

Érvényes: 2024. május 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 lehet minden – a szerződés megkötésekor legalább 1, de legfeljebb 17 éves – azon természetes személy,
 - aki a szerződőnek, vele közös háztartásban együtt élő közeli hozzátartozója (Ptk. 8:1.§ (1) bek. 1. pont), vagy
 - akinek a szerződő törvényes képviselője és egyben
 - akít a Biztosító biztosítottként elfogad.
- 2.2. Amennyiben a szerződő nem a biztosított törvényes képviselője, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság hozzájárulása szükséges.
- 2.3. Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik azon biztosítási évet követő első nap 0. órájakor, mely évben a kiegészítő biztosítás biztosítottja betöltötte a 18. életévét.
- 2.4. 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. **Roszcindulatú daganatos megbetegedés**
 - 3.4.1. Jelen feltételek szerint roszcindulatú 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, az orvosi dokumentumok alapján alacsony malignitási fokú daganat.
 - A kiindulási sejt környezetére nem átterjedő (in situ, Tis vagy Ta) daganat.
 - 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 bekövetkeztének időpontja a megállapítást leíró szakorvosi vélemény kiállításának időpontja a 3.4.1. pontban foglaltak szerint.
 - 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:**

- **A betegség részletes leírása, a határozott diagnózist tartalmazó leletek, kórházi zárójelentések, amelyek igazolják a daganatos betegség rosszindulatúságát, továbbá a szövettani lelet, képalkotó 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, gerincvelő daganatai.**

3.5.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a 3.5.1. pont szerinti jóindulatú agydaganat 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 és legalább 6 hónapos fennállását igazoló részletes orvosi dokumentáció, beleértve a képalkotó eljárások eredményét és az idegrendszeri károsodást igazoló leleteket.**

3.6. Fertőzéses eredetű agyhártyagyulladás (meningitis)

3.6.1. Jelen feltételek szerint biztosítási esemény az agyhártyagyulladás (meningitis) az agyhártyák vagy agyburkok, azaz a központi idegrendszert (az agyat és a gerincvelőt) körülvevő hártyák fertőzés okozta, gyulladásos megbetegedése. A fertőzéses agyhártyagyulladás okozója vírus, baktérium, ritkán gombák vagy paraziták. Biztosítási esemény, ha az agyhártyák gyulladásos folyamatai miatt súlyos, és visszafordíthatatlan neurológiai károsodás alakul ki és az már legalább 6 hete folyamatosan fennáll. A diagnózist a beteg klinikai tünetei, laboratóriumi vizsgálati eredményei és a gerinccsapolás (lumbálpunkció) során nyert gerincvelő folyadék laboratóriumi vizsgálati eredménye alapján és a kórokozó kimutatásával lehet felállítani, és gyermekgyógyász, ideggyógyász (neurológus) és fertőző szakorvos (infektológus) véleményével kell igazolni.

3.6.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyhártyagyulladás.**

3.6.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a 3.6.1. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának időpontját követő 6 hét eltelte.

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

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

3.7. Fertőzéses eredetű agyvelőgyulladás (encephalitis)

3.7.1. Az agyvelőgyulladás (encephalitis) az agyállományának fertőzés okozta gyulladásos megbetegedése. A fertőzéses agyvelőgyulladás leggyakoribb okozója vírus, de ritkán egyéb kórokozó is lehet, illetve fertőző betegségek szövődményeként is kialakulhat. Biztosítási esemény, ha az agyvelő gyulladásos folyamatain keresztül súlyos, és visszafordíthatatlan neurológiai károsodás alakul ki és az már legalább 6 hete folyamatosan fennáll. A diagnózist a beteg klinikai tünetei, laboratóriumi vizsgálati eredményei, gerinccsapolás (lumbálpunkció) során nyert gerincvelő folyadék vizsgálatával kell igazolni. A diagnózist gyermekgyógyász, ideggyógyász (neurológus) és fertőző szakorvos (infektológus) véleményével kell igazolni.

