Kiszámoló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott Extra csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás Általános és Különös Biztosítási Feltételei

A jelen szabályzatban foglalt Általános Biztosítási Feltételek a Különös Biztosítási Feltételekkel és az alábbiakban felsorolt mellékletekkel együtt (a továbbiakban együttesen: **Biztosítási Feltételek**) érvényesek az **NN Biztosító Zrt.** (1139 Budapest, Fiastyúk utca 4-8., a továbbiakban Biztosító) és a **Kiszámoló Egyesület** (2040 Budaörs, Ébner György köz 4., adószám: 18747636-1-13, Nyilvántartó szervezet: Budapest Környéki Törvényszék, Statisztikai számjel: 18747636-8559-529-13, Nyilvántartási szám: 13-02-0006984, a továbbiakban Szerződő) között **2026. október 30. napján** létrejött a Kiszámoló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott Extra csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás (továbbiakban Csoportos Biztosítás) és az az alapján a **2026. december 1. napján automatikusan biztosítási fedezetbe vont Biztosítottak biztosítotti jogviszonyára.**
Jelen Biztosítási Feltételek 17. pontja egyúttal az ügyfél-tájékoztatás célját is szolgálja.
Mellékletek:
1. számú melléklet: Biztosítási Csomagok
2. számú melléklet: Tájékoztató a biztosítási szolgáltatás elbírálásához bekérhető okiratokról
3. számú melléklet: Közlekedési baleseti és baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata
4. számú melléklet: 32 súlyos betegség definíciói

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

Általános Biztosítási Feltételek

1. A biztosítási szerződés alanyai

1.1. **Szerződő:** a Kiszámoló Egyesület, amely a Biztosítóval a Csoportos Biztosítást megköti és az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, valamint a Csoportos Biztosítás díját a Biztosítónak megfizeti és a Biztosítottaktól a rájuk eső biztosítási díjat beszedi.

1.2. **Biztosított:** az a 18 és 64 év közötti, a Szerződővel tagsági jogviszonyban álló természetes személynek minősülő egyesületi tag vagy pártoló tag, akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási jogviszony létrejön és aki a Biztosító és a Szerződő között 2019.04.30. napján létrejött a Kiszámoló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott kiegészítő baleseti- és egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos biztosítási szerződéshez (a továbbiakban Korábbi Csoportos biztosítás) csatlakozott, 2026. október 31. napján érvényes biztosítotti jogviszonnyal rendelkezett és akiket a Szerződő a csoportos biztosítási szerződésben a Biztosítottként határozott meg és biztosítási fedezetbe vont, amennyiben a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.2. pontja alapján a jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejött biztosítási jogviszonyt fenn kívánják tartani, és a biztosítási díj megfizetését a Szerződő részére, és a díjfizetést folyamatosan, annak esedékessége szerint teljesítik.

1.3. **Kedvezményezett:** a biztosítási szolgáltatásra jogosult személy, aki:

a) ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé: a Biztosított

b) ha a szolgáltatás a Biztosított halála miatt válik esedékessé:

- a Biztosított által a Kedvezményezett jelölő nyilatkozatban megnevezett személy vagy személyek vagy
- a Biztosított örököse(i), ha a Biztosított halála esetére a Kedvezményezett-jelölő nyilatkozatban nem neveztek meg Kedvezményezettet;

Kedvezményezett kijelölésekor több Kedvezményezett esetében százalékosan meg kell határozni a jogosultságuk arányát. Ennek hiányában a Biztosító a Kedvezményezettek részére egyenlő arányban teljesíti a biztosítási szolgáltatást.

Jelen Általános Biztosítási Feltétel alapján a Biztosított önállóan, a Szerződő hozzájárulása nélkül jogosult haláleseti kedvezményezettet jelölni.

A Biztosított **a biztosítási esemény bekövetkezéséig a Biztosító részére a jelen Általános Biztosítási Feltételek 19.4. pontja szerinti elérhetőségeire megküldött írásbeli nyilatkozattal** (Kedvezményezett-jelölő nyilatkozat) a halála esetére Kedvezményezettet jelölhet, illetve a Kedvezményezett kijelölést bármikor visszavonhatja, vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg.

A Kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a Biztosított halála esetére megnevezett Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy gazdálkodó szervezet esetében jogutód nélkül megszűnik. Ebben az esetben új Kedvezményezettet kell kijelölni. Ennek hiányában a Biztosított örökösét kell Kedvezményezettnek tekinteni.

A Biztosított a Kedvezményezett kijelölés megtétele előtt köteles megszerezni a Kedvezményezett hozzájáruló nyilatkozatát arról, hogy a kedvezményezett jelöléshez szükséges személyes adatait a Biztosító nyilvántartsa a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítése céljából.

1.4. **Biztosító:** az NN Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, valamint a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

1.5. **Függő Ügynök:** Csernok Miklós egyéni vállalkozó, aki a Biztosítóval kötött megbízási szerződés alapján, a Biztosító megbízásából eljárva közreműködik a Biztosítottak Csoportos Biztosítási szerződéhez történő csatlakoztatásában.

2. A biztosítási fedezetek és fogalmak

2.1. A Biztosítottakra a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5. pontjában meghatározottak szerint választott Biztosítási csomagban meghatározott biztosítási fedezetek vonatkoznak.
A Biztosító a választott Biztosítási csomagtól függően az alábbi biztosítási kockázatokra nyújtja a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatást:

Alapbiztosítási fedezet

- A Biztosított bármely okból bekövetkező halála

Kiegészítő baleset- és egészségbiztosítási fedezetek

- A Biztosított baleseti eredetű halála
- A Biztosított közlekedési baleseti eredetű halála
- A Biztosított bármely okból történő kórházi kezelése
- A Biztosított baleseti okból történő kórházi kezelése
- A Biztosítotton bármely okból végrehajtott műtéti beavatkozás
- A Biztosítotton baleset következtében végrehajtott műtéti beavatkozás
- A Biztosított baleseti csonttörése, csontrepedése
- A Biztosított baleseti eredetű a Különös Biztosítási Feltételek 28. pontjában meghatározott maradandó egészségkárosodása
- A Biztosított közlekedési baleseti eredetű a Különös Biztosítási Feltételek 29. pontjában meghatározott maradandó egészségkárosodása
- A Biztosított bármely okú Különös Biztosítási Feltételek 30. pontjában meghatározott rokkantsága
- A Biztosítottnak a Különös Biztosítási Feltételek 31. pontjában meghatározott 32 súlyos betegség közül valamelyikben történő megbetegedése
- A Biztosított baleseti okból történő keresőképtelensége

2.2. Jelen feltételek alkalmazásában:

2.2.1. **Baleset:** az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés ideje alatt éri, és amellyel összefüggésben a Biztosított a Különös Biztosítási Feltételekben az egyes fedezeteknél meghatározott időn belül a meghatározott károsodást szenvedi el. **Nem minősül balesetnek a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség, a rovarcsípés, a fagyás, a kihűlés, a napszúrás, a nap általi égés, a hőguta, a szilárd, folyékony, légnemű anyagok bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülés, a Biztosított elme vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkező esemény, és az orvosi műhiba. Nem minősül balesetnek a Biztosított elme- vagy tudatzavarával összefüggésben, a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény, a Biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülése**.

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

a) közúti járművet arra jogosító érvényes engedély birtokában vezet,
b) utasként szárazföldi, vasúti vagy vízi járművet vesz igénybe, a szállítási, utazási feltételeknek megfelelően, vagy szárazföldi, vasúti, vízi járművet arra jogosító érvényes engedély birtokában vezet,
c) légi utasként menetrend szerinti, illetve charter légiforgalmi eszközt az utazási feltételeknek megfelelően használ vagy menetrend szerinti, illetve charter légiforgalmi eszközt arra jogosító érvényes engedély birtokában vezet,
d) utasként tömegközlekedési eszközt az utazási (szállítási) feltételeknek megfelelően használ, vagy tömegközlekedési eszközt arra jogosító érvényes engedély birtokában vezet,

e) gyalogosként vagy kerékpárosként közterületen vagy közforgalom által el nem zárt magánterületen más közlekedési eszközzel okozott baleset sérültje lesz.

f) Nem minősül közlekedési balesetnek:
   - a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,
   - a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,
   - a jármű vezetőjét, utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

2.2.3. **Biztosítási csomag**: A Biztosító a bármely okú halál kockázati életbiztosítási fedezet, mint alapbiztosítási fedezet mellett tizenkettő kiegészítő biztosítási fedezetből Biztosítási csomagokat állított össze. A Biztosítottakra a Szerződő választása alapján eltérő tartalmú és biztosítási összegű Biztosítási csomagok vonatkoznak. A Biztosítási csomagok eltérő szolgáltatási tartalommal és biztosítási összegekkel rendelkeznek az adott Biztosítási csomag típusától függően a jelen Biztosítási Feltétel 1. számú mellékletében meghatározottak szerint.

2.2.4. **Jármű: a közlekedésben részt vevő, szárazföldi, vasúti vagy légi, illetve gépi meghajtású vízi szállító vagy vontatóeszköz, továbbá önjáró vagy vontatott munkagép. Nem minősül járműnek a mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekesszék és a gépi meghajtású kerekesszék, ha sík úton önerejéből 10 km/órasebességnél gyorsabban haladni nem képes, továbbá a gyermekkocsi és a talicska. Az ilyen eszközökkel közlekedőszemélyek gyalogosoknak minősülnek.**

2.2.5. **Műtétnek** minősül a Biztosított számára káros betegségi vagy baleseti következmények elkerülésére vagy mérséklésére orvosilag szükségesnek tartott és szakorvos által végzett eljárás, valamint a betegség pontosabb okának megállapítása érdekében végzett sebészeti beavatkozás, amelyet az orvosszakmai szabályok betartásával végeznek. A műtétet kórházban, illetve orvosi rendelőben kell elvégezni, s erről műtéti leírással, kórházi zárójelentéssel vagy a beavatkozás ambuláns naplóban rögzített dokumentációjával kell rendelkezni.

2.2.6. **Kórháznak** minősül a működési, hatósági engedéllyel rendelkező, fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen Biztosítási Feltételek szempontjából **nem minősülnek kórháznak** még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek:
   - nappali kórház[1]
   - a szanatóriumok, rehabilitációs intézmények, rehabilitációs osztályok,
   - pszichiátriai intézetek, pszichiátriai osztályok,
   - gyógyfürdők, gyógyfürdőkórházak, gyógyüdülők,
   - elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei,
   - geriátriai (időskori) ellátók, szociális otthonok,
   - alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények,
   - hospice tevékenységet[2] végző intézmények,
   - ápolási intézetek, egyéb „krónikus" fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei, feltéve, hogy a biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

2.2.7. **Kórházi ellátás**: legalább 24 órás kórházi tartózkodás, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházi zárójelentés kiadásának időpontjával, vagy a biztosított halálával végződik.

---

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

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

A kórházi ellátás napjainak számolásánál a kórházi ellátás minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás vagy halál napja is, amennyiben a kórházi tartózkodás folyamatos időtartama meghaladja a 24 órát.

2.2.8. **Rendelőnek** minősül az a helyiség, amely a mindenkori illetékes hatósági előírásoknak megfelelő érvényes engedéllyel rendelkezik, és a biztosítási eseményként megjelölt műtét elvégzésére az engedély alapján jogosult.

2.2.9. **Csonttörés, csontrepedés** a csontok folytonosságának traumás (baleseti) eredetű megszakadása, amely lehet teljes vagy részleges. A törés lehet csak repedés (fissura) vagy horpadás, betörés. **Nem minősül baleseti eredetű csonttörésnek**, **csontrepedésnek a nem adekvát traumára bekövetkező törés (ún. patológiás törés) és a fogtörés, fogrepedés, illetve a fogak és fogpótlások sérülése.**

2.2.10. **Tartós adathordozó**: olyan eszköz, amely a Biztosított számára lehetővé teszi a neki címzett adatoknak az adat céljának megfelelő ideig történő tartós tárolását és a tárolt adatok változatlan formában és tartalommal történő megjelenítését – akként, hogy a tárolt adatok változatlan formában többszörözhetőek – ideértve, különösen, de nem kizárólagosan, a Biztosított által megadott e-mail értesítési címre történő elektronikus levél küldést.

2.2.11. **Biztosítási időszak**: az az időszak, amelyre a biztosítási díj vonatkozik. A biztosítási időszak egy biztosítási év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számított egy évig tart.

2.2.12. **Biztosítási év**: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.

2.2.13. **Biztosítási évforduló**: minden naptári évben a Csoportos Biztosítás hatálybalépésének a naptári napja (december 1.).

2.2.14. **Extrém sport:** különösen veszélyes (extrém) sporttevékenységnek minősül az autó- és motorsportverseny és -edzés, teszttúra, raliverseny, quad használata, roncsautó (auto-crash), sportbarlangászat, szikla- és hegymászás III. foktól, magashegyi expedíció, búvárkodás, jetski, a motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve az ejtőernyőt, a paplanernyőt és a vízisít is), vadvízi evezés, rafting, hydrospeed, tengeri kajak, kitesurf, bungee jumping és rocky jumping, canyoning, bázisugrás, ejtőernyőzés, vadászat, valamint a motor nélküli légi jármű, a segédmotoros vitorlázó repülőgép, a sárkányrepülő, a hőlégballon használata, műrepülés, az egyszemélyes, félkezes és nyílt tengeri vitorlázás, falmászás, valamint a harci és küzdősportok. Hegymászásnak minősül a hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a biztosított a kijelölt turistaútról letér, vagy az útviszonyok speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.). Hegymászásnak minősül továbbá a Klettersteig (via ferrata) típusú útvonalakon, valamint a 3500 méteres magasság felett végzett túrázás.

3. A Szerződő és a Biztosított közlési és változás bejelentési kötelezettsége

3.1. A Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a Csoportos Biztosítás tartalmáról, továbbá az abban bekövetkező valamennyi, a Biztosítottakat érintő változásról.

3.2. **A Szerződő köteles** a Csoportos Biztosítási szerződés kötésekor, valamint a Kedvezményezett a biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentésekor **közlési kötelezettségének eleget tenni**, akként, hogy – a kockázat elvállalása, a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges **– minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölnie kell, amelyeket ismert, vagy ismernie kellett.**

3.3. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

3.4. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

3.5. Az életkor helytelen bevallása esetén, amennyiben a tényleges belépési kor szerint a biztosítotti jogviszony nem jöhetett volna létre, a közlési kötelezettség megsértésével kapcsolatos

szabályokat kell alkalmazni, illetve a Biztosító érvénytelenségre hivatkozással megtámadhatja a szerződést.

