

Kritikus betegségekre szóló, 30 elemű kiegészítő biztosítás különös feltételei

CI-21
CIE-24
CIU-24

Érvényes: 2024. december 1-jei és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. Jelen kiegészítő biztosításra az alpbiztosítás általános szerződési feltételei érvényesek kivéve azokat a részeket, ahol a kiegészítő biztosítás feltételei az alpbiztosítás feltételeitől eltérnek.
- 1.2. Jelen kiegészítő biztosítás a Biztosító által meghatározott, folyamatos díjas alpbiztosításokhoz, az alpbiztosítással egyidejűleg, illetve annak tartamán belül megköthető, illetve megszüntethető az általános szabályzatok megszüntetésére vonatkozó pontjai alapján.

2. BIZTOSÍTOTT

- 2.1. Jelen kiegészítő biztosítás biztosítottja a szerződés megkötésekor legalább 16 és legfeljebb 65 éves azon természetes személy lehet, aki a szerződéskötéskor nem részesül semmilyen megváltozott munkaképesség miatti (sem rokkantsági, sem rehabilitációs) ellátásban és erre vonatkozó igényt sem nyújtott be, és akit a Biztosító biztosítottként elfogad.
- 2.2. Jelen kiegészítő biztosítás legkésőbb a biztosított 70. életévének betöltését követő biztosítási évforduló utáni első nap 0. órájkor megszűnik.
- 2.3. A jelen kiegészítő biztosításnak egy biztosítottja lehet.

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, IDŐPONTJA, SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

- 3.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselési tartama alatt bekövetkező, a jelen pontban felsoroltak szerinti kritikus betegségben történő megbetegedése.
- 3.2. **Területi hatály:** a Biztosító kockázatviselése a világ bármely országára kiterjed.
- 3.3. Jelen feltételek alkalmazása szempontjából kritikus betegségben való megbetegedésnek minősülnek az alábbiak:
- 3.4. **Rosszindulatú daganat (rákbetegség)**
 - 3.4.1. Jelen feltételek szerint rosszindulatú daganatos betegségnek minősül bizonyos sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, mely a szövetek roncsolásához vezet, és amely elváltozás sebészeti kezelést, sugárkezelést és/vagy kemoterápiát tesz szükségessé, továbbá a betegség felismerését szövettani eredmény és szakorvosi vélemény igazolja. A környezetüket roncsoló daganattípusok mellett a leukémia, limfóma, szarkóma és Hodgkin-kór besorolású betegségek is szolgáltatási jogosultságot jelentenek.
 - 3.4.2. **Nem biztosítási esemény:**
 - Szövettanilag jóindulatú, pre-malignus, alacsony malignitási fokú daganat.
 - A kiindulási sejt környezetére nem áttérjedő (Tis vagy Ta) daganat.
 - Azon prosztatata daganatok, melyek Gleason szerinti szövettani besorolása nem haladja meg a 6-os értéket, vagy nem éri el a T2NOMO osztályozási szintet.
 - Nem melanóma típusú bőrdaganatok.
 - Azon melanóma, mely mélységi kiterjedése nem haladja meg az 1 mm-t és T1aNOMO osztályba sorolt.
 - Azon pajzsmirigy daganatok, melyek átmérője nem nagyobb 2 cm-nél és T1NOMO osztályba soroltak.
 - HIV fertőzöttség mellett kialakult bármely daganatos betegség.
 - 3.4.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a 3.4.1. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának időpontja.
 - 3.4.4. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**
 - 3.4.5. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők lehetnek:**
 - A betegség részletes leírása, a határozott diagnózist tartalmazó leletek, kórházi zárójelentések, amelyek igazolják a daganatos betegség rosszindulatúságát, továbbá a szövettani lelet, képpalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény, amely egyértelműen alátámasztja a diagnózist és a daganat környezetbe való terjedését.

3.5. Szövetileg jóindulatú agydaganat

3.5.1. Jelen feltételek szerint szövetileg jóindulatú agydaganatnak minősül az agyban elhelyezkedő olyan daganat, mely folyamatosan, legalább 6 hónapon át fennálló idegrendszeri zavart okoz, és melynek jelenlétét képalkotó eljárás (pl. CT, MR) igazolja.