3.7.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **az autoimmun eredetű agyvelőgyulladás, az acut cerebellaris ataxia, a Guillain Barré-szindróma, a Miller Fischer-szindróma,**
- **a HIV fertőzés kapcsán diagnosztizált agyhártyagyulladás.**

3.7.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a 3.7.1. pontban foglaltak szerinti diagnózis felállításának időpontját követő 6 hét eltelte.

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

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

3.8. Végtagbénulás

3.8.1. Jelen feltételek szerint végtagbénulásnak minősül legalább két végtag mozgásképségének betegség vagy baleset miatti, legalább 3 hónapja folyamatosan fennálló, teljes és végleges elvesztése. A mozgásképeség elvesztését, visszafordíthatatlan voltát gyermekgyógyász, idegsebész, ideggyógyász szakorvosnak kell megállapítania.

3.8.2. Nem biztosítási esemény:

- **A részleges bénulás, a „sokidegbetegség” (polineuropátia) következtében kialakult, vagy a vírusfertőzést követő átmeneti bénulás, a lelki ok miatt kialakult bénulás.**

3.8.3. A biztosítási esemény bekövetkezének időpontja a 3.8.1. pont szerinti végtagok megbénulásának időpontját követő 3 hónap elteltével. A betegség súlyosságát és a beteg aktuális állapotát minden esetben a Biztosító orvosa állapítja meg.

3.8.4. **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.**

3.9. Látás elvesztése

3.9.1. 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.

3.9.2. A biztosítási esemény bekövetkezének időpontja a megállapítást leíró szakorvosi vélemény kiállításának időpontja a 3.9.1. pontban foglaltak szerint.

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

3.9.4. **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.**

3.10. Hallás elvesztése

3.10.1. 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.

3.10.2. A biztosítási esemény bekövetkezének időpontja a megállapítást leíró szakorvosi vélemény kiállításának időpontja a 3.10.1. pontban foglaltak szerint.

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

3.10.4. **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.**

3.11. Végstádiumú veseelégtelenség

3.11.1. 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.

3.11.2. Nem biztosítási esemény:

- **Az a betegség, amely esetén a művesekezelésre időlegesen, hevenyen fellépő vesekárosodás miatt van szükség.**

3.11.3. A biztosítási esemény bekövetkezének időpontja a megállapítást leíró szakorvosi vélemény kiállításának időpontja a 3.11.1. pontban foglaltak szerint.

3.11.4. **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.**

3.12. I-es típusú, inzulint igénylő cukorbetegség

3.12.1. Jelen feltételek szerint biztosítási esemény a legalább 3 hónapja fennálló, rendszeres inzulin kezelést igénylő cukorbetegség.

3.12.2. **Nem biztosítási esemény a rendszeres inzulin kezelést nem igénylő cukorbetegség.**

3.12.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a 3.12.1. pont szerinti diagnózis megállapítását követő 3 hónap elteltéig. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában életben van.

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

- **A legalább 3 hónapja fennálló diagnózist gyermekgyógyász szakorvos és/vagy diabetológus véleményével kell igazolni a vizsgálati eredmények, zárójelentések alapján és csatolásával.**

3.13. Gluténérzékenység (gluténszenzitiv enteropátia, cöliákia)

3.13.1. Jelen feltételek szerint biztosítási esemény a vékonybél krónikus, felszívódási zavarral járó megbetegedése, amelyet bizonyos gabona-félékben található növényi fehérje, a glutén vált ki az erre érzékeny embereknél. A biztosítási esemény, ha a diagnózist a klinikai tünetek alapján elvégzett genetikai vizsgálat (Cöliákia HLA DQ2 és DQ8 vizsgálat), speciális laborvizsgálatok (szöveti transzglutamináz elleni IgA és IgG vizsgálat) és a vékonybél nyálkahártyájának biopsziás mintavétele és szövettani vizsgálata igazolja, illetve a kivizsgálás az aktuális protokollnak megfelelően megtörtént.

3.13.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a 3.13.1. pont szerinti diagnózis megállapítását követő 3 hónap elteltéig. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában életben van.