3.6. A Biztosított köteles a szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony tartama alatt a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül írásban a Biztosítónak, vagy a Szerződőnek, a Szerződő pedig a tudomásszerzésétől számított 5 munkanapon belül írásban a Biztosítónak bejelenteni a Csoportos biztosítási szerződéskötésnél, illetve a Biztosítotti Nyilatkozat megtétele során közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását, továbbá a személyi adataiban, cselekvőképességében beállott változásokat, valamint a Biztosított által megadott e-mail cím megváltozását. A Biztosított a változás bejelentési kötelezettségét a Szerződő vagy a Biztosító részére postai úton küldött papíralapú írásban tett nyilatkozattal teljesítheti.

3.7. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.

3.8. A változás bejelentési kötelezettséggel kapcsolatos információt tartalmazó nyilatkozatot a Biztosító akkor tekinti beérkezettnek, amikor az a székhelyére megérkezett. A változást a Biztosító átvezeti, amennyiben az átvezetéshez szükséges minden információ és az azt alátámasztó okiratok rendelkezésére állnak.

3.9. Az e-mail cím, valamint a lakcím- és a névváltozás-bejelentés elmulasztásának következményei a Szerződőt, illetve a Biztosítottat terhelik.

3.10. A Biztosító a változás bejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait az érintett biztosítási kockázatra vonatkozóan csak a változás bejelentési határidő leteltét követő 5 éven belül gyakorolhatja.

3.11. Ha a Biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a Csoportos Biztosítási szerződés, illetve biztosítotti jogviszony létrejöttétől számított 5 évben gyakorolhatja.

3.12. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő és/vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor, illetve Biztosítotti nyilatkozat megtételekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.**

3.13. A jelen paragrafus 3.12. pontjában meghatározott esetben a bizonyítási teher a Szerződőt, illetve adott esetben a Biztosítottat vagy a Kedvezményezettet terheli.

3.14. Amennyiben a közlési vagy változás bejelentési kötelezettség megsértése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

4. A biztosítás tartama

4.1. A **Csoportos Biztosítás 2026. december 1. napján kezdődő hatállyal a Biztosító és a Szerződő között írásban határozatlan időtartamra jött létre.** A Csoportos Biztosítás biztosítási tartama, és az egyes Biztosítottak biztosítási jogviszonyának tartama biztosítási időszakokra oszlik. **A biztosítási időszak egy biztosítási év,** amely minden évben a biztosítási évforduló napján (december 1. napja) kezdődik és ettől számított egy évig tart.

5. Biztosítotti jogviszony létrejötte

5.1. A Csoportos Biztosítás a Biztosító és a Szerződő megállapodásával jött létre a Szerződővel tagsági jogviszonyban álló azon rendes és pártoló tagok javára, akik teljes mértékben megfelelnek a Biztosítotti feltételeknek, mint csoport ismérvnek.

5.2. A biztosítási jogviszony a Szerződő és a Biztosító által megkötött Csoportos biztosítási szerződés hatálybalépésével egyidejűleg, kockázatelbírálás nélkül automatikusan létrejön azon Biztosítottakra vonatkozóan, akik megfelelnek a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.2. pontjában meghatározott Biztosított fogalmának, és a Szerződő által elektronikus úton megküldött írásbeli értesítés alapján a biztosítási jogviszonyt fenn kívánják tartani akként, hogy

az értesítés kézhezvételét követő 30 napon belül a Szerződő által elvárt formában és úton nem jelzik a Szerződő felé, hogy nem kérik a biztosítást. A határidőn túl küldött nyilatkozat Rendes Felmondásnak minősül.

5.3. A Biztosítottak vonatkozásában a Szerződő határozza meg a Biztosítási csomagot az 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagok közül választva, amelyet megküld a Biztosítónak a Biztosítottak adataival.

5.4. A Biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe nem jogosult szerződőként belépni.

6. A Biztosító kockázatelbírálása

6.1. A Biztosító tekintettel a Korábbi csoportos biztosításra, külön kockázatelbírálást nem alkalmaz

7. A Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete

7.1. **A Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselésének a kezdete 2026. december 1. napja 0:00 óra, feltéve, hogy a Biztosított az Általános Biztosítási Feltételek 5.2. pontja alapján a biztosítási jogviszonyt fenn kívánja tartani.**

8. A biztosítási díj

8.1. A Csoportos Biztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve a szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Szerződő köteles megfizetni a Biztosítónak. A Csoportos Biztosítás folyamatos díjú, havi díjfizetésű, a biztosítási díj minden hónap 1. napján esedékes. A Szerződő a biztosítási díjat a Csoportos Biztosítási szerződésben meghatározott időpontban és módon fizeti meg a Biztosító részére.

8.2. **A Szerződő a biztosítási díj adott Biztosítottra vonatkozó részét tovább hárítja a Biztosítottra, melyet a Biztosított külön megállapodásuk szerint fizet meg a Szerződőnek.**

8.3. A biztosítási díj a biztosítási tartam egészére fizetendő. Az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási díjfizetési kötelezettség annak a hónapnak a végéig terheli a Szerződőt, és fizetendő, amelyben az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik. Amennyiben a biztosítotti jogviszony a Biztosított vonatkozásában bekövetkező biztosítási esemény miatt szűnik meg, a Biztosító annak a hónapnak a végéig járó díjrészt követelheti, amelyben a kockázatviselése véget ért. A biztosítotti jogviszony megszűnésének egyéb eseteiben a biztosítási díjrész a Biztosító kockázatviselésének a végéig fizetendő.

8.4. **A biztosítás díja változó, a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetekor megállapított díj a biztosítás első biztosítási évére érvényes.** A Biztosító és a Szerződő kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját biztosítási évente közös megegyezéssel módosítsa, azaz a biztosítás díját a Biztosító és a Szerződő biztosítási évente közös megegyezéssel állapítja meg, és az így megállapított, a Biztosítottra vonatkozó, és részére előzetesen közölt biztosítási díjrész mindig egy-egy biztosítási évre vonatkozik. A további egy-egy biztosítási évre szóló díj meghatározásánál a Biztosító figyelembe veszi a Központi Statisztikai Hivatal által közétett, az előző naptári évre vonatkozó fogyasztói árindex alapján megállapított infláció mértékét és/vagy a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változását, különösen, de nem kizárólagosan, ha a vonatkozó törvényi szabályozás változásából vagy egyéb okból eredően a díjkalkulációnál használt statisztikában lényeges változás állna be.

8.5. A Szerződő amennyiben a Biztosítóval közösen megállapodtak a következő biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjról, legkésőbb 60 nappal a biztosítási év vége előtt értesíti a Biztosítottat a következő biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjrészről. A Szerződő a Biztosított tagsági jogviszonyával kapcsolatban rendelkezésére álló e-mail címére küldött elektronikus levélben értesíti a Biztosítottat a módosításról, valamint a módosításról tájékoztatást tesz közzé a www.eletbiztositas.kiszamolo.hu honlapján. A Biztosított jogosult arra, hogy a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási díjrészt elutasítsa. A Biztosított ezen jogát legkésőbb 30 nappal a tárgyi biztosítási év vége előtt gyakorolhatja a Szerződő e-mail címére küldött levélben.

Amennyiben a Biztosított az új biztosítási díjrészt a Szerződőnek küldött elektronikus levélben elutasítja, akkor az egyúttal a Csoportos Biztosítási szerződésben való részvételhez adott hozzájárulásának/nyilatkozatának visszavonását is jelenti, amelynek következményeképpen a biztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában a tárgyi biztosítási év végével megszűnik, melyről a Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítót a biztosítási év vége előtt 20 nappal.

9. Az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése

9.1. **A Biztosító kockázatviselése és a biztosítotti jogviszony adott Biztosított vonatkozásában megszűnik**

a) a Biztosított halálával, a halál időpontjában;

b) azon biztosítási év utolsó napján 24 órakor, amelyik biztosítási évben a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8.5. pontjában meghatározott feltételek szerint a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási díjrészt elutasítja és a Szerződő erről tájékoztatja a Biztosítót;

c) azon biztosítási év utolsó napján 24 órakor, amelyik biztosítási évben a Biztosított a Különös Biztosítási Feltételek 25.3.a) pontjában meghatározott feltételek szerint a módosult Teljes Műtéti listát elutasítja és a Szerződő erről tájékoztatja a Biztosítót;

d) a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10.1. és 10.2. pontjában meghatározott feltételek szerinti felmondása esetén az ott meghatározott időpontban;

e) a Csoportos Biztosítás bármely okból történő megszűnésével a megszűnés napján 24 órakor;

f) amennyiben a Biztosított nem felel meg a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.2. pontja szerinti Biztosítotti feltételeknek:

i. amennyiben a Biztosított tagsági vagy pártoló tagsági jogviszonya, amire tekintettel automatikusan létrejött, megszűnik, a Biztosító kockázatviselése és a biztosítotti jogviszony adott Biztosított vonatkozásában azon hónap utolsó napján 24 órakor szűnik meg, mikor a Biztosított Szerződővel fennálló tagsági vagy pártoló tagsági jogviszonya megszűnik (érdekmúlás esete);

ii. ha a Biztosított az általa vállalt esedékes biztosítási díjrészt a Szerződővel történt megállapodás alapján a Szerződő részére nem teljesíti, akkor a Biztosító kockázatviselése és a biztosítotti jogviszony adott Biztosított vonatkozásában az elmaradt díjrész esedékességének időpontjára visszamenő hatállyal szűnik meg, melyről a Szerződő tájékoztatja a Biztosítót;

iii. a Biztosító kockázatviselése és a biztosítotti jogviszony adott Biztosított vonatkozásában azon biztosítási év utolsó napján 24 órakor megszűnik, amelyik évben a Biztosított eléri 65. életévét;

iv. ha a Biztosított az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló 2017. évi LII. törvény (Kit.), valamint a terrorizmus elleni küzdelem érdekében egyes személyekkel és szervezetekkel szemben hozott különleges korlátozó intézkedésekről szóló 2001. december 27-i 2580/2001/EK Rendelet (EU Tanácsa) szabályainak megfelelő szankciós lista hatálya alatt áll, a szankció, korlátozás vagy tilalom hatályba lépését követő biztosítási hónapforduló napján 24:00 órakor.

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

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

a) a Különös Biztosítási Feltételek 28.2. g) pontjában meghatározott esetben és időpontban a Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában;

b) **a Különös Biztosítási Feltételek 30.2. c) és 30.3.2. pontjában meghatározott esetekben és időpontban a Rokkantsági kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában;**
c) **a Különös Biztosítási Feltételek 29.2. h) pontjában meghatározott esetben és időpontban a Közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában;**
d) **a Különös Biztosítási Feltételek 31.2. b) és 31.3.2. pontjában meghatározott esetekben és időpontban a 32 súlyos betegség kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában.**

10. Felmondás

10.1. A Biztosított a Szerződő által elektronikus úton megküldött írásbeli értesítés alapján kérheti az értesítés kézhezvételét követő 30 napon belül a Szerződő által elvárt formában és úton megtett nyilatkozattal, hogy ne terjedjen ki rá a Csoportos Biztosítási szerződés hatálya. A határidőn túl elküldött nyilatkozat Rendes Felmondásnak minősül.

10.2. A Biztosított a 10.1. pont szerinti 30 napos időszakot követően **biztosítotti jogviszonyát a** jelen Általános Biztosítási Feltételek 19.4. pontja szerinti elérhetőségeire a Biztosító részére postai vagy elektronikus úton megküldött írásbeli nyilatkozattal, **bármikor felmondhatja (a továbbiakban: Rendes Felmondás**). A Biztosított Rendes Felmondása esetén a Biztosított biztosítotti jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése megszűnik annak a hónapnak az utolsó napján 24 órakor, amelyik hónapban a Biztosított Rendes Felmondásról szóló írásbeli nyilatkozata rögzítésre kerül.

10.3. A Csoportos Biztosítási Szerződést mind a Szerződő, mind a Biztosító jogosultak a biztosítási év végére 90 napos felmondási idővel a másik félhez intézett írásbeli nyilatkozattal felmondani vagy közös megegyezéssel megszüntetni, illetve a Csoportos Biztosítási Szerződésben meghatározottak szerinti súlyos szerződésszegés esetén azonnali hatállyal felmondani.
A Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnése esetén a Biztosítottak biztosítotti jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése adott biztosítási év utolsó napján 24 órakor megszűnik. A Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnése esetén a Szerződő köteles a megszűnés előtt 30 nappal – azonnali hatályú felmondás esetén haladéktalanul – tájékoztatni a Biztosítottakat a Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnéséről.

11. A Biztosító teljesítése

11.1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén jelen Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint köteles a szolgáltatás teljesítésére, amennyiben a Biztosítási Feltételek szerint a szolgáltatási kötelezettsége fennáll.

11.2. A **biztosítási esemény bekövetkezését** a Biztosítottnak/Kedvezményezettnek a biztosítási esemény bekövetkezését követő **30 napon belül, de legkésőbb elévülési időn belül írásban kell bejelenteni** a Biztosítónál, amelynek teljesítése elősegítésére a Szerződő mindenkori hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.eletbiztositas.kiszamolo.hu) igénybejelentő nyomtatványt tesz közzé. A bejelentést az alábbi módokon lehet megtenni[3]:

- személyesen a Biztosító ügyfélszolgálati irodájában,
- postai levélben,
- elektronikus úton: e-mailben érkezett és minősített elektronikus aláírással ellátott dokumentum útján.

11.3. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítási Feltételek 11.2. pontjában megállapított határidőben a Biztosítónak nem jelenti be, a Biztosítási Feltételek 11.10. pontjában meghatározottak szerint a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a

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

felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenné válik.

11.4. A Csoportos Biztosítás Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez és elbírálásához a jelen Biztosítási Feltételek 2. számú mellékletében felsorolt okmányok bemutatása szükséges, amelyet a Biztosító – a Szerződővel előzetesen egyeztetve – bármikor egyoldalúan megváltoztathat, amelyről a változtatást megelőzően 30 nappal írásban értesíti a Szerződőt, a Szerződő pedig a Biztosítottat oly módon, hogy a kiszamolo.hu honlapján közzéteszi. A Biztosított a módosításokra való tekintettel a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10.2. pontja szerinti Rendes Felmondással élhet. A Biztosító egyoldalúan kizárólag az alábbi alapos okok miatt módosíthat: jogszabályi előírások módosulása, az orvostudomány fejlődése, technikai fejlődés, a Biztosító szolgáltatás iránti igény elbírálási folyamatának változása, a Biztosító nyilvántartási rendszerének módosítása.

11.5. A jelen Biztosítási Feltételek 2. számú mellékletében felsorolt okiratokon kívül a Biztosítottnak/Kedvezményezettnek joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

11.6. A Biztosító szükség esetén bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.

11.7. A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény bejelentéséhez a Biztosító a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítását kérheti.

11.8. Az előálló költségeket annak kell viselni, aki igényét a Biztosítóval szemben érvényesíti. Minden olyan adatszerzés és tudakozódás költségei, amelyek a halál okának, a Biztosított halálát okozó betegség időpontjának és lefolyásának, a halál közelebbi körülményeinek vagy a Biztosított egészségi állapotának tisztázásához nem voltak szükségesek, a Biztosítót terhelik.