3.5.2. Nem biztosítási esemény:

- **Ciszta, granulóma, az agyi erek malformációja, hematoma, tályog, akusztikus neurinoma, az agyalapi mirigy és a gerinc daganatai.**

3.5.3. A biztosítási esemény bekövetkezéének időpontja a 3.5.1. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 6 hónap eltelte.

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

- **A betegség tényét, 6 hónapos fennállását igazoló részletes orvosi dokumentáció, beleértve a képalkotó eljárások eredményét és az idegrendszeri károsodást igazoló leleteket.**

3.6. Szívizominfarktus

3.6.1. Jelen feltételek szerint szívizominfarktusnak minősül a szívizom egy részének, a területet ellátó koszorúér betegsége miatt fellépő, a nem megfelelő vérellátás következtében kialakuló elhalása, melyet a friss szívizomelhalásra jellemző 2 klinikai kép, a laboratóriumi leletekben észlelt eltérések és típusos EKG kép igazol.

3.6.2. Nem biztosítási esemény:

- **Az angina pectoris, egyéb akut koronária szindrómák, szívélégtelenség-, baleset-, szívizomgyulladás és szív-burokgyulladás kapcsán kialakult kórkép.**

3.6.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja, a 3.6.1. pontban meghatározott események bekövetkezésének orvosilag megállapított időpontja.

3.6.4. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**

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

- **A betegség bekövetkezéséről és kezeléséről szóló teljes egészségügyi dokumentáció, amelyek tartalmazzák a klinikai kép leírását, az elvégzett laboratóriumi és egyéb diagnosztikus vizsgálatok, valamint az EKG görbe eredményét.**

3.7. Agyi érkatasztrófa (stroke)

3.7.1. Jelen feltételek szerint agyi érkatasztrófának minősül az agyszövet pusztulásához vezető olyan esemény – koponyaűri vérzés, agyi ér embóliája vagy trombóza –, mely folyamatosan fennálló idegrendszeri működési zavart okoz és ennek fennállása objektív neurológiai szakvizsgálattal az esemény után legalább 3 hónappal is megállapítható. A diagnózist képalkotó vizsgálatnak kell alátámasztania, mely igazolja a friss eseményt.

3.7.2. Nem biztosítási esemény:

- **A koponyatrauma okozta agysérülés, az átmeneti agyi keringészavar (TIA), a szem vérellátását biztosító erek elváltozása (ideértve a látóideg vagy retina érelváltozásait), az egyensúlyozó vesztibuláris rendszert érintő keringési rendellenességek, továbbá a tünetmentesen lezajlott stroke, melyet kizárólag képalkotó eljárás fed fel.**

3.7.3. A biztosítási esemény időpontja a maradandó, idegrendszeri károsodást okozó esemény diagnosztizálásának időpontjától számított 3 hónap eltelte a 3.7.1. pontban foglaltak szerint.

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

- **A betegség bekövetkezését és a bekövetkezés időpontját megállapító egészségügyi dokumentáció, beleértve a képalkotó vizsgálat eredményét, valamint a neurológiai szakvélemény, amely az esemény után legalább 3 hónappal készült, és az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket ír le.**

3.8. Szív-koszorúérműtét

3.8.1. Jelen feltételek szerint szív-koszorúérműtétnek minősül a mellkas megnyitásával járó olyan szív-műtét, amelynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt, egy vagy több szűkületének vagy elzáródásának érgraft beültetésével történő áthidalása.

3.8.2. Nem biztosítási esemény:

- **Az éren keresztüli behatolással, katéteres technikával végzett beavatkozás.**

- 3.8.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét végrehajtásának az időpontja a 3.8.1. pontban foglaltak szerint.
- 3.8.4. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**
- 3.8.5. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **A betegség tényét igazoló lelet, a műtét szükségességét igazoló kardiológiai szakvélemény és a szív-koszorúér műtét elvégzéséről szóló zárójelentés, műtéti leírás.**

3.9. Szervátültetés

- 3.9.1. Jelen feltételek szerint szervátültetésnek minősül az olyan műtéti beavatkozás, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó testébe más személy szervezetéből orvosi indokkal szív, tüdő, máj, hasnyálmirigy, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.
- 3.9.2. **Nem biztosítási esemény:**
- **Az összejtnek, a hasnyálmirigy sziget-sejtjeinek és a szaruhártyának a beültetése.**
- 3.9.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét végrehajtásának az időpontja a 3.9.1. pontban foglaltak szerint.
- 3.9.4. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**
- 3.9.5. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **A műtét szükségességét igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó teljes egészségügyi dokumentáció.**

