kómára, illetve alkohol vagy drog használatával kapcsolatban kialakult kómára, illetve tudatzavarra (túladozolás, megvonás).

A biztosítási esemény időpontja a kóma első megállapításától számított 30. nap.

12. **Krónikus veseelégtelenség:** mindkét vese működésének visszafordíthatatlan csökkenése, amennyiben ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művese-kezelés vagy veseátültetés nélkül az étellel nem összeegyeztethető, és a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialízis-kezelésre szorul.

A biztosítási esemény időpontja az első dialízistől számított 60. nap.

13. **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 szarv 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.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

14. **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 jelen kiegészítő feltételek 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 kézizületeket.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra, részleges bénulásra, vírusfertőzés utáni vagy oltási szövödményként jelentkező átmeneti bénulásra, vagy pszichés okok miatti bénulásra.

A biztosítási esemény időpontja a bénulás első diagnosztizálásától számított harmadik hónap utolsó napja.

15. **Parkinson kór:** egy progresszív neurológiai betegség, mely a motoros és nem motoros funkciók károsodását jelenti. Diagnózisát neurológus szakorvos állítja fel írásban, szakor-

vosi leletbe foglalva. Jelen kiegészítő feltételek 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 jelen kiegészítő feltételek 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 segédeszközzeit felcsatolja, illetve levegye;
- c) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéne céljából;
- e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a Parkinson-szindrómára, drog vagy toxikus anyag okozta parkinsonizmusra. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

16. **Sclerosis multiplex:** a központi idegrendszer fehérállományának gócos pusztulásával járó, szakaszosan lezajló betegség, amelynek eredményeképpen a biztosítottnál járás- vagy egyéb idegrendszeri zavarok (például látóideg-gyulladás, érzékszavarok, pszichés zavarok) alakulnak ki.

A Biztosító csak abban az esetben teljesít szolgáltatást, amennyiben az idegyógyász 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.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

17. **Szervátültetés:** külső donortól származó vese, csontvelő, máj, szív, hasnyálmirigy és tüdő tényleges átültetése a biztosított testébe.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

18. **Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS):** 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, szak-

orvosi leletbe foglalva. A diagnózis felállításának feltétele a betegséget igazoló biopszia (szövettan), vérelet (szerológia), illetve hogy a betegség több szervre ráterjedjen, magában foglalva a szívet, tüdőt, veséket.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

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

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

19. **Végállapotú májelégtelenség:** a májműködés állandó és végleges károsodása, mely az alábbi három tünet együttes fennállását okozza:

- a) tartós sárgaság (össz-szérum bilirubinérték > 200 $\mu\text{mol/l}$ 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 jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májelégtelenségre.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

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

- a) FEV1 < 60% ismételten: legalább 3 alkalommal, 3 hónapos időközönként mérve, minden alkalommal, és;
- b) folyamatos oxigénterápia alkalmazása szükséges a fennálló oxigénhiány kezelésére, és;
- c) az ütőérvég-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.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

21. **A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás):** a Poliomyelitis diagnózist az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá.

- Azonosított Poliovírus a megbetegedés okozója,
- A végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább három hónapja folyamatosan fennálló bénulása.

A biztosítási esemény időpontja a bénulás első diagnosztizálásától számított harmadik hónap utolsó napja.

22. **Agyvelőgyulladás:** az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladást okozó vírusfertőzés, amely tartós neurológiai károsodáshoz vezet. A tartós neurológiai károsodásnak minimum 6 hétig folyamatosan fenn kell állnia, és a diagnózist neurológus szakvéleményével kell alátámasztani.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyvelőgyulladásra.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

23. **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 3 hónapja fennálló és 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 száma kevesebb, mint 20 000/mm³

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az időszakos vagy reverzibilis aplasztikus anaemiára.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

24. **Bakteriális agyhártyagyulladás:** bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladásos folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerincspinalis nyert gerincvelő folyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladásra.

A biztosítási esemény időpontja a betegség diagnosztizálásának időpontja.

25. **Harmadfokú égés:** A jelen kiegészítő feltételek 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.

A biztosítási esemény időpontja a harmadfokú égés bekövetkezésének időpontja.

26. **Heveny, súlyos májgyulladás:** A heveny májgyulladás a máj heveny megbetegedése, melyet elsősorban különböző vírusfertőzések, de más károsító hatások is okozhatnak. Jelen Különös Feltételek vonatkozásában heveny súlyos májgyulladásnak minősül a következő feltételek együttes, legalább 2 héten keresztül történő fennállása:

- Hirtelen, nagyfokú romlás a májfunkciós laborparaméterekben (GOT, GPT, GGT közül legalább 2 > 1000 U/l),
- Súlyos sárgaság (összbilirubin > 200 umol/l).

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májkárosodásra.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

27. **Jóindulatú agydaganat:** 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 biztosítás 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 agy alapi mirigy daganata.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

28. **Némaság:** 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 jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a pszichiátriai okból, autizmus, illetve értelmi fogyatékoság következtében kialakult némaságra.

A biztosítási esemény időpontja a némaság első diagnosztizálásának időpontja.

29. **Siketség:** 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.

Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában süketnek minősül az, akinek hallásküszöb-értéke a beszédfrekvenciákon mindkét fülön 60 dB felett van.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az időskori hallásvesztésre.

A biztosítási esemény időpontja a siketség első diagnosztizálásának időpontja.

30. **Súlyos fejsérülés:** 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.

Jelen kiegészítő feltételek 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 jelen kiegészítő feltételek 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 kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéne céljából;
- e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a gerincvelő-sérülésre, illetve olyan agyi funkciózavarra, melyet nem bal-eset okozott.