3.13.3. **Nem biztosítási esemény a fent felsorolt vizsgálatokkal nem alátámasztott „lisztérzékenység”.**

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

- **A legalább 3 hónapja fennálló diagnózist gyermekgyógyász szakorvos és/vagy gyermek gasztroenterológus véleményével kell igazolni a vizsgálati eredmények, zárójelentések alapján és csatolásával.**

3.14. Kóma

3.14.1. Jelen feltételek szerint kómának minősül az olyan tartós 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 90 napon át folyamatosan, tünetet eredményező idegrendszeri károsodás áll fenn, mely a Biztosító orvos-szakértőjének megítélése szerint maradandó jellegű.

3.14.2. **Nem biztosítási esemény:**

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

3.14.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a 3.14.1. pont szerinti kóma kialakulását követő 90. nap elteltéig.

3.14.4. **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 90. nap elteltével az aktuális állapotot leíró szakvélemény.**

3.15. Szervátültetés

3.15.1. 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, vagy rosszindulatú vérképzőszervi betegség esetén a saját őssejtek visszaültetése (autogén őssejtátültetés).

3.15.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **A nem vérképzőszervi betegségek embrionális őssejtekkel és köldökzsinórvérből nyert sejtekkel való kezelése, a hasnyálmirigy sziget-sejtjeinek és a szaruhártyának a beültetése.**

3.15.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a megállapítást leíró szakorvosi vélemény kiállításának időpontja a 3.15.1. pontban foglaltak szerint.

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

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

- **A beavatkozás szükségességét igazoló és az elvégzett beavatkozás leírását tartalmazó teljes egészségügyi dokumentáció.**

3.16. Szerzett szívbetegségek: szívizom-, szívbelhártya, szívburokgyulladás, cardiomyopathia

3.16.1. Jelen feltételek szerint biztosítási esemény:

- a szív különböző rétegeinek – szívburok gyulladása (pericarditis), szívizom gyulladása (myocarditis) és a szívbelhártya gyulladása (endocarditis) –, amelyek bakteriális, vírusos, ritkán gombás fertőzés okozta, esetenként autoimmun, vagy ismeretlen eredetűek.
- cardiomyopathia: a szívizomzat nem gyulladós, nem keringésszavar okozta, nem veleszületett szívbillentyű elváltozás következményeként kialakuló elváltozása, amely szívizomzat kötőszövetes átalakulását eredményezi. A betegségnek többféle megjelenése van.

3.16.2. **Nem biztosítási esemény az öröklött szívbetegség (ugyanannak a betegségnek a családi halmozódása kimutatható), a veleszületett szívbetegség, az alkohol, kábítószer fogyasztás és HIV fertőzés okozta elváltozások**

3.16.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a 3.16.1. pont szerinti diagnózis megállapítását követő 3 hónap eltelte. A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában életben van.

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

- **A diagnózist gyermekgyógyász szakorvos és/vagy gyermek kardiológus véleményével kell igazolni a vizsgálati eredmények, zárójelentések alapján és csatolásával.**

3.17. Epilepszia

3.17.1. Az epilepszia az agy átmeneti, rohamokban zajló működés zavara. Jelen feltételek szerint biztosítási esemény a „nagy rohamokkal zajló epilepszia, mely gyakran úgynevezett aurával (érzékszálódások) indul, zavartság és az egész testre kiterjedő izomrángások, gyakran vizelet/székletartási képtelenség jelentkeznek. A roham megszűnését követően a beteg nem emlékszik a történetekre. A Biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy a több, mint 1 éve tartó gyógyszeres kezelés ellenére, heti gyakorisággal jelentkeznek a rohamok.

3.17.2. **Nem biztosítási esemény a részleges (parciális) epilepszia és az úgynevezett tüneti epilepszia (ebben a csoportban az epilepszia valamilyen helyi agyi szerkezeti eltérés miatt jelentkező tünet, mint pl. agykérgi fejlődési zavar, agydaganat, sérülés, gyulladós góc, vérellátási zavar, agyi oxigénhiány utáni állapot, stb.).**

3.17.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a 3.17.1. pont szerinti legalább 1 éves gyógyszeres kezelés eltelte.