3.10. Végstádiumú veseelégtelenség

- 3.10.1. Jelen feltételek szerint végstádiumú veseelégtelenségnek minősül, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlan módon olyan mértékben csökkent, hogy szakorvos által elrendelt és ellenőrzött tartós művesekezelés (dialízis) válik szükségessé.
- 3.10.2. **Nem biztosítási esemény:**
- **Az a betegség, amely esetén a művesekezelésre időlegesen, hevenyen fellépő vesekárosodás miatt van szükség.**
- 3.10.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rendszeres művesekezelés szükségességét megállapító szakorvosi vélemény kiállításának időpontja a 3.10.1. pontban foglaltak szerint.
- 3.10.4. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**
- 3.10.5. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **A betegség kialakulását és lefolyását feltáró vizsgálati eredmények, zárójelentések, és a rendszeres művesekezelés szükségességét leíró szakorvosi lelet.**

3.11. Alzheimer kór

- 3.11.1. Jelen feltételek szerint Alzheimer kórnak minősül a gondolkodási funkciók folyamatos és tartós beszűkülésével, viselkedési zavarral és az elbutulást követően kialakuló gyors biológiai leépüléssel jellemezhető betegség.
- 3.11.2. A betegség csak abban az esetben biztosítási esemény, ha a diagnózis felállításának időpontja és a bejelentés időpontja között a betegség tünetei legalább 6 hónapja folyamatosan, tartósan fennállnak. A betegség súlyosságát és a beteg aktuális állapotát minden esetben a Biztosító orvosa állapítja meg orvosszakmai szempontok alapján az önálló életvitelhez szükséges képességek (napi aktivitás) felmérésével. A biztosítási esemény abban az esetben igazolt, ha a vizsgált funkciók közül legalább három képesség kiesése megállapítható. A vizsgált képességek a következők: táplálkozás, mosdás, öltözködés, helyváltoztatás és toalett használata.
- 3.11.3. **Nem biztosítási esemény:**
- **Az egyéb pszichiátriai betegségek és az alkoholizmus következtében kialakult tünetegyüttes.**
- 3.11.4. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a betegségnek a Biztosító orvosa általi, a 3.11.2. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 6 hónap elteltéig.

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

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

3.12. Parkinson kór

3.12.1. Jelen feltételek szerint Parkinson kórnak minősül az olyan progresszív, nem akaratlagos mozgászavar, amelyet remegés, izomfeszülés, a mozgások meglassúbbodása és egyensúlyzavar jellemez.

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

3.12.3. **Nem biztosítási esemény:**

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

3.12.4. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegségnek a Biztosító orvosa általi, a 3.12.2. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 6 hónap eltelte.

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

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

3.13. Látás elvesztése

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

3.13.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a megállapítást leíró szakorvosi vélemény kiállításának időpontja a 3.13.1. pontban foglaltak szerint.

3.13.3. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**

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

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

3.14. Hallás elvesztése

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

3.14.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a megállapítást leíró szakorvosi vélemény kiállításának időpontja a 3.14.1. pontban foglaltak szerint.

3.14.3. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**

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

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

3.15. Beszédképesség elvesztése

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

3.15.2. **Nem biztosítási esemény:**

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

3.15.3. A biztosítási esemény bekövetkezteként időpontja a kóros állapot szakorvos általi, a 3.15.1. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 6 hónap eltelte.

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

- **A beszédképesség elvesztését és annak körülményeit leíró orvosi dokumentáció és a megállapítást követően legalább 6 hónappal készült, az állapot véglegességét igazoló szakorvosi lelet.**

3.16. **Végtag elvesztése**

3.16.1. Jelen feltételek szerint végtag elvesztésének minősül kettő vagy több végtag sérülés vagy betegség miatti elvesztése legalább csukló vagy boka szintjében.

3.16.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **Az öncsonkítás következtében kialakult végtagvesztés.**

3.16.3. A biztosítási esemény bekövetkezteként időpontja a végtagok egyidejű elvesztésének, vagy a második végtag elvesztésének az időpontja a 3.16.1. pontban foglaltak szerint.