A biztosítási esemény időpontja a súlyos fejsérülés bekövetkezésének időpontja.

31. Súlyos, műtéti beavatkozást igénylő Crohn-betegség:

a Crohn-betegség a gyulladós bélbetegségek egyik típusa, amely a bélrendszer nyálkahártyájának gyulladásával jár, ezáltal súlyos hasmenéshez és hasi fájdalomhoz vezet. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában súlyos Crohn-betegségnek minősül az olyan, biopsziával (szövettannal) igazolt Crohn-betegség, amely legalább két műtéti beavatkozást tesz szükségessé (a végbélsípoly műtétjének kivételével). A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amelyhez csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét. A biztosítási esemény időpontja a második műtét végrehajtásának időpontja.

32. Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa:

a colitis ulcerosa a gyulladós bélbetegségek egyik fajtája, ami az emésztőrendszer, általában a vastagbél és a végbél nyálkahártya felületes rétegeit, és jellegzetesen a bélszakasz összefüggő területeit érintő krónikus gyulladással jár, jellegzetesen hasi fájdalom és hasmenés kíséri. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában súlyos colitis ulcerosának minősül az olyan, biopsziával (szövettannal) igazolt colitis ulcerosa, amely a vastagbél teljes vagy részleges műtéti eltávolításával jár (totalis vagy subtotalis colectomia).

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

33. Szisztémás lupus erythematosus (SLE): a test több szervét érintő autoimmun betegség, amelynek tünetei időnként fel erősödnek, időnként lecsökkennek. Az SLE diagnózist reumatológus, immunológus, belgyógyász-nefrológus vagy ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:

- típusos bőrjelenségek (pillangószárny erythaema, 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 kiegészítő feltételek vonatkozásában feltétele a tartós fehérjevizelés fennállása napi 0,5 gramm feletti vizeletfehérje-ürítés esetén.

A központi idegrendszer tartós károsodása megállapításának jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában feltétele az idegrendszeri fizikális vizsgálat alapján, ideggyógyász szakorvos által írásban, szakorvosi lelet formájában igazolt objektív mozgató vagy érző idegkárosodás, mely legalább 3 hónapja fennáll. Görcsrohamok, fejfájások, kognitív (tudati) és pszichiátriai eltérések nem tekintendők a központi idegrendszer tartós károsodásának.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a discoid lupusra. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

34. Vakság: 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.

Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában vaknak 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 látóélessége rövidlátás esetén Csapody V., vagy annál rosszabb, vagy
- akinek látótere mindkét oldalon körkörösén húsz foknál szűkebb.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.

A biztosítási esemény időpontja a vakság első diagnosztizálásának időpontja.

35. Végtag elvesztés: egy végtag végleges elvesztése, balesetből vagy betegségből kifolyólag, boka, illetve csukló feletti magasságban elszerveve.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

K1	K2	K3
Roszzindulatú daganatos betegség	Roszzindulatú daganatos betegség	Roszzindulatú daganatos betegség
	Agyi érkatasztrófa	Agyi érkatasztrófa
	Aorta műtét	Aorta műtét
	Cardiomyopathia	Cardiomyopathia
	Elsődleges kisvérköri hipertónia	Elsődleges kisvérköri hipertónia
	Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét	Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét
	Szívbillentyű műtét	Szívbillentyű műtét
	Szívizomelhalás (szívinfarktus)	Szívizomelhalás (szívinfarktus)
		A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás)
		Agyvelőgyulladás
		Alzheimer-kór
		Aplasztikus anaemia
		Bakteriális agyhártyagyulladás
		Creutzfeldt-Jakob kór
		Harmadfokú égés
		Heveny, súlyos májgyulladás
		Jóindulatú agydaganat
		Kóma
		Krónikus veseelégtelenség
		Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás
		Némaság
		Paralízis
		Parkinson kór
		Sclerosis multiplex
		Siketség
		Súlyos fejsérülés
		Súlyos, műtéti beavatkozást igénylő Crohn-betegség
		Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa
		Szervátültetés
		Szisztémás lupus erythematosus (SLE)
		Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS)
		Vakság
		Végállapotú májelégtelenség
		Végző stádiumú tüdőbetegség
		Végtag elvesztés

1. csoport
Rosszindulatú daganatos betegség
Agyi érkatasztrófa
Aorta műtét
Cardiomyopathia
Elsődleges kisvérköri hipertónia
Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét
Szívbillentyű műtét
Szívizomelhalás (szívinfarktus)
Alzheimer-kór
Creutzfeldt-Jakob kór
Kóma
Krónikus veseelégtelenség
Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás
Paralízis
Parkinson kór
Sclerosis multiplex
Szervátültetés
Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS)
Végállapotú májelégtelenség
Végző stádiumú tüdőbetegség

2. csoport
A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás)
Agyvelőgyulladás
Aplasztikus anaemia
Bakteriális agyhártyagyulladás
Harmadfokú égés
Heveny, súlyos májgyulladás
Jóindulatú agydaganat
Némaság
Siketség
Súlyos fejsérülés
Súlyos, műtéti beavatkozást igénylő Crohn-betegség
Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa
Szisztémás lupus erythematosus (SLE)
Vakság
Végtag elvesztés

UNIQA Biztosító Zrt.

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.

Tel.: +36 1 5445-555, +36 20 5445-555, +36 30 5445-555, +36 70 5445-555

Levelezési cím: 1390 Budapest, 62. Pf. 197

E-mail: info@uniqa.hu · Internet: www.uniqa.hu