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

- **A gyermekgyógyász szakorvos és/vagy ideggyógyász (neurológus), vagy gyermek ideggyógyász (gyermek neurológus) által a 3.16.1. pontban foglalt feltételek igazolása, a vizsgálati eredmények, zárójelentések és szakvélemény csatolása.**

3.18. Végtag elvesztése

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

3.18.2. **Nem biztosítási esemény:**

- **Az öncsonkítás következtében kialakult végtagvesztés.**

3.18.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a végtagok egyidejű elvesztésének, vagy a második végtag elvesztésének az időpontja a 3.18.1. pontban foglaltak szerint.

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

3.18.5. **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.**

3.19. Harmad- vagy negyedfokú égés

3.19.1. 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, a képet a szövetelhalás uralja, a felszín érzéketlen. IV. fokú égés a bőr alatti szövetek – például izmok és csontok is – elpusztulnak, az érintett terület gyakran elszenesedik. Az égési sérülés kiterjedtségének megállapítása a sérült gyermek testfelszínének százalékában kerül

meghatározása oly módon, hogy a sérült gyermek fej-nyak sérülését 16%-ban, egy felső végtag sérülését 9 százalékban, egy alsó végtag sérülését 17%-ban, valamint a törzs első és hátsó oldalának együttes sérülését 32 százalékban határozza meg, az életkori sajátosságok, testarányok figyelembevételével.

- 3.19.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja az égési sérülés bekövetkezésének időpontja a 3.19.1. pontban foglaltak szerint.
- 3.19.3. **A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bejelentésének időpontjában életben van.**
- 3.19.4. **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.**

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 – a pszichológiai tanácsadási szolgáltatás (5. pont) kivételével megszűnik.
- 4.2. Az aktuális biztosítási összeg megegyezik a szerződő által az ajánlat aláírásakor választott kezdeti biztosítási összeggel, amely a tartam során az alapbiztosításra 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 további biztosítási eseményre vonatkozóan – a pszichológiai tanácsadás (5. pont) kivételével – megszűnik.**
- 4.4. **A biztosítási szolgáltatás teljesítésére a Biztosító akkor köteles, ha a biztosítási esemény bejelentésére még a biztosított életében sor került és a szolgáltatás elbírálásához szükséges adatok beszerezhetőek.**

5. PSZICHOLÓGIAI TANÁCSADÁSI SZOLGÁLTATÁS

- 5.1. A 3. pont szerinti biztosítási események esetén a Biztosító plusz szolgáltatásként lehetőséget nyújt a biztosítási esemény bejelentésétől számított 1 naptári éven belül legfeljebb 10 alkalommal pszichológiai konzultáció igénybe vételére a 2.1. pont szerinti biztosított mindkét szülője, vagy törvényes képviselője részére. A legfeljebb 10 alkalom felhasználásának a biztosítási esemény bejelentésétől számított 1 naptári éven belül kell megtörténnie.
- 5.2. A pszichológiai tanácsadási szolgáltatást kizárólag a Biztosítónak bejelentett, a 3. pontban részletezett biztosítási eseménnyel összefüggésben lehetséges igénybe venni a bejelentésétől számított 1 naptári éven belül.

5.3. A szolgáltatás igénybevételének módja

A szolgáltatás igénybevételére akkor kerülhet sor, ha a biztosított szülője vagy a biztosított törvényes képviselője az Alfa Doktor rögzített telefonvonalon keresztül bejelenti pszichológiai tanácsadási szolgáltatásra vonatkozó igényét.

Alfa Doktor telefonszáma: (+36) 1-998-0520

A telefonszám munkanapokon 08:00-20:00 között normal díjszabással hívható.

A telefonhívás során a Biztosító egészségügyi szolgáltató partnere azonosítja a biztosítottat, és ellenőrzi jogosultságát a szolgáltatás igénybevételére.

A szolgáltatás lebonyolítása előtt a Biztosító egészségügyi szolgáltató partnere az alábbi dokumentumot is kérheti:

- a biztosított kórházi zárójelentése, a diagnózist tartalmazó leletei

A távkonzultáció megszervezésének határideje a szolgáltatási igény bejelentésétől számított 5 munkanap, a személyes konzultáció megszervezésének határideje 10 munkanap.