3.16.4. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**

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

- **Az amputációkat indokoló és/vagy igazoló orvosi dokumentáció.**

3.17. **Kóma**

3.17.1. Jelen feltételek szerint kómának minősül az olyan eszméletvesztéssel járó állapot, amikor sem külső ingerekre, sem belső szükségletekre nem reagál a beteg, ez az állapota legalább 96 órán keresztül fennáll, és ebben az időszakban az életben maradás csak mesterséges lélegeztetéssel biztosítható. Emellett a kóma kezdetétől számítva legalább 30 napon át folyamatosan, tünetet eredményező idegrendszeri károsodás áll fenn, mely a Biztosító orvos-szakértőjének megítélése szerint maradandó jellegű.

3.17.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **Az alkohol, nem orvosi javallatra szedett gyógyszer, kábítószer okozta kóma, valamint a mesterségesen, orvosi eljárás keretében előidézett eszméletlen állapot.**

3.17.3. A biztosítási esemény bekövetkezteként időpontja a 3.17.1. pontban foglaltak szerint a kóma kialakulásnak időpontját követő 30 nap eltelte.

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

- **Az állapot kialakulását és lefolyását, beleértve a tartamát részletesen leíró orvosi dokumentáció és a kialakulást követő 30. nap elteltével az aktuális állapotot leíró szakvélemény.**

3.18. **Szívbillentyű csere, illetve helyreállítás**

3.18.1. Jelen feltételek szerint szívbillentyű cserének, illetve helyreállításnak minősül a mellkas megnyitásával járó azon műtét, amely során a szív egy vagy több billentyűjének helyreállítására vagy cseréjére a szükséges vizsgálatok eredményei alapján, szakorvos által elrendelten kerül sor.

3.18.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét végrehajtásának az időpontja a 3.18.1. pontban foglaltak szerint.

3.18.3. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**

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

- **A szívbillentyű cseréjét vagy helyreállítását szükségessé tevő betegség kialakulását és lefolyását összefoglaló kardio-lógiai szakvélemény, zárójelentés, valamint a műtét elvégzéséről szóló szívsebészeti zárójelentés, műtéti leírás.**

3.19. Motoros neuron betegség

- 3.19.1. Jelen feltételek szerint motoros neuron betegségnek minősül a neurológus szakorvos által megállapított amyotrophias lateralsclerosis (ALS), progressiv bulbaris paralysis, spinális izomatrofia és elsődleges lateralsclerosis (PLS), amikor a tartós neurológiai károsodás a mozgató működés igazolt érintettségével legalább 3 hónapja folyamatosan fennáll.
- 3.19.2. A biztosítási esemény bekövetkezteként időpontja a 3.19.1. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 3 hónap eltelte.
- 3.19.3. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **A diagnózist igazoló és a betegség lefolyását leíró orvosi dokumentáció, valamint a tünetek folyamatos fennállását követően legkorábban 3 hónap elteltével készült szakorvosi vélemény.**

3.20. Szklerózis multiplex

- 3.20.1. Jelen feltételek szerint szklerózis multiplex-nek minősül a betegség diagnózisának ideggyógyász szakorvos által történő felállítása, továbbá az alábbi feltételek teljesülése:
- a mozgató- vagy érző rendszert érintő, legalább 6 hónapja folyamatosan fennálló tünetekben megnyilvánuló idegrendszeri károsodás, illetve
 - a diagnózist alátámasztó objektív neurológiai vizsgálati eredmények megléte (pl. gerincvelői folyadék vizsgálata, vizuális kiváltott válasz, hallási agytörzsi válasz és MRI vizsgálat).
- 3.20.2. A biztosítási esemény bekövetkezteként időpontja a 3.20.1. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 6 hónap eltelte.
- 3.20.3. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **A betegség kialakulását és lefolyását megfelelően dokumentáló szakorvosi leletek, vizsgálati eredmények, zárójelentések, valamint a 6. hónap elteltével készült, az aktuális állapotot leíró ideggyógyász szakorvos által írt szakvélemény.**