11.9. Amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a biztosítási eseménnyel érintett biztosítási fedezet jellege alapján, különösen, balesetre, közlekedési balesetre, betegségre vonatkozó biztosítási fedezet esetén, a szolgáltatás iránti igény elbíráláshoz szükség lehet az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokra, továbbá az eljárást befejező határozatra (különösen az eljárást megszüntető határozatra vagy a jogerős bírósági határozatra) annak érdekében, hogy a szolgáltatásra való jogosultság – ide értve a mentesülési okok és a kockázat kizárások vizsgálatát is – és a szolgáltatás mértéke meghatározható legyen.

11.10. Amennyiben a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett által a Biztosítási Feltételek 2. számú melléklete szerint benyújtott dokumentumok alapján nem határozható meg a szolgáltatásra való jogosultság vagy a szolgáltatás mértéke, vagy felmerül a mentesülési okok és kockázat kizárások vizsgálatának szükségessége, akkor a Biztosító az eljáró hatóságtól, bíróságtól bekérheti, továbbá a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett benyújthatja az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (különösen az eljárást megszüntető határozatot vagy a jogerős bírósági határozatot) annak érdekében, hogy a szolgáltatásra való jogosultság és a szolgáltatás mértéke meghatározható legyen. Ahhoz, hogy a Biztosító maga kérhesse be az eljáró hatóságtól, bíróságtól a szükséges dokumentumokat, a Szerződőnek, illetve a Biztosítottnak/ Kedvezményezettnek az általános együttműködési kötelezettségükből eredően meg kell adniuk a hatósági, bírósági eljárás azonosításához szükséges adatokat. A büntetőeljárásban vagy a szabálysértési eljárásban meghatározott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.

11.11. A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat, melyeket a jelen Biztosítási Feltételek 2. számú melléklete tartalmaz, a biztosítási esemény bejelentésével egyidejűleg kell megküldeni a Biztosító részére. Amennyiben a Szerződő, a Biztosított, illetve a Kedvezményezett a szolgáltatás iránti igény bejelentésével egyidejűleg az elbíráláshoz szükséges összes dokumentumot nem küldi meg, akkor a Biztosító 30 naptári napon belül írásban felhívja az

érintett feleket a szükséges, hiányzó dokumentumok pótlására, amelyeket tételesen meg is jelöl. Amennyiben a hiánypótlásra a levél kézhezvételétől számított 15 naptári napon belül nem kerül sor, vagy a kért dokumentumokat újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt illetőleg a biztosítási eseményt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el akként, hogy elfogadja és a szolgáltatást teljesíti vagy elutasítja. Elutasítás esetén, amennyiben az elutasítást követően, de még az elévülési időn belül a kért dokumentumok pótlásra kerülnek, a Biztosító az igénybejelentés elbírálását folytatja. Amennyiben a már folyamatban levő eljárás során a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett tudomására jutnak új tények, információk, úgy azokat a tudomásszerzésüket, illetve a rendelkezésre állásukat követő 15 napon belül kell a Biztosító részére megadniuk és az erre vonatkozó dokumentációt megküldeniük. A Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy a Kedvezményezettnek lehetővé kell tenniük a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését a Biztosítónak a folyamatban lévő eljárás során bármikor megtett kérelmére.

11.12. A Biztosító a biztosítási szolgáltatási összeget valamennyi, a jelen Biztosítási Feltételek 2. számú mellékletében a minden biztosítási esemény, továbbá az adott biztosítási esemény vonatkozásában meghatározott dokumentumok együttes megléte esetén fizeti ki, az utolsó dokumentum Biztosító székhelyére történő beérkezésétől számított 30 napon belül. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője értékelheti.

11.13. A meg nem fizetett díjakat a Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás összegéből levonni.

11.14. **A biztosítási eseményt az alábbi címen lehet bejelenteni:**
Személyesen: NN Biztosító Zrt. Személyes ügyfélszolgálatán 1138 Budapest, Váci út 133. nyitvatartási időben;
Postai úton: 1364 Budapest, Pf.: 247
Elektronikus úton: A kitöltött nyomtatványt írásbelinek minősülő elektronikus nyilatkozat formájában küldheti meg a biztosito@nn.hu e-mail címre a jelen Biztosítási Feltételek 2. számú mellékletében felsorolt dokumentumokkal együtt.
A Biztosító telefonszáma, melyen a biztosítási szolgáltatás iránti igény jelezhető: 1433 (NN ContactCenter)

11.15. A biztosítási esemény bejelentését a 11.2. és a 11.3. pontokban írtak szerint kell megtenni, a Biztosító csak ezt követően tudja megkezdeni a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálását.

12. A Biztosító elektronikus kommunikációja

12.1. A Biztosító a papírmentes, gyors, megbízható, költséghatékony és környezetbarát kommunikáció érdekében a Biztosítottal való kapcsolattartás során a postai út mellett, elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével is eljárhat (a továbbiakban: elektronikus út vagy elektronikus kommunikáció). Ennek megfelelően a Biztosító **elektronikus kommunikáció útján, papírmentesen küldi meg a Biztosított részére a biztosítotti jogviszony fenntartásával, a biztosítotti jogviszony megszűnésével kapcsolatos információkat, tájékoztatásokat és dokumentumokat** (a továbbiakban: dokumentum vagy küldemény), ideértve azokat is, amelyeket a jelen Biztosítási Feltételek írnak elő.

12.2. Elektronikus kommunikációs útnak, csatornának minősül a Biztosított e-mail címére megküldött elektronikus kommunikáció.

12.3. A dokumentum a Biztosított e-mail címére küldött elektronikus levél elküldését követő napon kézbesítettnek tekintendő.

12.4. Az elektronikus kommunikációs csatornák használata során a biztonságos kommunikáció érdekében a Biztosítottnak gondoskodnia kell arról, hogy azokhoz illetéktelen személyek ne férjenek hozzá, különös tekintettel arra, hogy az elektronikus csatornákon közvetített információk biztosítási titkot is tartalmazhatnak. A Biztosítottnak gondoskodnia kell arról is, hogy az elektronikus kommunikáció érdekében megadott e-mail cím felett teljes joggal rendelkezzen, azaz a címzett dönt a létrehozásáról, törléséről, hozzáférés módjáról (eszköz, gyakoriság),

valamint joga van azt ezen (magán)célra használni. A Biztosított a kommunikációs csatornákat rendszeresen ellenőrizni köteles annak érdekében, hogy a Biztosító által küldött dokumentumokat kellő időben megismerje.

12.5. Abban az esetben, ha a Biztosító technikai hiba, üzemzavar, más elháríthatatlan akadály esetén a dokumentumokat/információkat nem tudja elektronikus kommunikációs csatornán megküldeni, úgy a Biztosító azokat a Biztosított által megadott állandó lakcímre, postai úton küldi meg.

12.6. A Biztosítót nem terheli felelősség, ha az elektronikus kommunikáció a Biztosított hibájából, vagy az érdekkörében felmerült okból kézbesíthetetlen volt, illetve, ha a Biztosított elmulasztotta bejelenteni az e-mail cím megváltozását.

13. Mentesülés a teljesítési kötelezettség alól

13.1. **A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, amennyiben a Biztosított halálát a Kedvezményezett szándékosan okozta.**

13.2. **A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg abban az esetben, ha a Biztosított**

- **a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy**
- **b) a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 (kettő) éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg.**

14. Kizárások

14.1. **Általános kockázatkizárások**

14.1.1. **A Biztosító kockázatviselése a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 (kettő) éven belül nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtti 2 (kettő) évben diagnosztizált betegségekkel, kóros állapotokkal, vagy veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, amennyiben arról a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett. Ugyanezen határidők vonatkoznak a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott előzménybetegségekkel kapcsolatos kizárásokra.**

14.1.2. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha:**

- **a) a biztosítási esemény extrém sporttevékenység végzése során következik be;**
- **b) a biztosítási esemény gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi vagy légi járműben országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) során következik be;**
- **c) A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított halála, balesete egyéb jellegű repülő tevékenység (az ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, siklóernyőzés, sportrepülés, mezőgazdasági repülés, motor nélküli vagy segédmotoros vitorlázó repülőgéppel történő repülés) során következik be;**
- **d) a biztosítási esemény – függetlenül annak bekövetkezési helyétől – közvetlenül összefüggésben áll:**
  - **harci eseményekkel[4] vagy más háborús cselekményekkel;**
  - **felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal;**
  - **munkahelyi rendbontás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, kivéve, hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított tüntetésen,**

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

felvonulásos, sztrájkon való jogszerű részvételt, ha a Biztosított a kármegelőzési- és kárenyhítési kötelezettségének eleget tett;

- **radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést.**

14.1.3. **A Biztosító amennyiben egyéb mentesülés vagy kockázatkizárás nem áll fenn, a teljes kockázatot viseli, ha a biztosítási esemény a szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott olyan légi úton vagy körrepülésen való részvétel következménye, amelyen a Biztosított a légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, személyzeteként vagy az előbbi járműre vezetői engedéllyel rendelkező, hivatásszerűen tevékenykedő vezetőként vett részt.**

14.2. **A kiegészítő baleset- és egészségbiztosításokra vonatkozó mentesülés**

14.2.1. **A kiegészítő baleset- és egészségbiztosítási fedezetek vonatkozásában a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Szerződő vagy az adott Biztosított, illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy különös feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta.**

14.2.2. **A jelen fejezetben meghatározott esetekben a Biztosító kifizetést nem teljesít.**

14.2.3. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá a Különös Biztosítási Feltételekben az egyes kiegészítő biztosítási fedezeteknél meghatározott esetekre.**

15. Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség

15.1. A kiegészítő baleseti és egészségbiztosítási fedezetek vonatkozásában a Biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. A Biztosított a balesete vagy megbetegedése esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet a Biztosító szolgáltatásának megállapítása szempontjából.

15.2. A Biztosított a balesete vagy megbetegedése bekövetkezésekor a Biztosító adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni.

15.3. A kiegészítő egészségbiztosítási fedezetek vonatkozásában nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

15.4. A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14.2. pontjában meghatározottak az irányadóak.

16. Elévülés

16.1. **A biztosításból eredő igények az esedékességtől számított 2 (kettő) év alatt elévülnek.**

16.2. Az elévülési idő alatt ki nem fizetett szolgáltatást a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

17. Ügyfél-tájékoztatás

Jelen részben az Általános Biztosítási Feltételek és a Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott, a Csoportos biztosítási szerződést érintő tájékoztatási szabályok szerepelnek.

17.1. **A Biztosító adatai**

Neve: NN Biztosító Zrt.
Székhely címe: 1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8.
Levelezési címe: 1364 Budapest, Pf.: 247
Telefonszáma: 1433, +36 1 255 5757
Fax száma: 06 1 267 4833
E-mail címe: nn@nn.hu

Cégjegyzékszáma: 01-10-041574
Nyilvántartja: a Fővárosi Törvényszék Cégbírósága
Adószáma: 10492033-2-44
Fő tevékenységi köre: Életbiztosítás
Tevékenységi engedély száma(i): Állami Biztosításfelügyelet: 4/1991, Magyar Nemzeti Bank: H-EN-II-85/2015
Ügyfélszolgálat:
Cím: 1138 Budapest, Váci út 133.
Felügyeleti hatósága: Magyar Nemzeti Bank (ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6., levélcím: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777), honlap: felugyelet.mnb.hu

17.2. **Panaszkezelés**

17.2.1. A szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, aki a Biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy és a fogyasztói érdekképviseleti szervek (a jelen tájékoztatóban a továbbiakban együttesen Ügyfél) esetleges szóbeli (személyesen, telefonon) vagy írásbeli (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben), a Biztosító, vagy az általa alkalmazott vagy megbízott ügynök vagy - adott termék kapcsán - általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszukkal az NN Biztosító Zrt. Ügyfélszolgálati Igazgatóságához az alábbi elérhetőségeken fordulhatnak:
Székhely (cím): 1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8.
Levelezési cím: 1364 Budapest, Pf. 247
E-mail cím: biztosito.panasz@nn.hu
Telefon: 1433 (NN ContactCenter)
Faxszám: 06-1-267-4833

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

a) A Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjánál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy

b) A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

17.2.3. **A Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjának elérhetőségei:**
Ügyfélszolgálati cím: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP, Pf. 777
Telefon: 06-80-203-776
E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu

17.2.4. **Pénzügyi Békéltető Testület elérhetőségei:**
Székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.
Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
Levelezési cím általános ügyekben: Pénzügyi Békéltető Testület 1525 Budapest, Pf. 172
Telefon: 06-80-203-776
E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu
Ügyfélkapun keresztül: www.magyarorszag.hu

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

17.2.6. A Biztosító panaszkezelési eljárására vonatkozó részletes szabályokat a Biztosító Panaszkezelési szabályzata tartalmazza, amely megtalálható a www.nn.hu honlapon.

17.2.7. Telefonon történő panaszkezelés esetén a Biztosító és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a Biztosító hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt öt évig megőrzi.
A Biztosító a panaszt és az arra adott választ öt évig őrzi meg, és azt a Magyar Nemzeti Banknak, mint felügyeleti hatóságnak kérésére bemutatja.

17.3. **Adózási tudnivalók**

17.3.1. A hatályos adószabályok alapján a Biztosított biztosítotti jogviszony esetében adómentes az élet- és balesetbiztosításból származó haláleseti és baleseti szolgáltatási összeg.

17.3.2. Jelen tájékoztatás a Szerződőt, Biztosítottat, Kedvezményezettet nem mentesíti az alól, hogy a mindenkori hatályos adótörvények rendelkezéseiről a tőlük elvárható módon maguk is tájékozódjanak.

17.3.3. Az adózással kapcsolatos szabályok a biztosítási szerződés tartama alatt megváltozhatnak. Az adójogszabályok változásáról a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu/ado) keresztül ad tájékoztatást, írásos értesítést nem küld. A jogszabályi változásokat a Biztosított, Kedvezményezett kíséri figyelemmel.

17.3.4. Magánszemély által kötött biztosítások esetében adómentes a biztosítási szolgáltatás, ha az haláleseti, baleseti, illetve betegségi szolgáltatásnak minősül. Ezen kifizetésekhez kapcsolódóan a magánszemélynek adókötelezettsége nincs. Az adójogszabályok változásáról a Biztosító honlapján (www.nn.hu/ado) keresztül ad tájékoztatást.

17.4. **Egyéb**

17.4.1. A Biztosító a kockázati életbiztosításra tekintettel tőke-, illetve hozamgaranciát nem vállal.

17.4.2. A jelen biztosítás nem visszavásárolható és díjmentesen nem leszállítható. A biztosításra továbbá kötvénykölcsön sem nyújtható.

17.4.3. A Biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentését a mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu) teszi közé évente.