3.21. Végtagbénulás

- 3.21.1. Jelen feltételek szerint végtagbénulásnak minősül legalább két végtag mozgásképességének betegség vagy baleset miatti, legalább 3 hónapja folyamatosan fennálló, teljes és végleges elvesztése. A mozgásképesség elvesztését, visszafordíthatatlan voltát ideggyógyászati vizsgálatokra alapozva szakorvosnak kell megállapítania.
- 3.21.2. **Nem biztosítási esemény:**
- **A részleges bénulás, a „sokidegbetegség” (polineuropátia) következtében kialakult, vagy a vírusfertőzést követő átmeneti bénulás, a lelki ok miatt kialakult bénulás.**
- 3.21.3. A biztosítási esemény bekövetkezteként időpontja a 3.21.1. pontban foglaltak szerint a végtagbénulás kialakulásának időpontját követő 3 hónap eltelte.
- 3.21.4. A betegség súlyosságát és a beteg aktuális állapotát minden esetben a Biztosító orvosa orvosszakmai szempontok alapján állapítja meg.
- 3.21.5. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:**
- **A bénulás(ok) kialakulásának körülményeit leíró teljes orvosi dokumentáció, valamint a 3 hónap elteltével készült szakorvosi vélemény.**

3.22. Harmad- vagy negyedfokú égés

- 3.22.1. Jelen feltételek szerint harmad- vagy negyedfokú égésnek minősül a testfelület legalább 20%-át érintő III. vagy IV. fokú égési sérülés, ahol az égés súlyosságát és kiterjedését szakorvos állapítja meg a szakma szabályai alapján.
- III. fokú égési sérülés esetén a bőr teljes vastagságában károsodik, hólyagképződés nincs, a felszín érzéketlen.
- IV. fokú égés a bőr alatti szövetek – például izmok és csontok is – elpusztulnak, a sérült végtag gyakran elszenesedik.
- Az égési sérülés kiterjedtségének megállapítása a sérült ember testfelszínének százalékában kerül meghatározásra, oly módon, hogy a sérült személy tenyerének felszíne a testfelület 1 százalékának tekinthető. A nagy kiterjedtségű égési felület kiszámítása a Wallace féle 9-es szabály alapján történik, mely a fej-nyak sérülését 9 százalékban, egy felső végtag sérülését 9 százalékban, egy alsó végtag sérülését 18 százalékban, valamint a törzs első és hátsó oldalának együttes sérülését 36 százalékban határozza meg.
- 3.22.2. A biztosítási esemény bekövetkezteként időpontja az égési sérülés bekövetkezésének időpontja a 3.22.1. pontban foglaltak szerint.

3.22.3. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**

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

- **Az égés súlyossági fokát és kiterjedését is leíró teljes orvosi dokumentáció.**

3.23. Súlyos fejsérülés

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

3.23.2. **Nem biztosítási esemény:**

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

3.23.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a 3.23.1. pontban foglaltak szerint a maradandó idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezésének időpontját követő 6 hét elteltével.

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

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

3.24. Végstádiumú idült tüdőbetegség

3.24.1. Jelen feltételek szerint végső stádiumú, idült légzési elégtelenséghez vezető tüdőbetegség megállapításának feltételei a következők:

- FEV1 teszt eredménye legalább 3 alkalommal, 3 hónapos időközönként mérve, minden alkalommal, az elvárt érték kisebb, mint 60%-a és;
- folyamatos oxigénterápia alkalmazása szükséges a fennálló oxigénhiány kezelésére, és;
- az ütőérvéggáz-analízis szerint az oxigénnyomás 55 Hgmm-nél alacsonyabb, és
- nyugalmi nehézlégzés, légszomj áll fenn.

A diagnózist tüdőgyógyász szakvéleményének kell alátámasztania.

3.24.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja, a 3.24.1. pontban leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

3.24.3. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a 3.24.1. pontban foglaltakat igazoló dokumentumok benyújtása is szükséges a biztosítási esemény igazolásához.

3.25. Végstádiumú májbetegség

3.25.1. Jelen feltételek szerint végállapotú májbetegség diagnózisának alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:

- Állandó sárgaság legalább 3 hónapon keresztül;
- Hasvízkór (hasi folyadékgyülem);
- Máj eredetű encephalopathia (agyi funkciók károsodása, melyet neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva igazol).

3.25.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **Az alkohol vagy nem orvosi javallatra szedett gyógyszer, illetve kábítószer okozta májbetegségek.**

3.25.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének az időpontja, a 3.25.1. pontban leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

3.25.4. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a 3.24.1. pontban foglaltakat igazoló dokumentumok benyújtása is szükséges a biztosítási esemény igazolásához.