17.4.4. A Csoportos Biztosítási szerződés és az ügyintézés nyelve a magyar.

17.4.5. A Csoportos Biztosítási szerződésből és a biztosítotti jogviszonyból eredő jogviták eldöntésére a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény (Pp.) általános szabályai szerint illetékességgel és hatáskörrel rendelkező bíróság az illetékes. Az eljárások nyelve magyar. Jelen csoportos biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak.

17.4.6. A Biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank.

18. Adatkezelési tájékoztató, biztosítási titok

18.1. A Biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat a jelen Biztosítási Feltételekhez csatolt Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza, mely az www.eletbiztositas.kiszamolo.hu oldalon elérhető. A személyes adatok kezelésére vonatkozó szabályokat a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathatja. A Biztosító a változásról a változtatást megelőzően értesíti a Szerződőt, a Szerződő pedig a Biztosítottat oly módon, hogy a módosításra vonatkozó figyelemfelhívást és a módosított Adatkezelési tájékoztatót a honlapján közzéteszi.

19. Egyéb rendelkezések

19.1. A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el székhelyére**.**

19.2. A Szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a Csoportos Biztosítási szerződésben bekövetkezett, Biztosítottakat érintő változásokról köteles a Biztosítottat tájékoztatni.

19.3. A Biztosító által a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak a Biztosító által ismert utolsó címére levélben elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették.

19.4. **Írásbeli nyilatkozatok megküldésének módja:**

- **postai címe: NN Biztosító Zrt. 1364 Budapest, Pf. 247, borítékon feltüntetve, hogy KISZÁMOLÓ EGYESÜLET.,**
- **elektronikus címe:** csoportosbiztositas@nn.hu

Írásbeli nyilatkozatnak minősül a nyilatkozó fél által kézzel aláírt eredeti papíralapú dokumentum, illetve a nyilatkozó fél által minősített elektronikus aláírással (az eIDAS rendeletnek megfelelő minősített elektronikus aláírások egyikével, például: DÁP eAláírás, e-szigno (Microsec), Netlock) ellátott elektronikus dokumentum**.**

Különös Biztosítási Feltételek

A jelen különös biztosítási feltételek (továbbiakban: Különös Biztosítási Feltételek) vonatkoznak az **NN Biztosító Zrt.** (1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8., a továbbiakban: Biztosító), és a Kiszámoló Egyesület (2040 Budaörs, Ébner György köz 4., adószám: 18747636-1-13, statisztikai számjel: 18747636-8559-529-13, a továbbiakban: Szerződő) között 2026. október 30. napján létrejött a **Kiszámoló Egyesület** rendes és pártoló tagjai részére nyújtott Extra csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás (továbbiakban: Csoportos Biztosítás) és az az alapján a 2026. december 1. napján a Szerződő által megjelölt, automatikusan biztosítási fedezetbe vont Biztosítottak biztosítotti jogviszonyára.
A jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban Ptk.) rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

Az alapbiztosítási fedezet szolgáltatása

20. Bármely okú halál biztosítási fedezet

20.1. **Biztosítási esemény**

a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező bármely okú halála.

b) Jelen alapbiztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja a haláleset bekövetkezésének időpontja.

20.2. **A biztosítás szolgáltatása**

a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében szereplő Biztosítási csomagban meghatározott bármely okú halálra szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére.

b) A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

Kiegészítő biztosítási fedezetek szolgáltatásai

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

21. Baleseti halál kiegészítő biztosítási fedezet

21.1. **Biztosítási esemény**

a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak **olyan baleseti eredetű halála**, amely olyan balesettel van ok-okozati összefüggésben, amely baleset a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt következett be, továbbá a Biztosított halála a baleset időpontjától számított **1 (egy) éven belül bekövetkezik** (a továbbiakban balesetből eredő elhalálozás), függetlenül attól, hogy ez az időpont a kockázatviselés tartamán kívül esik.

b) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

21.2. A **biztosítás szolgáltatása**

a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti halálra szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére. Amennyiben a Biztosított balesetből eredő halálára a kockázatviselés tartamán túl kerül sor, akkor a Biztosító a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget veszi figyelembe.

b) A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

22. Közlekedési baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítási fedezet

22.1. **Biztosítási esemény**

a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett közlekedési balesettel ok okozati összefüggésben álló, illetve az attól számított 1 (egy) éven belül bekövetkező halála, függetlenül attól, hogy a halál időpontja a kiegészítő biztosítás tartamán kívül esik.

b) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja a közlekedési baleset bekövetkeztének időpontja.

22.2. **A biztosítás szolgáltatása**

a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott közlekedési baleseti halálra szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére. Amennyiben a Biztosított közlekedési balesetből eredő halálára a kockázatviselés tartamán túl kerül sor, akkor a Biztosító a közlekedési baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget veszi figyelembe.

b) Amennyiben a Biztosított érvényes Baleseti halálra vonatkozó fedezettel is rendelkezett a Biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosító szolgáltatása mindkét fedezetre vonatkozik.

c) A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

23. Bármely okú kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet

23.1. **Biztosítási esemény**

a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak
- a rá vonatkozó kockázatviselés tartamán belül bekövetkező balesete, mely balesetből eredő sérülése miatt, a baleset időpontjától számított 1 (egy) éven belüli kórházi kezelésben részesül, függetlenül attól, hogy ez az időpont a kockázatviselés tartamán kívül esik, vagy
- a rá vonatkozó kockázatviselés tartamán belül kialakult és/vagy diagnosztizált betegsége miatt történt kórházi kezelése azzal, hogy a Biztosított betegsége miatti kórházi ellátás első napjának a kockázatviselés tartamán belül kell bekövetkeznie.

b) Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából kórházi ellátásban részesül az a személy, aki legalább 24 órát egybefüggően Kórházban tölt. A kórházi kezelés a kórházi ellátás első napjával kezdődik és annak utolsó napjáig tart.

c) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja:
- baleset esetén a baleset napja,
- a Biztosított kialakult és/vagy diagnosztizált betegsége esetén a kórházi ellátás első napja.

23.2. **A biztosítás szolgáltatása**

a) A Biztosító a Biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti kórházi kezelésekor, illetve a Biztosított balesete esetén a baleset bekövetkezésének időpontjától számított 1 (egy) éven belüli kórházi kezelésekor, a jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó, nem baleseti eredetű kórházi kezelés esetén az ellátás első napján, baleseti eredetű kórházi kezelés esetén a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki a Biztosítottnak.

b) A Biztosító a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott kórházi napi térítésre szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek a kórházi ellátás minden napjára.

c) Amennyiben a Biztosított kórházi ellátásának egy részét vagy teljes egészét intenzív osztályon tölti, és ott kezelésben részesül, akkor a Biztosító kétszeres térítést nyújt az intenzív osztályon történt kezelés minden napjára. Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából intenzív osztályon történt kezelésnek minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és Aneszteziológiai és Intenzív Osztály elnevezés alatt működő egységében nyújtott ellátása.

d) A Biztosító a kórházi napi térítést a jelen Különös Biztosítási Feltételek 23.1. a) pontjában meghatározott feltételek teljesülése esetén a kórházi ellátás első napjától legfeljebb 365. napjáig teljesíti.

e) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet a kórházi kezelés és ellátás költségeit nem téríti meg.

f) A Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

23.3. **A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei:**

a) A Biztosított a biztosítási szolgáltatás iránti igényét a kórházi elbocsátást követő 15 napon belül írásban köteles bejelenteni.

b) A Biztosító lehetőséget ad arra, hogy a Biztosított a hosszúra nyúló kórházi ellátásának befejezése (a kórházi zárójelentés kibocsátása) előtt hozzájuthasson a Biztosító szolgáltatásának időarányos részéhez. Ennek igénylésére a kórházi ellátás 21. napjától nyílik lehetőség – feltéve, hogy a kezelőintézmény által kiállított előzetes zárójelentés (epikrízis) vagy a részletes orvosi összefoglaló (mezokrízis) a Biztosító részére megküldésre kerül.

23.4. **Kizárások**:

23.4.1. **A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:**

a) ha igazolható, hogy a kórházi kezelés olyan baleset vagy betegség miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,

b) olyan kórházi kezelés, amelyre a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegség vagy állapot (értve ez alatt különösen, de nem kizárólagosan a Biztosított születésekor már fennálló, illetve a szerződéskötés pillanatában még nem ismert és/vagy nem diagnosztizált születéskori betegségeket és állapotokat, továbbá a meglévő, de tünetmentes megbetegedéseket is), illetve a 2026. december 1. napja előtt bekövetkezett baleset miatt kerül sor,

c) szervátültetésnél a donornál elvégzett műtétre,

d) ha a kórházi kezelés oka kivizsgálás,

e) kórházi kezelés alatti adaptációs szabadságra,

f) ha a kórházi kezelésre:

- **a kockázatviselés kezdetétől számított 365 napon belül bekövetkezett szülés,**
- **kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat),**
- **anyagkimetszéses szövettani vizsgálat,**
- **terhességgel, mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos, illetve az ezek során fellépő komplikációk miatt szükségessé váló beavatkozás,**
- **művi terhességmegszakítás,**
- **a sterilizáció minden formája,**
- **endoszkópos, laparoszkópos vizsgálat,**
- **implantált anyagok eltávolítása,**
- **arthroscopos ízületi és szalagműtétek miatt kerül sor,**

g) ha a kezelésre nem Kórházban kerül sor,

h) ha a kórházi ellátásra fogászati beavatkozás miatt kerül sor. Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére, vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos

elváltozás (gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás) kezelésére irányuló, a fogon, a felső, vagy alsó állkapcson, illetve a lágy, valamint csontos lágyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet**.**

i) A Biztosító nem teljesít szolgáltatást (napi térítést) azokra a napokra, amelyeken a biztosított nem tartózkodik a Kórházban, vagy ha a kórházi ellátás 24 óránál rövidebb.

24. Baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet

24.1. Biztosítási esemény

a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak baleseti eredetű kórházi ellátás, amely olyan balesettel van ok-okozati összefüggésben, amely baleset a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt következett be, továbbá a Biztosított kórházi kezelése, ellátása a baleset időpontjától számított 1 (egy) éven belül következik be (a továbbiakban baleseti eredetű kórházi ellátás), függetlenül attól, hogy ez az időpont a kockázatviselés tartamán kívül esik.

b) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából kórházi kezelésben és ellátásban részesül az a személy, aki legalább 24 órát egybefüggően Kórházban tölt. A kórházi ellátás a kórházi ellátás első napjával kezdődik és annak utolsó napjáig tart.

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

24.2. A biztosítás szolgáltatása

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

a) A Biztosító a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti kórházi napi térítésre szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek a baleseti eredetű kórházi ellátás minden napjára.

b) A Biztosító a napi térítést a kórházi ellátás 1. napjától nyújtja a kórházi ellátás időben egybefüggő naptári napjaira.

c) Amennyiben a Biztosított baleseti eredetű kórházi ellátásának egy részét vagy teljes egészét intenzív osztályon tölti, és ott kezelésben részesül, akkor a Biztosító kétszeres térítést nyújt az intenzív osztályon történt ellátás napjaira. Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából intenzív osztályon történt ellátásnak minősül a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító és aneszteziológiai és intenzív betegellátást végző egységében nyújtott ellátás.

d) A Biztosító a kórházi napi térítést a jelen Különös Feltételek 24.1.a) pontjában meghatározott feltételek teljesülése esetén a kórházi ellátás első napjától legfeljebb 365. napjáig teljesíti.

e) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet a kórházi kezelés és ellátás költségeit nem téríti meg.

f) A Biztosító a baleseti kórházi napi térítési szolgáltatást a baleseti eredetű kórházi ellátással kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum együttes megléte esetén fizeti ki. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője értékeli.

g) A Biztosító lehetőséget ad arra, hogy a Kedvezményezett a Biztosított hosszúra nyúló baleseti eredetű kórházi ellátásának befejezése (a kórházi zárójelentés kibocsátása) előtt hozzájuthasson a Biztosító szolgáltatásának időarányos részéhez. Ennek igénylésére a baleseti eredetű kórházi ellátás 21. napjától nyílik lehetőség – feltéve, hogy a Biztosító igénybejelentő nyomtatványát a Biztosított kitölti, és azt az előzetes zárójelentés (epikrízis) vagy a részletes orvosi összefoglaló (mezokrízis) kíséretében a Biztosító részére megküldik.

h) **Amennyiben a Biztosított érvényes Bármely okú Kórházi napi térítésre vonatkozó fedezettel is rendelkezett a biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosító szolgáltatása mindkét fedezetre vonatkozik.**

i) A Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

24.3. Kizárások

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

a) ha igazolható, hogy a kórházi kezelésre öngyilkossági kísérlet következtében került sor,

b) olyan baleseti eredetű kórházi ellátás, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett,

c) kórházi kezelés alatti adaptációs szabadságra,

d) szervátültetésnél a donornál elvégzett műtétre,

e) ha a kórházi kezelésre:

- **a Biztosítotton végrehajtott fogászati beavatkozás, (Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából Fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos elváltozás (gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás) kezelésére irányuló, a fogon, a felső vagy alsó állkapcson, illetve a lágy, valamint csontos lágyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet),**
- **endoszkópos, laparoszkópos vizsgálat,**
- **implantált anyagok eltávolítása,**
- **arthroszkópos izűleti és szalagműtétek,**
- **anyagkimetszés szövettani vizsgálat miatt került sor,**

f) ha a baleseti eredetű kórházi ellátásra nem Kórházban kerül sor.

g) A Biztosító nem teljesít szolgáltatást (napi térítést) azokra a napokra, amelyeken a biztosított nem tartózkodik a Kórházban, vagy ha a kórházi ellátás 24 óránál rövidebb.

25. Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet

25.1. Biztosítási esemény

a) Biztosítási esemény

- a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartamán belül bekövetkező balesetből eredő sérülés miatt szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben, a baleset időpontjától számított 1 éven belül elvégzett olyan műtét, melyet a Teljes műtéti lista is tartalmaz, vagy
- a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartamán belül kialakult és/vagy diagnosztizált olyan betegsége, amely miatt szakorvosi vélemény alapján műtéti beavatkozás indokolt, amelyet a Teljes műtéti lista is tartalmaz és amelyre szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartamán belül sor kerül.

b) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából műtétnek minősül a szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben elvégzett olyan műtét, melyet a Teljes műtéti lista is tartalmaz.

c) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja nem baleseti eredetű műtét esetén a Biztosító által térített műtét időpontja, baleseti eredetű műtét esetén a baleset időpontja.

25.2. A biztosítás szolgáltatása

a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen Különös Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező mindenkor aktuális Teljes műtéti listájában feltüntetett WHO-kódok alapján meghatározott kategóriák szerint a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott Műtéti térítésre szóló

biztosítási összeget vagy annak meghatározott többszörösét (a továbbiakban műtéti térítés) fizeti ki a Kedvezményezettnek.

b) A műtét térítési kategóriájának besorolását a mindenkor aktuális Teljes műtéti lista felhasználásával minden esetben a Biztosító végzi, figyelembe véve:
   - a műtét alapjául szolgáló kóros állapotot,
   - a műtétről készült zárójelentést,
   - az abban feltüntetett, elvégzett műtéti eljárást,
   - „műtéti leírás”-t,
   - az esetlegesen készült szövettani lelet eredményét,
   - a műtő intézmény és a műtétet végző orvos műtéti kompetenciáját.

   A zárójelentésen feltüntetett műtéti kódot csak abban az esetben fogadja el a Biztosító, ha az a fentiek alapján orvos-szakmai szempontból indokolt, a műtét megtörténte pedig kétséget kizáróan igazolt. A beavatkozás WHO-kódjának megállapításánál a Biztosító azon alapelvet követi, miszerint az azonos veszélyességi, illetve súlyossági fokozatot képviselő műtétek azonos térítési kategóriába kerüljenek.

c) Egy balesetből vagy egy betegségből eredően a Biztosító egy műtétre nyújt szolgáltatást, függetlenül a szükséges és elvégzett műtétek számától. Egy balesetből vagy egy betegségből eredően eltérő időpontban (balesetből eredő esetén legfeljebb a baleset bekövetkeztétől számított 1 (egy) éven belül) vagy azonos időpontban egyszerre elvégzett műtétek esetén a Biztosító által fizetendő szolgáltatás összege az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriába tartozó műtét után járó műtéti térítési összeggel egyezik meg, függetlenül attól, hogy az azt megelőző, illetve az azt követő műtéteket mi tette szükségessé (például szövődmény fellépése, az előző műtét sikertelensége stb.).

d) Amennyiben a szolgáltatást követően ugyanazon balesetből vagy egy betegségből kifolyólag további, magasabb térítési kategóriába tartozó műtét válik szükségessé, mint ami alapján a Biztosító szolgáltatást nyújtott, a Biztosító további szolgáltatásának alapja a két érték közötti különbözet.

e) A Biztosító által teljesített szolgáltatás – egy biztosítási éven belül egy biztosítási esemény vonatkozásában – legfeljebb a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott műtétre szóló biztosítási összeg ötszöröse lehet. Egy biztosítási éven belül teljesített kifizetések egy Biztosítottra vonatkozóan nem haladhatják meg az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg ötszörösét.

f) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szolgáltatása a műtét költségeit nem téríti meg.

g) A Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

25.3. **A Teljes műtéti lista módosítása**

a) A teljes, az egyes WHO-kódhoz tartozó műtéti térítési kategóriákat a mindenkor aktuális Teljes műtéti lista tartalmazza. A Biztosító jogosult arra, hogy a Teljes műtéti listát, illetve az abban szereplő műtétek térítési kategóriáit felülvizsgálja. A Teljes műtéti listában felsorolt műtétek körét és a műtétekhez tartozó térítési kategóriát a Biztosító szűkítheti kizárólag a kockázatközösség védelmében, ha a kártapasztalat előre nem látható romlása vagy a külső szabályozási környezet olyan változása történik, amelyek adó-, közteher- és/vagy tőkeszükséglet-növekedéssel járnak, melyek befolyásolják, illetve befolyásolhatják a nyújtott szolgáltatások díjtételeit/költségeit. A Teljes műtéti listában felsorolt műtétek körét és a műtétekhez tartozó térítési kategóriát a Biztosító bővítheti, azért, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechnika és az orvostudomány fejlődésével. A Biztosító a Csoportos Biztosítás vonatkozásában a biztosítási év vége előtt legalább 60 nappal írásban tájékoztatja a Szerződőt a változás tényéről. A Szerződő a Biztosított tagsági jogviszonyával kapcsolatban rendelkezésére álló e-mail címére küldött levélben értesíti a Biztosítottat a módosításról, valamint a módosításról tájékoztatást tesz közzé a kiszamolo.hu honlapján. A

Biztosított jogosult arra, hogy az új Teljes műtéti listát elutasítsa. A Biztosított ezen jogát legkésőbb 30 nappal a tárgyi biztosítási év vége előtt postai úton vagy e-mail címre küldött elektronikus levélben formájában a Szerződőnek címzett nyilatkozattal gyakorolhatja. Amennyiben a Biztosított az új Teljes Műtéti listát írásban elutasítja, akkor az egyúttal a Csoportos Biztosítási szerződésben való részvételhez adott hozzájárulásának/nyilatkozatának visszavonását is jelenti, amelynek következményeképpen a biztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában a tárgyi biztosítási év végével megszűnik, melyről a Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítót a biztosítási év vége előtt 20 nappal.

b) Ha azonban a Biztosított a Biztosító tájékoztatása alapján a biztosítási év végéig a fentiek szerint nem utasítja el az új Teljes műtéti lista vonatkozásában, a Biztosító a megváltozott Teljes műtéti listát tekinti érvényesnek. A mindenkor aktuális Teljes műtéti lista a Biztosító ügyfélszolgálatán, az értékesítési irodáiban, valamint a Biztosító mindenkori hivatalos honlapján (jelen Különös Feltételek hatálybalépésekor a www.nn.hu) és a www.eletbiztositas.kiszamolo.hu honlapon tekinthető meg. A Biztosító ügyfélszolgálatának és értékesítési irodáinak elérhetősége a Biztosító mindenkori hivatalos honlapján megtalálható.

25.4. **Kizárások:**

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

a) **ha igazolható, hogy a műtét olyan baleset miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,**

b) **olyan műtétre, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett,**

c) **ha a Biztosítotton fogászati beavatkozást hajtanak végre (Jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére, vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos elváltozás (gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás) kezelésére irányuló, a fogon, a felső vagy alsó állkapcson, illetve a lágy, valamint csontos lágyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet),**

d) **olyan ízületi és szalagműtétekre, amelyeket arthroscopos műtéti eljárással hajtottak végre,**

e) **ha a műtét a WHO-kódokat tartalmazó mindenkor aktuális Teljes műtéti listában „nem térített műtét”-ként van megjelölve,**

f) **ha a műtétre nem Kórházban vagy Rendelőben kerül sor,**

g) ha a kockázatviselés kezdetétől számított 365 napon belül császármetszésre kerül sor,

h) ha a műtét oka kozmetikai vagy plasztikai sebészet (kivéve a baleset következtében szükségessé vált kozmetikai vagy plasztikai beavatkozásokat).

i) ha a műtétet a jelen Különös Feltételek 25.1.a) pontjában megjelölt 1 (egy) éves időtartamon túl végzik el,

j) ha a műtétet megelőzően az adott biztosítási éven belül a Biztosító már teljesített műtéti térítési szolgáltatást.

26. Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet

26.1. **Biztosítási esemény**

d) Biztosítási esemény a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartamán belül bekövetkező balesetéből eredő sérülés miatt, a baleset időpontjától számított 1 (egy) éven

belül elvégzett műtéte (a továbbiakban baleseti eredetű műtét), függetlenül attól, hogy a műtét időpontja a kiegészítő biztosítási fedezet tartamán kívül esik.

e) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából műtétnek minősül a szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben elvégzett olyan műtét, melyet a Teljes műtéti lista is tartalmaz.

f) Jelen kiegészítő biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

26.2. **A biztosítás szolgáltatása**

h) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen Különös Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező mindenkor aktuális Teljes műtéti listájában feltüntetett WHO-kódok alapján meghatározott kategóriák szerint a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti eredetű műtétre szóló biztosítási összeget vagy annak meghatározott többszörösét (a továbbiakban műtéti térítés) fizeti ki a Kedvezményezettnek.

i) A műtét térítési kategóriájának besorolását a mindenkor aktuális Teljes műtéti lista felhasználásával minden esetben a Biztosító végzi, figyelembe véve:

- a műtét alapjául szolgáló kóros állapotot,
- a műtétről készült zárójelentést,
- az abban feltüntetett, elvégzett műtéti eljárást,
- „műtéti leírás”-t,
- az esetlegesen készült szövettani lelet eredményét,
- a műtő intézmény és a műtétet végző orvos műtéti kompetenciáját.

A zárójelentésen feltüntetett műtéti kódot csak abban az esetben fogadja el a Biztosító, ha az a fentiek alapján orvos-szakmai szempontból indokolt, a műtét megtörténte pedig kétséget kizáróan igazolt. A beavatkozás WHO-kódjának megállapításánál a Biztosító azon alapelvet követi, miszerint az azonos veszélyességi, illetve súlyossági fokozatot képviselő műtétek azonos térítési kategóriába kerüljenek.

j) Egy balesetből eredően a Biztosító egy műtétre nyújt szolgáltatást, függetlenül a szükséges és elvégzett műtétek számától. Egy balesetből eredően eltérő időpontban (legfeljebb a baleset bekövetkeztétől számított 1 (egy) éven belül) vagy azonos időpontban egyszerre elvégzett műtétek esetén a Biztosító által fizetendő szolgáltatás összege az elvégzett műtétek közül a legmagasabb térítési kategóriába tartozó műtét után járó műtéti térítési összeggel egyezik meg, függetlenül attól, hogy az azt megelőző, illetve az azt követő műtéteket mi tette szükségessé (például szövődmény fellépése, az előző műtét sikertelensége stb.).

k) Amennyiben a szolgáltatást követően ugyanazon balesetből kifolyólag további, magasabb térítési kategóriába tartozó műtét válik szükségessé, mint ami alapján a Biztosító szolgáltatást nyújtott, a Biztosító további szolgáltatásának alapja a két érték közötti különbözet.

l) A Biztosító által teljesített szolgáltatás – egy biztosítási éven belül egy biztosítási esemény vonatkozásában – legfeljebb a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti eredetű műtétre szóló biztosítási összeg ötszöröse lehet. Egy biztosítási éven belül a Biztosító csak egy balesettel összefüggésben teljesít szolgáltatást.

m) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szolgáltatása a műtét költségeit nem téríti meg.

n) A Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

26.3. **A Teljes műtéti lista módosítása**

c) A teljes, az egyes WHO-kódhoz tartozó műtéti térítési kategóriákat a mindenkor aktuális Teljes műtéti lista tartalmazza. A Biztosító jogosult arra, hogy a Teljes műtéti listát, illetve az

abban szereplő műtétek térítési kategóriáit felülvizsgálja. A Teljes műtéti listában felsorolt műtétek körét és a műtétekhez tartozó térítési kategóriát a Biztosító szűkítheti kizárólag a kockázatközösség védelmében, ha a kártapasztalat előre nem látható romlása vagy a külső szabályozási környezet olyan változása történik, amelyek adó-, közteher- és/vagy tőkeszükséglet-növekedéssel járnak, melyek befolyásolják, illetve befolyásolhatják a nyújtott szolgáltatások díjtételeit/költségeit. A Teljes műtéti listában felsorolt műtétek körét és a műtétekhez tartozó térítési kategóriát a Biztosító bővítheti, azért, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechnika és az orvostudomány fejlődésével. A Biztosító a Csoportos Biztosítás vonatkozásában a biztosítási év vége előtt legalább 60 nappal írásban tájékoztatja a Szerződőt a változás tényéről. A Szerződő a Biztosított tagsági jogviszonyával kapcsolatban rendelkezésére álló e-mail címére küldött levélben értesíti a Biztosítottat a módosításról, valamint a módosításról tájékoztatást tesz közzé a kiszamolo.hu honlapján. A Biztosított jogosult arra, hogy az új Teljes műtéti listát elutasítsa. A Biztosított ezen jogát legkésőbb 30 nappal a tárgyi biztosítási év vége előtt postai úton vagy e-mail címre küldött elektronikus levélben formájában a Szerződőnek címzett nyilatkozattal gyakorolhatja. Amennyiben a Biztosított az új Teljes Műtéti listát írásban elutasítja, akkor az egyúttal a Csoportos Biztosítási szerződésben való részvételhez adott hozzájárulásának/nyilatkozatának visszavonását is jelenti, amelynek következményeképpen a biztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában a tárgyi biztosítási év végével megszűnik, melyről a Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítót a biztosítási év vége előtt 20 nappal.

d) Ha azonban a Biztosított a Biztosító tájékoztatása alapján a biztosítási év végéig a fentiek szerint nem utasítja el az új Teljes műtéti lista vonatkozásában, a Biztosító a megváltozott Teljes műtéti listát tekinti érvényesnek. A mindenkor aktuális Teljes műtéti lista a Biztosító ügyfélszolgálatán, az értékesítési irodáiban, valamint a Biztosító mindenkori hivatalos honlapján (jelen Különös Feltételek hatálybalépésekor a www.nn.hu) és a www.eletbiztositas.kiszamolo.hu honlapon tekinthető meg. A Biztosító ügyfélszolgálatának és értékesítési irodáinak elérhetősége a Biztosító mindenkori hivatalos honlapján megtalálható.

26.4. **Kizárások:**

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

a) **ha igazolható, hogy a műtét olyan baleset miatt vált szükségessé, amely öngyilkossági kísérlet következtében alakult ki,**

b) **olyan műtétre, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett,**

c) **ha a Biztosítotton fogászati beavatkozást hajtanak végre (Jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére, vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos elváltozás (gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás) kezelésére irányuló, a fogon, a felső vagy alsó állkapcson, illetve a lágy, valamint csontos lágyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet),**

d) **olyan ízületi és szalagműtétekre, amelyeket arthroscopos műtéti eljárással hajtottak végre,**

e) **ha a műtét a WHO-kódokat tartalmazó mindenkor aktuális Teljes műtéti listában „nem térített műtét”-ként van megjelölve,**

f) **ha a műtétre nem Kórházban vagy Rendelőben kerül sor,**

g) ha a műtétet a jelen Különös Feltételek 26.1. a) pontjában megjelölt 1 (egy) éves időtartamon túl végzik el,
h) ha a műtétet megelőzően az adott biztosítási éven belül a Biztosító már teljesített műtéti térítési szolgáltatást.

26.5. **A Biztosító várakozási időt nem alkalmaz.**

27. Baleseti csonttörésre és csontrepedésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet

27.1. **Biztosítási esemény**

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

27.2. **A biztosítás szolgáltatása**

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

27.3. **Kizárások**:

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

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

27.4. A Biztosító várakozási időt nem alkalmaz.

28. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet

28.1. **Biztosítási esemény**

a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak azon, a Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező 3. számú mellékletében kifejezetten és tételesen meghatározott, súlyos és maradandó egészségkárosodása (a továbbiakban baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás), amely olyan balesettel van ok-okozati összefüggésben, amely baleset a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt következett be, továbbá a Biztosított baleseti maradandó egészségkárosodása a baleset időpontjától számított 2 (kettő) éven belül következik be, függetlenül attól, hogy ez az időpont a kockázatviselés tartamán kívül esik. Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából maradandó az az egészségkárosodás, melynél az adott Biztosított állapota orvosilag kialakult, és abban állapotjavulás már nem várható.