3.26. SLE (Szisztémiás Lupus Erythematosus)

3.26.1. Jelen feltételek szerint az SLE a test több szervét érintő autoimmun betegség, amelynek tünetei időnként felerősödnek, időnként lecsökkennek. Az SLE diagnózisát szakorvosi lelet foglalja össze. A diagnózis felállításának a feltétele, hogy az alábbi táblázatban lévő kritériumok közül legalább négy kritériumnak teljesülnie kell, (ebből legalább egy klinikai és legalább egy immunológiai) vagy a betegnek biopsziával igazolt, SLE kompatibilis nephritise van és ANA vagy anti dsDNS antitestje pozitív lett.

Klinikai tünetek	Típusos bőrcjelenségek
	Nyálkahártya fekélyek
	Synovitis (Ízületi belhártya gyulladás)
	Serositis (savóshártya gyulladás)
	Veseérintettség (vese mintavétel mikroszkópos vizsgálata során a betegségre jellemző elváltozásokat kell igazolni)
	Neurológiai tünetek
Klinikai tünetek, melyek megléte laboratóriumi vizsgálattal igazolható	A vér összetevőinek megváltozása, károsodása: <ul style="list-style-type: none">• vörösvérsejtek szétesése (hemolitikus anémia)• fehérvérsejtek számának csökkenése (leukopenia, vagy lymphopenia)• vérlemezkék számának csökkenése (thrombocytopenia)
Speciális immunológiai eltérések	ANA-pozitivitás
	anti-dsDNS
	anti-Sm pozitivitás
	antifoszfolipid antitestek
	alacsony komplement szintek, stb.

3.26.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének az időpontja az SLE diagnózis felállításának az időpontja a 3.26.1. pontban foglaltak szerint.

3.26.3. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.

3.26.4. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a 3.26.1. pontban foglaltakat igazoló dokumentumok benyújtása is szükséges a biztosítási esemény igazolásához.

3.27. Hepatitisz vírus okozta gyors lefolyású májgyulladás (fulmináns hepatitis)

3.27.1. Jelen feltételek szerint a heveny májgyulladás a máj heveny megbetegedése, melyet a Hepatitisz vírus fertőzések okoznak. Heveny súlyos májgyulladásnak minősül a teljes májelhalás, mely hirtelen májelgtelenséghez 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),
- Máj eredetű encephalopathia (agyi funkciók károsodása, melyet neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva igazol).

3.27.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **Az alkohol, gyógyszer, kábítószer, mérgezőek (pl. gomba, stb.) és egyéb vírusfertőzések okozta májbetegségek.**

3.27.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének az időpontja a 3.26.1. pontban leírt feltételek bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja.

3.27.4. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a 3.27.1. pontban foglaltakat igazoló dokumentumok benyújtása is szükséges a biztosítási esemény igazolásához.

3.28. Bakteriális agyhártyagyulladás

3.28.1. Jelen feltételek szerint a bakteriális agyhártyagyulladás egy bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladásos folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább 6 hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerinccsapolással nyert gerincvelő folyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.

3.28.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **A HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladás.**

3.28.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a 3.28.1. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 6 hét elteltéig.

3.28.4. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a 3.28.1. pontban foglaltakat igazoló dokumentumok benyújtása is szükséges a biztosítási esemény igazolásához.

3.29. Aorta műtét

3.29.1. Jelen feltételek szerint az aorta műtét a nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét, az aorta szűkületének, elzáródásának, az aorta aneurizma (verőértágulat) vagy az aorta dissectio (az aortafal belső rétegének berepedése, ami az aorta egész hosszában végigszaladhat) megszüntetése céljából. A jelen definíció szempontjából az aorta megfogalmazás a mellkasi és hasi aortát jelenti, az oldalágak nélkül.

3.29.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **A nem nagy sebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra és az aorta billentyű műtéteire.**

3.29.3. A biztosítási esemény időpontja a műtét elvégzésének az időpontja a 3.29.1. pontban foglaltak szerint.

3.29.4. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.

3.29.5. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a 3.29.1. pontban foglaltakat igazoló dokumentumok benyújtása is szükséges a biztosítási esemény igazolásához.