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

28.2. **A biztosítás szolgáltatása**

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

a) Amennyiben az adott balesetből eredő, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodás bekövetkezik, akkor a Biztosító a baleset időpontjában aktuális a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló biztosítási összegnek a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében a bekövetkezett egészségkárosodáshoz tételesen meghatározott százalékát fizeti ki a Kedvezményezettnek.

b) A Biztosító a biztosítási szolgáltatásra való jogosultságot addig nem ítéli meg, amíg a végleges, orvosilag kialakultnak tekinthető egészségkárosodás, melynél állapotjavulás már nem várható, adott Biztosított vonatkozásában nem alakult ki és az erről szóló határozat nem került benyújtásra.

c) Egy balesetből kifolyólag a Biztosító a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték alapján maximum a 100%-nak megfelelő értéket veszi figyelembe.

d) Amennyiben egy balesetből eredően a Biztosított több, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodást is elszenved, akkor a Biztosító ezek közül csak egyre nyújt szolgáltatást az ezekhez rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek közül a legmagasabbra.

e) Amennyiben a szolgáltatást követően ugyanazon balesetből kifolyólag további, a jelen Különös Feltételek 28.1. pontjában meghatározott baleseti eredetű maradandó egészségkárosodást állapítanak meg és az ehhez tartozó, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében meghatározott szolgáltatás alapját képező százalékos érték magasabb, mint ami alapján a Biztosító szolgáltatást nyújtott, a Biztosító további szolgáltatásának alapja a két érték közötti különbözet.

f) Amennyiben az adott Biztosított vonatkozásában az egy balesetből eredő, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték nem éri el a 100%-ot, akkor a jelen kiegészítő biztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában továbbra is érvényben marad. A Biztosító az egyes biztosítási események bejelentésének sorrendjében teljesít mindaddig, amíg a biztosítás teljes tartama alatt akár több balesetből eredő, a Biztosítási Feltételek 3. számú melléklétben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a különböző időpontban bekövetkezett biztosítási események szolgáltatási alapját képező százalékos értékek együttesen el nem érik a 100%-ot. Az utolsó balesetből eredő, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értéket a Biztosító oly mértékben veszi figyelembe, hogy a Biztosítási Feltételek

3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek együttesen nem haladhatják meg a 100%-ot.

g) Amennyiben az adott Biztosított vonatkozásában, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek együttesen elérik a 100%-ot, ezt követően az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító jelen kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselése megszűnik az adott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában.

h) A Biztosító kockázatviselése és szolgáltatása kizárólag a Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező 3. számú mellékletében tételesen meghatározott baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra terjed ki.

i) A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

28.3. **Kizárások:**

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrész vagy szerv baleset által okozott állapotromlására.

28.4. A Biztosító várakozási időt nem alkalmaz.

29. Közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet

29.1. **Biztosítási esemény**

a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak azon, a Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező **3. számú mellékletében kifejezetten és tételesen meghatározott, súlyos és maradandó egészségkárosodása (a továbbiakban: közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás)**, amely olyan közlekedési balesettel van **ok-okozati összefüggésben**, amely közlekedési baleset a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt következett be, **továbbá a Biztosított közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodása a közlekedési baleset időpontjától számított 2 (kettő) éven belül következik be**, függetlenül attól, hogy ez az időpont a biztosítási szerződés tartamán kívül esik. **Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából maradandó az az egészségkárosodás**, melynél az adott Biztosított állapota orvosilag kialakult, és abban állapotjavulás már nem várható.

b) Jelen kiegészítő biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja a közlekedési baleset napja.

29.2. **Biztosító szolgáltatása**

A Biztosító a Szerződő biztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében a **biztosítási esemény bekövetkezése esetén a következő szolgáltatást nyújtja:**

a) **Amennyiben az adott közlekedési balesetből eredő, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodás bekövetkezik, akkor a Biztosító a közlekedési baleset időpontjában aktuális,** a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott **közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló biztosítási összegnek a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásnál a szolgáltatás alapjaként meghatározott százalékát fizeti ki a Kedvezményezettnek.**

b) A Biztosító a biztosítási szolgáltatásra való jogosultságot addig nem ítéli meg, amíg a végleges, orvosilag kialakultnak tekinthető egészségkárosodás, melynél állapotjavulás már nem várható, adott Biztosított vonatkozásában nem alakult ki és az erről szóló határozat nem került benyújtásra.

c) **Egy közlekedési balesetből kifolyólag bekövetkezett biztosítási esemény esetében a Biztosító a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték alapján maximum a 100%-nak megfelelő értéket veszi figyelembe.**

d) **Amennyiben egy közlekedési balesetből eredően a Biztosított több, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz vezető sérülést is elszenved, akkor a Biztosító ezek közül csak egyre nyújt szolgáltatást az ezekhez rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek közül a legmagasabbra**.

e) **Amennyiben a szolgáltatást követően ugyanazon közlekedési balesetből kifolyólag további, a jelen Különös Feltételek 29.1. pontjában meghatározott közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodást állapítanak meg és az ehhez tartozó a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében meghatározott szolgáltatás alapját képező százalékos érték magasabb, mint ami alapján a Biztosító szolgáltatást nyújtott, a Biztosító további szolgáltatásának alapja a két érték közötti különbözet.**

f) Amennyiben az adott Biztosított vonatkozásában az egy közlekedési balesetből eredő, a **Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték** nem éri el a 100%-ot, akkor a jelen kiegészítő biztosítás az adott Biztosított vonatkozásában továbbra is érvényben marad.

g) A Biztosító az egyes biztosítási események bejelentésének sorrendjében teljesít mindaddig, **amíg a biztosítás teljes tartama alatt akár több közlekedési balesetből eredő, a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a különböző időpontban bekövetkezett biztosítási események szolgáltatási alapját képező százalékos értékek együttesen el nem érik a 100%-ot. Az utolsó közlekedési balesetből eredő a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értéket a Biztosító oly mértékben veszi figyelembe, hogy a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek együttesen nem haladhatják meg a 100%-ot.**

h) Amennyiben az adott Biztosított vonatkozásában, **a Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében** tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, **a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek együttesen elérik a 100%-ot, a jelen kiegészítő biztosítás** az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik az utolsó bekövetkezett biztosítási esemény napján.

i) **A Biztosító kockázatviselése és szolgáltatása kizárólag a jelen Különös Feltételek elválaszthatatlan részét képező Függelékben tételesen meghatározott közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodásra terjed ki.**

j) Amennyiben a Biztosított érvényes Baleseti maradandó egészségkárosodás vonatkozó fedezettel is rendelkezett a biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosító szolgáltatása mindkét fedezetre vonatkozik.

k) A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

29.3. **Kizárások:**

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrész vagy szerv baleset által okozott állapotromlására.

29.4. **A Biztosító várakozási időt nem alkalmaz.**

30. Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítási fedezet

30.1. Biztosítási esemény

a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak az össz-szervezeti egészségkárosodása (rokkantsága), amelynek mértéke az ennek megállapítására jogosult szakértői szerv[5] szakvéleménye alapján:
   - meghaladja a 69%-ot (D vagy E rokkantsági kategória), és ez a mértékű betegségi, illetve baleseti eredetű egészségkárosodás:
     - betegségi eredetű egészségkárosodás a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt következik be,
     - baleseti eredetű egészségkárosodás esetén az egészségkárosodással ok-okozati összefüggésben lévő baleset a rá vonatkozó kockázatviselés tartamán belül következik be,
   - vagy 50–69% közötti (C1 vagy C2 rokkantsági kategória), és ez a mértékű egészségkárosodás a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesettel ok-okozati összefüggésben áll, valamint az egészségkárosodás a baleset bekövetkezésétől számított 1 (egy) éven belül kialakult.

b) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:
   - baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a baleset időpontja, feltéve, hogy az a kockázatviselés tartama alatt következik be,
   - nem baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a 30.1. a) pontban meghatározott D vagy E rokkantsági kategóriának megfelelő mértékű egészségkárosodás bekövetkezésének a szakértői bizottság szakvéleményében meghatározott időpontja, vagy ennek hiányában a szakvélemény elkészítéséhez lefolytatott vizsgálat időpontja, feltéve, hogy azok a kockázatviselés tartamán belülre esnek.

c) Az az egészségkárosodás, amely a jelen kiegészítő biztosítási fedezet a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetének időpontjában már fennállt, vagy az olyan balesetből eredő egészségkárosodás, amelynél a baleset a jelen kiegészítő biztosítási fedezet adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetének időpontjában már bekövetkezett, a jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.1. a) pontban meghatározott mértékű egészségkárosodás megállapításakor nem vehető figyelembe.

30.2. A biztosítás szolgáltatása

a) A Biztosító a jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.1. a) pontban meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén:
   - 50-69% közötti egészségkárosodás esetén a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott rokkantságra szóló biztosítási összeget fizeti ki a Biztosított részére.
   - 69%-ot meghaladó egészségkárosodás esetén a Szerződő ott által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott rokkantságra szóló **biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki a Biztosított részére**.

b) A Biztosító kockázatviselése jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában csak azon esetekre terjed ki, amikor a Biztosított össz-szervezeti egészségkárosodása a jelen Különös

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

Biztosítási Feltételek 30.1. a) pontja alapján a mindenkor hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően került megállapításra

c) A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatta a jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.1. a) pontjában meghatározott biztosítási esemény bármelyikének bekövetkezése esetén csak egyszer nyújt szolgáltatást, ezt követően az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító jelen kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselése a megszűnik az adott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában.

d) A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

30.3. **Kizárások:**

30.3.1. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki**

a) ha a Biztosított össz-szervezeti egészségkárosodása nem a jelen Különös Feltételek 30.1. a) pontja alapján a mindenkor hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően került megállapításra;

b) a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően a Biztosított bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrész vagy szerv baleset által okozott állapotromlására;

30.3.2. **A jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.3.1. b) pont szerinti kizárás bekövetkezése esetén, az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító jelen kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselése szolgáltatás nyújtás nélkül megszűnik az adott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában.**

31. 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet

31.1. **Biztosítási esemény**

a) A biztosítási esemény a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés ideje alatt bekövetkező, a jelen fejezet c) pontjában meghatározott és a Biztosítási Feltételek 4. számú mellékletében definiált súlyos betegségben történő megbetegedése, vagy a műtét elvégzése azzal, hogy a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak abban az esetben áll fenn, ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését követően legalább 14 napig életben van.

b) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a jelen fejezet a) pontjában meghatározott biztosítási esemény vonatkozásában a jelen fejezet c) pontjában szereplő táblázatban megadott időpontok.

c) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet az alábbi táblázatban és a Biztosítási Feltételek 4. számú mellékletében meghatározott 32 súlyos betegség vonatkozásában nyújt fedezetet.

Súlyos betegségek	**Biztosítási esemény időpontja**
• Agyi érkatasztrófa • Alzheimer-kór • Cardiomyopathia • Creutzfeldt-Jakob kór • Heveny súlyos májgyulladás • HIV-fertőzés vérátömlesztés következtében • Kóma • Motoneuron (mozgató idegsejtek) károsodás • Parkinson-kór • Rosszindulatú daganat • Sclerosis multiplex • Szisztémás lupus erythematosus • Szisztémiás szklerózis (Scleroderma, PSS)	A betegség diagnosztizálásának időpontja

• Szívinfarktus • Végállapotú májelégtelenség • Végső stádiumú tüdőbetegség	
• Aplasztikus anaemia • Jóindulatú agydaganat • Némaság • Süketség • Vakság	A betegség diagnosztizálásának időpontja
• Aorta műtét • Koszorúér műtét • Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa • Szervátültetés • Szívbillentyű műtét • Végtagelvesztés	A műtét végrehajtásának időpontja
• Súlyos, bélszakasz-eltávolítással kezelt Crohn-betegség	A második műtét végrehajtásának időpontja
• Harmadfokú égés • Súlyos fejsérülés	A baleset bekövetkezésének időpontja
• Veseelégtelenség	Az első dialízis időpontja
• Paralízis	A bénulás diagnosztizálásának időpontja

31.2. **A biztosítás szolgáltatása**

a) A Biztosító a jelen Különös Biztosítási Feltételek 31.1. a) pontjában meghatározott biztosítási esemény bármelyikének bekövetkezése esetén szolgáltatást nyújt, feltéve, hogy a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését követően legalább 14 napig életben van. A Biztosító a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott 32 súlyos betegségre vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek.

b) A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatta a jelen Különös Biztosítási Feltételek 31.1. a) pontjában meghatározott biztosítási esemény bármelyikének bekövetkezése esetén csak egyszer nyújt szolgáltatást, ezt követően az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító jelen kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselése megszűnik az adott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában.

c) Amennyiben az adott Biztosított esetében egyszerre több a jelen Különös Biztosítási Feltételek 31.1. a) pontjában meghatározott betegségek, műtétek együttesen, vagy külön-külön lépnek fel, a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában akkor is csak egyszer szolgáltat, azaz a szolgáltatások nem adódnak össze.

d) A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

31.3. **Kizárások**:

31.3.1. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:**

a) arra az esetre, ha a Biztosítottnál a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően a jelen Különös Biztosítási Feltételek 31.1. c) pontjában meghatározott és a Biztosítási Feltételek 4. számú mellékletében definiált betegségek bármelyikét diagnosztizálták, illetve műtétek elvégzését javasolták (kivéve a baleseti eredetű eseményeket), vagy ha Biztosított a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően ezen betegségekre utaló vagy ezekkel a betegségekkel, műtétekkel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult,

b) a Biztosítási Feltételek 4. számú mellékletében meghatározott 32 súlyos betegség definícióinál meghatározott kockázatból kizárt eseményekre, esetekre,

c) arra az esetre, ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését követő 14 napon belül meghal.