3.30. Aplasztikus vérszegénység

3.30.1. Jelen feltételek szerint az aplasztikus vérszegénység egy krónikus, tartós csontvelő elégtelenség, amely anémiában (vérszegénységben), neutropéniában (csökkent neutrofil fehérvérsejt szám) és thrombocitopéniában (csökkent vérlemezkeszám) nyilvánul meg, és kezelése az alábbiak közül legalább egy beavatkozást igényel:

- Vérkészítmény átömlesztése (vérátömlesztés);
- Csontvelő stimuláció;
- Immunszuppresszív (immunrendszert gátló) szerek alkalmazása;
- Csontvelő átültetése.

A diagnózist hematológus által készített, csontvelő vizsgálattal rendelkező szakvéleménnyel kell alátámasztani.

3.30.2. A biztosítási esemény időpontja a 3.30.1 pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának időpontja.

3.30.3. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.

3.30.4. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a 3.30.1. pontban foglaltakat igazoló dokumentumok benyújtása is szükséges a biztosítási esemény igazolásához.

3.31. Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS)

3.31.1. Jelen feltételek szerint 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 feltételei a következők:

Feltétel	Alfeltétel	Pontszám
bőrvastagodás	ujjduzzanat	2
	egész ujj duzzanata, a kézközépcsonti-ujjperci ízületektől az ujjak végéig, az MCP sortól disztálisan	4
ujjbegyeltérések	ujjbegyfekély	2
	csillag alakú heg	3
hajszálértágulat (teleangiectasia)		2
kóros körömágy-kapillárisok		2
a tüdőerekben a vérnyomás megemelkedése (arteria pulmonalis hypertonia) és/vagy a tüdő kötőszövetes vázának betegsége (interstitialis tüdőbetegség)		2
Raynaud-jelenség		3
Sclerodermával együtt járó antitestek		3

A szisztémás szklerózis kórisméjéhez 9, vagy ennél több pont szükséges.

3.31.2. **Nem biztosítási esemény**

- **Lokális scleroderma (morphea),**
- **Eosinophil fascitis,**
- **CREST-szindróma.**

3.31.3. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja a 3.31.1. pontban foglaltak szerint.

3.31.4. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.

3.31.5. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a 3.31.1. pontban foglaltakat igazoló dokumentumok benyújtása is szükséges a biztosítási esemény igazolásához.

3.32. **Súlyos, bélszakasz-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa**

3.32.1. Jelen feltételek szerint a colitis ulcerosa a gyulladós bélbetegségek egyik fajtája. A colitis ulcerosa abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha a betegség következtében legalább legalább két bélszakasz, különböző időpontokban elvégzett műtéti eltávolításával jár, és a megfelelő kezelés ellenére is fennáll és tüneteket okoz.

3.32.2. A biztosítási esemény időpontja a második műtét elvégzésének az időpontja a 3.32.1. pontban foglaltak szerint.

3.32.3. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.

3.32.4. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a 3.32.1. pontban foglaltakat igazoló dokumentumok benyújtása is szükséges a biztosítási esemény igazolásához.

3.33. **Súlyos, bélszakasz-eltávolítással kezelt Crohn-betegség**

3.33.1. Jelen feltételek szerint a Crohn-betegség a gyulladós bélbetegségek egyik fajtája. A Crohn-betegség abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, amennyiben legalább két bélszakasz különböző időpontokban elvégzett műtéti eltávolításával jár, és a megfelelő kezelés ellenére fennáll és tüneteket okoz.

3.33.2. A biztosítási esemény időpontja a második műtét elvégzésének az időpontja a 3.33.1. pontban foglaltak szerint.

3.33.3. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.

3.33.4. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon felül a 3.33.1. pontban foglaltakat igazoló dokumentumok benyújtása is szükséges a biztosítási esemény igazolásához.

4. **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, AKTUÁLIS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG**

4.1. A szerződő díjfizetése ellenében a Biztosító a 3. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkeztekor aktuális biztosítási összeget fizeti ki, és ezzel a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.

4.2. Az aktuális biztosítási összeg megegyezik a szerződő által az ajánlat aláírásakor választott kezdeti biztosítási összeggel, amely a tartam során az alpbiztosításra vonatkozó értékkövetési eljárás szerint emelkedik.

4.3. **A jelen kiegészítő biztosítás alapján a Biztosító csak egy biztosítási eseményből adódóan az aktuális biztosítási összeg mértékéig szolgáltat. A Biztosító szolgáltatásának teljesítését követően a jelen kiegészítő biztosítás minden biztosítási eseményre vonatkozóan megszűnik.**

5. **KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ**

5.1. A biztosítás szolgáltatási összegének nagyságától, a biztosított életkorától, nemétől, foglalkozásától, életmódjától (szabadidős, sporttevékenység) és az egyéb kockázati körülményektől függően a kiegészítő biztosítás megkötéséhez a biztosított egészségi nyilatkozata és/vagy orvosi vizsgálata, illetve egyéb orvosi iratai lehetnek szükségesek.

5.2. **A Biztosító a jelen kiegészítő biztosítás ajánlatának aláírásától számított 6 havi várakozási időt köt ki a nem baleseti eredetű események bekövetkezése tekintetében. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási esemény alapján a biztosítási szolgáltatás kifizetése nélkül szűnik meg a kiegészítő biztosítás. A tartam alatt bekövetkező baleset miatti biztosítási események tekintetében a Biztosító várakozási időt nem alkalmaz.**

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

- 6.1. A jelen kiegészítő biztosítás létrejöttékor az alpbiztosítás tartamából – illetve, ha az alpbiztosítás különös feltételeinek értelmében az alpbiztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnek hátra kell lennie.
- 6.2. Az alpbiztosításra vonatkozó szabályzat szerint jelen kiegészítő biztosítás:
- határozott, egy éves tartamra jön létre, de folyamatosan érvényben marad a következő biztosítási évre, kivéve, ha a szerződő vagy a Biztosító a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően írásban jelzi, hogy nem kívánja a jelen szerződést megújítani.
- 6.3. Jelen kiegészítő biztosítás díját a Biztosító annak megkötésétől számított **1 éves időszakokra garantálja**. Az 1 éves időszakok elteltét követően a Biztosító a fizetendő díjat a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős változása miatt felülvizsgálhatja, új díjkalkuláció és díjszabás alapján új díjakat állapíthat meg. A díjmódosítás mértékéről a Biztosító legalább 60 nappal a határozott tartam lejárta előtt, írásban tájékoztatja a szerződőt. Az így módosított díj a biztosítás évfordulójától kezdődően érvényes. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, vagy erre nem válaszol legkésőbb 30 nappal az új biztosítási időszak első napját megelőzően, a szerződés a díjmódosítás közlését követő 60. napon megszűnik, ha erre a szerződő figyelmét a módosítással egyidejűleg felhívja a Biztosító. Ezzel jelen kiegészítő biztosítás a következő biztosítási időszak első napjának 0 órájával maradékjogok nélkül megszűnik. Jelen kiegészítő biztosítás utólagos felvétele esetén az 1 éves határozott tartam számítása az alpbiztosítás biztosítási évfordulójához igazodik, így az első biztosítási év tört év is lehet.

7. KÖZLÉSI ÉS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

- 7.1. **Az általános szabályzatok közlési és változásbejelentési kötelezettségre vonatkozó pontjain túlmenően a közlési kötelezettségsértés következményeivel jár és a jelen kiegészítő biztosítás keretében a Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a kritikus betegség a biztosítottnál a szerződéskötés időpontjában már fennállott, illetőleg ha a kritikus betegséget jelző vagy az azt megelőző megváltozott egészségi állapot a szerződéskötéskor a szerződő vagy a biztosított számára már ismert volt.**
- 7.2. **Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon és az egyes kritikus betegségeknél leírtakon (3. pont) túlmenően a biztosítási esemény bejelentésekor a Biztosító kérheti a biztosított szerződéskötéskori, vagy azt megelőző egészségi állapotára vonatkozó dokumentumokat is.**

8. VEGYES RENDELKEZÉSEK

- 8.1. A szolgáltatási igény elfogadhatóságáról a Biztosító orvosa orvosszakmai szempontok alapján dönt a benyújtott, megfelelő dokumentumok és szükség szerint a biztosított személyes vizsgálata alapján. A döntés meghozatalánál a Biztosítót más egészségügyi szervezet döntése nem köti.
- 8.2. Jelen kiegészítő biztosítás nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető és kölcsönrel nem terhelhető; megszűnése esetén maradék-jogokkal nem rendelkezik.