31.3.2. **A jelen Különös Biztosítási Feltételek 31.3.1. a) pont szerinti kizárás bekövetkezése esetén, az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító jelen kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselése szolgáltatás nyújtás nélkül megszűnik az adott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában.**

31.3.3. **A jelen Különös Biztosítási Feltételek 31.3.1. c) pont szerinti kizárás bekövetkezése esetén, a Biztosító jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában szolgáltatást nem teljesít.**

32. Baleseti keresőképtelenségre szóló kiegészítő biztosítási fedezet

32.1. Biztosítási esemény

a) Biztosítási esemény a Biztosítottnak folyamatos, hatályos magyar jogszabályok szerint a kötelező egészségbiztosítás rendszerében nyilvántartásba vett keresőképtelensége (továbbiakban: keresőképtelenség) amely olyan balesettel van ok-okozati összefüggésben, amely baleset a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt következett be, továbbá a Biztosított baleseti eredetű keresőképtelensége a baleset időpontjától számított 1 (egy) éven belül bekövetkezik, függetlenül attól, hogy ez az időpont a jelen kiegészítő biztosítási szerződés tartamán kívül esik.

b) A keresőképtelenség első napjának a biztosítási tartamon belül kell bekövetkeznie.

c) Jelen kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában keresőképtelennek minősül az a Biztosított, aki balesetből eredően, a mindenkor hatályos magyar jogszabályoknak[6] megfelelően, a keresőképtelenség, illetve a keresőképesség elbírálására és igazolására jogosult (szak)orvos által igazoltan, saját jogon, baleseti kóddal, folyamatosan, keresőképtelen állományban van, és Magyarországon táppénz kifizetésre jogosult.

d) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

32.2. A biztosítás szolgáltatása

a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja szerint választott, a Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletben szereplő Biztosítási csomagban meghatározott baleseti keresőképtelenségre szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek a keresőképtelenség 1. napjától. Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szolgáltatása független a keresőképtelenség ideje alatt előálló jövedelemkülönbözet nagyságától.

b) A Biztosító a szolgáltatást a tartam alatt egy biztosítási eseményből kifolyólag legfeljebb 365 térített napra nyújtja.

c) Amennyiben a Biztosított a biztosítási szolgáltatás megszűnését követően 30 napon belül a korábbi biztosítási eseményt kiváltó ok vagy annak következménye miatt újból keresőképtelenné válik, akkor az ilyen keresőképtelenséget a Biztosító az előző biztosítási esemény folytatásának tekinti, feltéve, hogy az addig nyújtott szolgáltatás nem éri el a biztosítási eseményenkénti szolgáltatások felső határát (egy biztosítási eseményből adódóan legfeljebb 365 nap).

d) Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt átmenetileg vagy véglegesen elveszíti a mindenkor hatályos magyar jogszabályok szerint[7] a kötelező egészségbiztosítás

---

[6] Jelen Különös Feltételek hatálybalépésekor többek között a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény, valamint ezek végrehajtási rendeletei

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

rendszerében a keresőképtelenség esetén saját jogon táppénzre való jogosultságát, akkor az ezen időszak alatt bekövetkezett biztosítási eseményre a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.

e) A Biztosított keresőképtelenségét okozó balesete a világ bármely országában bekövetkezhet, azonban a Biztosító kockázatviselése kizárólag a hatályos magyar jogszabályok szerint a kötelező egészségbiztosítás rendszerében nyilvántartásba vett keresőképtelenségre terjed ki.

32.3. **A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei**

a) A biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítottnak és/vagy a Kedvezményezettnek a keresőképtelenség utolsó napját követő 15 napon belül írásban kell bejelentenie a Biztosítónál.

b) A Biztosító lehetőséget ad arra, hogy a Kedvezményezett a Biztosított 2 (kettő) vagy több hetet meghaladó, jelen Különös Feltételek 32.1. pontjában meghatározott keresőképtelensége esetén a folyamatos keresőképtelenség alatt is hozzájuthasson a Biztosító szolgáltatásának időarányos részéhez. Ennek igényléséhez a Biztosító erre a célra rendszeresített igénybejelentő nyomtatványt tesz elérhetővé a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu).

32.4. **Kizárások**

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:

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

- ha a keresőképtelen állapot a jelen Különös Feltételek 32.1. a) pontjában meghatározott, a baleset időpontjától számított 1 (egy) éven túl következik be,
- ha a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének kezdetekor bármilyen jogcímen – kivéve az özvegyi nyugdíjat – nyugdíjas.

33. A Polgári Törvénykönyvtől lényegesen, valamint a Biztosító és a Szerződő korábbi biztosítási szerződésétől eltérő szabályok

Jelen pont tartalmazza a jelen Biztosítási Feltételek azon rendelkezéseit, amelyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a Biztosító és a Szerződő korábbi biztosítási szerződésétől lényegesen eltérnek.

33.1. **A Biztosítási Feltételek bevezető része alapján a felek kizárnak minden olyan szokást és gyakorlatot, amelynek alkalmazásában a szerződés alanyai, azaz a Szerződő, a Biztosított, a Biztosító, a korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, továbbá az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a biztosítotti jogviszony részévé.**

33.2. **Az Általános Biztosítási Feltételek 1.3. pontjában meghatározottak szerint a Biztosított a Szerződő kifejezett hozzájárulása nélkül a Biztosítotti Nyilatkozatban vagy a Kedvezményezett-jelölő nyilatkozatban jelölhet halála esetére Kedvezményezettet, illetve a Kedvezményezett**

kijelölést bármikor visszavonhatja, vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg a biztosítási esemény bekövetkezéséig a Kedvezményezett-jelölő nyilatkozatban.

33.3. **Az Általános Biztosítási Feltételek 2.2. pontjában meghatározott fogalmak a jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejövő biztosítási jogviszonyok vonatkozásában kerültek meghatározásra, ezért eltérhetnek a Ptk.-ban, illetve egyéb jogszabályokban meghatározottaktól, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától.**

33.4. **A jelen Biztosítási Feltételek 4. pontja alapján a biztosítási időszak egy biztosítási év.**

33.5. **Az Általános Biztosítási Feltételek 5.4. pontja alapján a Biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe nem jogosult szerződőként belépni.**

33.6. **Az Általános Biztosítási Feltételek 6. pontja alapján a Biztosító nem végez külön kockázatelbírálást.**

33.7. **Az Általános Biztosítási Feltételek 7. pontja alapján a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottakra automatikusan jön létre.**

33.8. **Az Általános Biztosítási Feltételek 8. pontjában meghatározott, Biztosított által a Szerződő részére történő biztosítási díj megfizetésére vonatkozó szabályok:**

- **A Csoportos Biztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve a szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Szerződő köteles megfizetni a Biztosítónak. A Csoportos Biztosítás folyamatos díjú, havi díjfizetésű, a biztosítási díj minden hónap 1. napján esedékes. A Szerződő a biztosítási díjat a Csoportos Biztosítási szerződésben meghatározott időpontban és módon fizeti meg a Biztosító részére.**
- **A Szerződő a biztosítási díjat tovább hárítja a Biztosítottra, melyet a Biztosított a Szerződő felé megtett külön nyilatkozatban kifejezetten elfogad, és külön megállapodásuk szerint fizet meg a Szerződőnek.**
- **A biztosítási díj a biztosítási tartam egészére fizetendő. A biztosítási díjfizetési kötelezettség annak a hónapnak a végéig terheli a Szerződőt, és fizetendő, amelyben a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik. Amennyiben a biztosítotti jogviszony a Biztosított vonatkozásában bekövetkező biztosítási esemény miatt szűnik meg, a Biztosító annak a hónapnak a végéig járó díjat követelheti, amelyben a kockázatviselése véget ért. A biztosítotti jogviszony megszűnésének egyéb eseteiben a biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének a végéig fizetendő.**
- **A biztosítás díja változó, a Biztosított csatlakozásakor megállapított díj a biztosítás első biztosítási évére érvényes. A Biztosító és a Szerződő kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját biztosítási évente közös megegyezéssel módosítsa, azaz a biztosítás díját a Biztosító és a Szerződő biztosítási évente egyoldalúan állapítja meg, és az így megállapított, a Biztosított részére előzetesen közölt biztosítási díjrészt mindig egy-egy biztosítási évre vonatkozik. A további egy-egy biztosítási évre szóló díjainak meghatározásánál a Biztosító figyelembe veszi a Központi Statisztikai Hivatal által közétett, az előző naptári évre vonatkozó fogyasztói árindex alapján megállapított infláció mértékét és/vagy a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változását, különösen, de nem kizárólagosan, ha a vonatkozó törvényi szabályozás változásából vagy egyéb okból eredően a díjkalkulációnál használt statisztikában lényeges változás állna be.**
- **A Szerződő amennyiben a Biztosítóval közösen megállapodtak a következő biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjról, legkésőbb 60 nappal a biztosítási év vége előtt értesíti a Biztosítottat a következő biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjrészről. A Szerződő a Biztosított tagsági jogviszonyával kapcsolatban rendelkezésére álló e- mail címére küldött levélben értesíti a Biztosítottat a módosításról, valamint a módosításról tájékoztatást tesz közzé a kiszamolo.hu honlapján. A Biztosított jogosult arra, hogy a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási díjrészt elutasítsa. A Biztosított ezen jogát legkésőbb 30 nappal a tárgyi biztosítási év vége előtt gyakorolhatja a Szerződő e-mail címére küldött**

levélben Amennyiben a Biztosított az új biztosítási díjrészt a Szerződőnek küldött elektronikus levélben elutasítja, akkor az egyúttal a Csoportos Biztosítási szerződésben való részvételhez adott hozzájárulásának/nyilatkozatának visszavonását is jelenti, amelynek következményeképpen a biztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában a tárgyi biztosítási év végével megszűnik, melyről a Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítót a biztosítási év vége előtt 20 nappal.

33.9. **Az Általános Biztosítási Feltételek 9.1. f) i) pontjában meghatározottak szerint szűnik meg a Biztosító kockázatviselése érdekmúlás esetén.**

33.10. **Az Általános Biztosítási Feltételek 10.2. pontja alapján a Biztosított a saját biztosítási jogviszonyát a Biztosító részére küldött írásbeli nyilatkozattal bármikor felmondhatja.**

33.11. **A jelen Biztosítási Feltételek 9.2. pontja alapján amennyiben a díjfizetési késedelem tartama alatt biztosítási esemény következik be, a Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás összegéből levonni a biztosítási esemény bekövetkezéséig esedékessé vált összes elmaradt díjat.**

33.12. **Az Általános Biztosítási Feltételek 14. pontjában a kockázatkizárások köre bővült.**

33.13. **Az Általános Biztosítási Feltételek 16. pontja alapján a biztosítási jogviszonyból eredő igények az esedékességüktől számított 2 (kettő) év alatt elévülnek.**

33.14. **A jelen Biztosítási Feltételek 12.3. pontja alapján a dokumentum a Biztosított e-mail címére küldött elektronikus levél elküldését követő napon kézbesítettnek tekintendő.**

33.15. **A Biztosító kockázatviselése a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 (kettő) éven belül nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtti 2 (kettő) évben diagnosztizált betegségekkel, kóros állapotokkal, vagy veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, amennyiben arról a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett. Ugyanezen határidők vonatkoznak a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott előzménybetegségekkel kapcsolatos kizárásokra.**

33.16. **A Biztosító korábbi szerződési gyakorlatától eltérően amennyiben a Biztosítónak 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosításra vonatkozóan is biztosítási szolgáltatási kötelezettsége keletkezik a Biztosított vonatkozásában, és a Biztosított ezen kiegészítő biztosítás biztosítási eseményének minősülő betegségből kifolyólag a biztosítási esemény időpontjától számított 30 napon belül elhalálozik, a Biztosító a jelen alapbiztosítási fedezetre kifizetendő összegből nem vonja le a 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában kifizetett, kifizetendő biztosítási összeget.**

33.17. **A Biztosító korábbi szerződési gyakorlatától eltérően a Baleseti halál kiegészítő biztosítási fedezet esetén a biztosítási esemény időpontja a halál időpontja.**

33.18. **A Biztosító korábbi szerződési gyakorlatától eltérően amennyiben a Biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesedett a Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet szolgáltatásában, a jelen kiegészítő biztosítási fedezet alapján kifizetendő baleseti halálra szóló biztosítási szolgáltatási összegből a Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló csoportos kiegészítő biztosítási fedezetre fizetett biztosítási szolgáltatási összegből nem kerül levonásra.**

33.19. **A Biztosító korábbi szerződési gyakorlatától eltérően a Biztosító a kórházi napi térítést a jelen Különös Feltételek 23.2. d) pontjában meghatározott feltételek teljesülése esetén a kórházi ellátás első napjától legfeljebb 365. napjáig teljesíti.**

33.20. **A Biztosító korábbi szerződési gyakorlatától eltérően biztosítási esemény a Biztosítottnak azon, a Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező 3. számú mellékletében kifejezetten és tételesen meghatározott, súlyos és maradandó egészségkárosodása (a továbbiakban baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás), amely olyan balesettel van ok-okozati összefüggésben, amely baleset kockázatviselés tartama alatt következett be, továbbá a Biztosított baleseti maradandó egészségkárosodása a baleset időpontjától**

számított 2 (kettő) éven belül következik be, függetlenül attól, hogy ez az időpont a kockázatviselés tartamán kívül esik. Jelen kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából maradandó az az egészségkárosodás, melynél az adott Biztosított állapota orvosilag kialakult, és abban állapotjavulás már nem várható.

33.21. **A Különös Biztosítási Feltételekben az egyes fedezeteknél a Biztosító a kockázatviselése nem terjed ki:**

- a Különös Biztosítási Feltételek 23.4.1. b) pontja szerint az olyan kórházi kezelés, amelyre a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegség vagy állapot (értve ez alatt különösen, de nem kizárólagosan a Biztosított születésekor már fennálló, illetve a szerződéskötés pillanatában még nem ismert és/vagy nem diagnosztizált születéskori betegségeket és állapotokat, továbbá a meglévő, de tünetmentes megbetegedéseket is), illetve a 2026. december 1. napja előtt bekövetkezett baleset miatt kerül sor

- a Különös Biztosítási Feltételek 24.3.1. b) pontja szerint az olyan kórházi kezelés, amelyre a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegség vagy állapot (értve ez alatt különösen, de nem kizárólagosan a Biztosított születésekor már fennálló, illetve a szerződéskötés pillanatában még nem ismert és/vagy nem diagnosztizált születéskori betegségeket és állapotokat, továbbá a meglévő, de tünetmentes megbetegedéseket is), illetve a 2026. december 1. napja előtt bekövetkezett baleset miatt kerül sor

- a Különös Biztosítási Feltételek 25.4.1. b) pontja szerint az olyan műtétre, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett

- a Különös Biztosítási Feltételek 26.4.1. b) pontja szerint az olyan műtétre, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett

- a Különös Biztosítási Feltételek 28.3. pontja szerint a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrész vagy szerv baleset által okozott állapotromlására.

- a Különös Biztosítási Feltételek 29.3. pontja szerint az ki a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrész vagy szerv baleset által okozott állapotromlására.

- a Különös Biztosítási Feltételek 30.3.1. b) pontja szerint a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően a Biztosított bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrész vagy szerv baleset által okozott állapotromlására;

- a Különös Biztosítási Feltételek 31.3.1. a) Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a Biztosítottnál a a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően a jelen Különös Biztosítási Feltételek 31.1. b) pontjában meghatározott és a Biztosítási Feltételek 4. számú mellékletében definiált betegségek bármelyikét diagnosztizálják, illetve műtétek elvégzését javasolják (kivéve a baleseti eredetű eseményeket), vagy ha a Biztosított a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét

megelőzően ezen betegségekre utaló vagy ezekkel a betegségekkel, műtétekkel összefüggésben álló tünetekkel orvoshoz fordult (kivéve a baleseti eredetű eseményeket).

33.22. **A Különös Biztosítási Feltételek 30.1. c) pontja szerint az az egészségkárosodás, amely a jelen kiegészítő biztosítási fedezet a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetének időpontjában már fennállt, vagy az olyan balesetből eredő egészségkárosodás, amelynél a baleset a Korábbi Csoportos biztosítás kapcsán megkezdődött, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetének időpontjában már bekövetkezett, a jelen Különös Biztosítási Feltételek 30.1. a) pontban meghatározott mértékű egészségkárosodás megállapításakor nem vehető figyelembe.**

Budapest, 2026. december 1.

1. számú melléklet

	E-Mini	F-Midi	G-Maxi	H-Aktív
Bármely okú halálra szóló alapbiztosítási fedezet	10 000 000 Ft	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítási fedezet	0 Ft	0 Ft	15 000 000 Ft	0 Ft
Közlekedési Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítási fedezet	0 Ft	0 Ft	3 750 000 Ft	0 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet	10 000 000 Ft	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft
Közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet	2 500 000 Ft	5 000 000 Ft	5 000 000 Ft	5 000 000 Ft
Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet	0 Ft	0 Ft	500 000 Ft	0 Ft
Baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet	0 Ft	10 000 Ft	15 000 Ft	0 Ft
Baleseti keresőképtelenségre szóló kiegészítő biztosítási fedezet	0 Ft	0 Ft	0 Ft	10 000 Ft
Baleseti csonttörésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet	0 Ft	0 Ft	0 Ft	50 000 Ft
Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítási fedezet	0 Ft	0 Ft	0 Ft	5 000 000 Ft
Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet	0 Ft	0 Ft	0 Ft	150 000 Ft
Bármely okú kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet	0 Ft	0 Ft	0 Ft	15 000 Ft
32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet	0 Ft	0 Ft	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft
Havi díj Ft/fő	1 466 Ft	2 950 Ft	4 470 Ft	4 500 Ft
Éves díj Ft/fő	17 592 Ft	35 400 Ft	53 640 Ft	54 000 Ft

2. számú melléklet

Tájékoztató a biztosítási szolgáltatás elbírálásához bekérhető okiratokról

A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához és a szolgáltatási összeg megállapításához az alábbi táblázatban felsorolt okiratokat, dokumentumokat kérheti be:
Biztosítási esemény bekövetkezésekor minden esetben:

- A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány.
- Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása.
- A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg.
- Kiskorú- és gondnokolt kedvezményezett esetén a törvényes képviselő nyilatkozata, a gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy bírósági ítélet másolata.
- A Kedvezményezett aláírásával ellátott eredeti nyilatkozat a biztosítási összeg rendeltetési helyéről (bankszámlaszám), ahová a biztosítási összeg kifizethető.
- Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti azonosító adatokat tartalmazó irat (személyi igazolvány, vagy útlevél, vagy kártya formátumú vezetői engedély és lakcímkártya) másolata vagy személyes bemutatása.
- Teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi leírás, orvosi szakvélemény/lelet, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns (járóbeteg-ellátási) lap, röntgenlelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontrolleredmények.
- Baleset, közlekedési baleset esetén:
  - A baleset körülményeinek rövid leírása
  - Rendőrségi határozat vagy bírósági végzés[8] másolata
  - Munkahelyi baleset esetén a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolata
- Szerződő által kiállított igazolás, miszerint a káresemény időpontjában fennállt a Kiszámoló Egyesülettel a tagsági vagy pártoló tagsági jogviszony.

Halál és Közlekedési baleseti és Baleseti halál esetén:	• Halotti anyakönyvi kivonat másolata. • Halottvizsgálati bizonyítvány másolata. • Boncjegyzőkönyv másolata. • Haláleseti vagy baleset utáni orvosi jelentés másolata
Rokkantság és baleseti és közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás esetén:	• A biztosítási eseményből eredő egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági orvosi bizottság szakvéleményének másolata • Megváltozott munkaképességű személyek ellátásra vonatkozó határozat (másolat) • Teljes orvosi dokumentáció másolata
Bármely okú és baleseti műtét esetén:	• Eredeti kórházi zárójelentés. • Az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO kódja • Műtéti leírás másolata

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

Kórházi napi térítés és Baleseti kórházi napi térítés esetén:	• Eredeti kórházi zárójelentés • Előzetes igény esetén a megkezdett ápolásról szóló részletes orvosi leírás • Kórrajzkivonat
Baleseti keresőképtelenség esetén:	• Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről elnevezésű nyomtatvány másolata • Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről elnevezésű nyomtatvány másolata • A területileg illetékes kormányhivatal által vagy társadalombiztosítási kifizetőhely által kiadott igazolás a táppénz kifizetés megtörténtéről • Ha kórházi ápolás is történt, a kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi dokumentumok másolata • A keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolata, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését
32 súlyos betegség esetén:	• Rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, sebészeti műtéti leírás, onkológiai szakvélemény, szövettani lelet másolata • Szívinfarktus esetén: eredeti kórházi zárójelentés, EKG-görbe, a szívenzimértékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumok, szívultrahang-vizsgálat lelete • Agyi érkatasztrófa esetén: eredeti kórházi zárójelentés, ideggyógyászati szakvélemény 60 napon túl fennálló, maradandó neurológiai károsodásról • Szervátültetés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, műtéti leírás, transzplantációs gondozó jelentése, ha külföldön történt a műtét, a Biztosító előzetes hozzájárulásának másolata • Veseelégtelenség fellépése esetén: eredeti kórházi zárójelentés, nefrológiai gondozó jelentése, dialízisosztály jelentése a legalább 60 napja fennálló dialíziskezelésről • Koszorúérműtét esetén: eredeti kórházi zárójelentés, a műtétet megelőzően készített koszorúér-festés lelete (coronariographia) • Aortaműtét esetén: eredeti műtéti zárójelentés, műtéti leírás másolata, az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO-kódja. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai, illetékes szakorvos: szív-, érsebész, mellkassebész • Aplasztikus anaemia esetén: eredeti kórházi zárójelentés, eredeti szakorvosi igazolás, quantitatív vérkép. Illetékes szakorvos: hematológus szakorvos. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörté-netben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai

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

neurológus szakorvos. Vérlelet. Egyéb bekérhető dokumentumok: a kórtörténetben szereplő járóbeteg, illetve fekvőbeteg egészségügyi ellátás (vizsgálatok, kezelés, kontroll, műtétek) dokumentumai

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

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

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

3. számú melléklet

Közlekedési baleseti és baleseti eredetű maradandó egészségkárosodások táblázata

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

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

jobb **bal**

	balkezeseknél a százalékok fordítva értendők	
19. A könyökízület komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		
• kedvező helyzetben (15 fokban a derékszög körül)	25%	20%
• kedvezőtlen helyzetben	40%	35%
20. Medialis ideg teljes bénultsága	45%	35%
21. Radialis ideg teljes bénultsága az alkaron	30%	25%
22. Radialis ideg teljes bénultsága a kézen	20%	15%
23. Ulnaris ideg teljes bénultsága	30%	25%
24. Csuklóízület komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		
• kedvező helyzetben (egyenes szögben és lefelé fordításban)	20%	15%
• kedvezőtlen helyzetben (behajlott, illetve túlfeszített állapotban vagy felfelé fordított állapotban)	30%	25%
25. Hüvelykujj teljes elvesztése vagy komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	20%	15%
26. Hüvelykujj részleges (körömperc) elvesztése	10%	10%
27. Mutatóujj teljes elvesztése	15%	10%
28. Mutatóujj két ujjpercének elvesztése	10%	10%
29. Hüvelykujj és egy másik ujj (nem a mutatóujj) elvesztése	25%	20%
30. Két ujj (nem a hüvelykujj és a mutatóujj) együttes elvesztése	10%	10%
31. Három ujj (nem a hüvelykujj és a mutatóujj) együttes elvesztése	20%	15%
32. Négy ujj (hüvelykujj is) együttes elvesztése	45%	40%
33. Négy ujj (nem a hüvelykujj) együttes elvesztése	40%	35%
34. Középső ujj elvesztése	10%	10%
35. Mindkét alsó végtag teljes működőképtelensége vagy elvesztése		100%
36. Egy alsó végtag teljes működőképtelensége vagy elvesztése		50%
37. Egy alsó végtag részleges elvesztése		
• bokaízület alatti csonkolással		40%
• lábközépcsonti csonkolással		35%
• lábtőcsonti csonkolással		30%
38. Ischiadicus ideg (ülőideg) teljes bénultsága		30%
39. A csípőízület komplett merevsége (kétoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		100%
40. A csípőízület komplett merevsége (egyoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		50%

41. A térdízület komplett merevsége (kétoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	100%
42. A térdízület komplett merevsége (egyoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	50%
43. Alsó végtag megrövidülése	
• legalább 5 cm-rel	30%
• 3-5 cm-rel	20%
• 1-3 cm-rel	10%
44. Lábujjak (összes) elvesztése	25%
45. 3-4 lábujj elvesztése	
• az I. ujjat beleértve	20%
• az I. ujj kivételével	10%
46. I. lábujj elvesztése vagy teljes merevsége	10%

4. számú melléklet

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában a Különös Biztosítási Feltételek 31.1. pontjában meghatározott biztosítási események meghatározásához és megítéléshez.

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

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

1. **Rosszindulatú daganat**

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

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

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

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

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

2. **HIV – vérátömlesztés következtében**

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

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

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

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

3. **Jóindulatú agydaganat**

   Jóindulatú agydaganatnak minősül az agyban található, életveszélyt jelentő daganat, mely állandó idegrendszeri tünetet okoz az érző és a motoros idegműködésben, és legalább 6 hónapon keresztül fennáll. A daganat jelenléte megfelelő vizsgálatokkal, azaz CT-, MRI-vizsgálatokkal igazolandó. Az idegrendszeri tünet meghatározás a következőket foglalja

magában: agyideg bénulása, beszédkészség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség. A biztosítási fedezet nem terjed ki a hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyságra, szédülésre, továbbá olyan kórformákra, mint agyi ciszta, granuloma, az agy ereiben (artéria és véna) kialakult elváltozások, haematoma, tályog, a gerincvelő, illetve az agyalapi mirigy daganata.

4. **Vakság**

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

32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában 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 látásélessége rövidlátás esetén Csapody V., vagy annál rosszabb, vagy
- akinek látótere mindkét oldalon körkörösen húsz foknál szűkebb.

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

5. **Süketség**

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

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

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

6. **Némaság**

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

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

7. **Aortaműtét**

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

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

8. **Szívbillentyűműtét**

A szívbillentyűműtét nyitott mellkasi szívműtétet jelent, melynek célja a kóros szívbillentyű(k) kicserélése, illetve korrekciója. A műtét orvosi szükségességét kardiológusnak, illetve szívsebésznek kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva.
A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki az intravénás droghasználat mellett kialakult szívbillentyű-károsodás miatt szükségessé váló műtétekre.

9. Sclerosis multiplex

A sclerosis multiplex a központi idegrendszer fehérállományának gócos pusztulásával járó, szakaszosan lezajló betegség, amelynek eredményeképpen a biztosítottnál járás- vagy egyéb idegrendszeri zavarok (például látóideggyulladás, érzészavarok, pszichés zavarok) alakulnak ki.
A Biztosító csak abban az esetben teljesít szolgáltatást, amennyiben az ideggyógyász szakorvos sclerosis multiplex fennállását a hosszmetszeti kép alapján írásban, szakorvosi leletbe foglalva diagnosztizálja, és az alábbi két kritérium együttes meglétét igazolja:

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

10. Harmadfokú égés

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában harmadfokú égésnek minősül a teljes mélységű, azaz a bőr minden rétegére kiterjedő, a testfelület legalább 20%-át érintő elváltozás.
A diagnózist intenzív terápiás vagy sebész szakorvosnak kell írásban igazolnia, szakorvosi leletbe foglalva, részletes és pontos testtérképpel dokumentálva.

11. Aplasztikus anaemia

Az aplasztikus anaemia egy krónikus csontvelőbetegség, mely súlyos vérképzési zavart jelent.
A diagnózist hematológus szakorvos írásban igazolja, szakorvosi leletbe foglalva.
Aplasztikus anaemiának minősül a csontvelő legalább 25%-át érintő károsodás, feltéve, hogy az alábbi három tényezőből legalább kettő fennáll:

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

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

12. Végállapotú májelégtelenség

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

a) tartós sárgaság (össz-szérum bilirubinérték > 200 umol/l legalább 3 hónapon keresztül, 3 ismételt alkalommal meghatározva 1 hónapos időközönként),
b) ascites (hasvízkór) 1000 ml felett,
c) máj eredetű encephalopathia (agyi funkciók károsodása, melyet neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva igazol).

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

13. Alzheimer-kór

A memória és az intellektuális funkciók állandó és folyamatos leépülése, melyet a standardizált kérdőívek, illetve agyi vizsgálatok igazolnak. Az Alzheimer-kór diagnózisát neurológus vagy pszichiáter szakorvos állítja fel, írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában Alzheimer-kórnak minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.

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

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

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

14. Kóma

Olyan eszméletvesztést jelent, amely az alábbi együttes feltételeknek megfelel:

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

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

15. Parkinson-kór

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

a) A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:
b) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;

c) Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközeit felcsatolja, illetve levegye;
d) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerekesszékbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
e) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;
f) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

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

16. Paralízis

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

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

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

17. Súlyos fejsérülés

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

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

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

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

18. Creutzfeldt-Jakob kór

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

19. Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS)

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

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

20. Súlyos, bélszakasz-eltávolítással kezelt Crohn-betegség

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

21. Súlyos, vastagbél eltávolítással kezelt colitis ulcerosa

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

22. Végső stádiumú tüdőbetegség

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

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

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

23. Szisztémás lupus erythematosus (SLE)

Az SLE a test több szervét érintő autoimmun betegség, amelynek tünetei időnként felerősödnek, időnként lecsökkennek. Az SLE diagnózisát reumatológus, immunológus,

belgyógyász-nefrológus vagy ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:

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

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

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

24. Cardiomyopathia

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

25. Heveny súlyos májgyulladás

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

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

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

26. Végtagelvesztés

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

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

27. Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás

A diagnózist ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben a jelen pont második bekezdésében meghatározott feltétel fennáll, a következő betegségek megállapítása esetén: spinális muszkuláris atrófia, 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.

28. Szívinfarktus

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

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

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

29. Agyi érkatasztrófa

Az olyan hirtelen fellépő idegrendszeri történés, agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embóliaforrásból eredő agyi embólia, amelynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak. Az akut idegrendszeri tünetek meghatározása az alábbiakat foglalja magában: agyideg bénulása, beszédkészség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség.

A 32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet nem terjed ki az idegrendszeri történést követően kialakuló hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyságra, szédülésre, balesetből eredő koponyaűri vérzésekre, illetve az átmeneti (24 óránál rövidebb ideig tartó), maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarokra.

30. Koszorúérműtét

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

31. Szervátültetés

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

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

32. A veseelégtelenség

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