Távkonkultáció a jelen biztosítási feltétel vonatkozásában a vezetékes vagy mobil telefonon keresztül történő hanghívást, továbbá az interneten keresztül történő videóhívást jelenti.

Amennyiben a Biztosító egészségügyi szolgáltató partnere által megszervezett pszichológiai tanácsadást a biztosított szülője vagy a biztosított törvényes képviselője a megbeszéltd időpontban nem veszi igénybe (ez a személyes konzultációra vagy távkonzultációra egyaránt érvényes), és erről legalább egy munkanappal korábban nem értesítik a Biztosító szolgáltató partnerét, úgy az igénybe nem vett szolgáltatás is egyszeri igénybevételnek minősül.

5.4. Várakozási idő

A Biztosító a pszichológiai tanácsadási szolgáltatás igénybevételére a Gyermekekre szóló 16 elemű kritikus betegség kiegészítő biztosítás ajánlatának aláírásától számított 6 havi várakozási időt köt ki.

5.5. A pszichológiai tanácsadási szolgáltatás tartalma és részletei

Szolgáltatás tartalma	Szolgáltatás részletei
Pszichológiai konzultáció megszervezése	A Biztosító egészségügyi szolgáltató partnere a biztosított szülőjével vagy a biztosított törvényes képviselőjével egyeztetve pszichológussal történő személyes konzultációt vagy távkonzultációt szervez meg. Táv Konzultáció választása esetén az ügyfél vállalja, hogy a konzultáció lebonyolításához szükséges technikai és informatikai eszközökkel (pl. vezetékes vagy mobil telefon, internet kapcsolat, laptop, tablet, asztali számítógép, mikrofon, webkamera) rendelkezik.
Személyes vagy távkonzultációs pszichológiai konzultáció	A konzultációt a 3. pont szerinti biztosítási események bejelentésétől számított 1 naptári éven belül, legfeljebb 10 alkalommal, alkalmanként legalább 45 perces tartammal lehet igénybe venni. Az 10 alkalom a személyes konzultációra és a távkonzultációra együttesen vonatkozik. Az 10 alkalom a konzultációt nyújtó pszichológussal történő eseti egyeztetés alapján szétosztható személyes konzultációra és távkonzultációra.
Pszichológiai konzultáció költségének megtérítése	A konzultáció teljes költségét a Biztosító téríti meg az egészségügyi szolgáltatást nyújtó partnere részére.

5.6. A Biztosító egészségügyi szolgáltató partnere

5.6.1. Az pszichológiai tanácsadási szolgáltatás keretében a Biztosító szolgáltató partnere a UNION-Érted Ellátásszervező Kft.

5.6.2. A Biztosító fenntartja a jogot az egészségügyi szolgáltatást nyújtó partner módosítására.

5.6.3. Amennyiben az 5.6.1. pontban megnevezett szolgáltató partnerrel megszűnik a Biztosító egészségügyi szolgáltatás nyújtására irányuló szerződése és a Biztosító más szolgáltató partnerrel állapodik meg, úgy a Biztosító erről legkésőbb a szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés megszűnése előtt 30 nappal értesíti a szerződőt. Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül nem mondja fel a biztosítási szerződést, akkor a biztosítási szerződés a szolgáltatást nyújtó partner személyében bekövetkezett változástól eltekintve változatlan feltételekkel folytatódik tovább.

5.6.4. Amennyiben 5.6.1. pontban megnevezett szolgáltató partnerrel megszűnik a Biztosító szolgáltatás nyújtására irányuló szerződése, és a Biztosító – rajta kívül álló okok miatt – nem tud más szolgáltató partnerrel megállapodni, úgy a Biztosító erről legkésőbb a szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés megszűnése előtt 30 nappal értesíti a szerződőt. Amennyiben a Biztosító rajta kívül álló okok miatt nem tud más szolgáltató partnerrel megállapodni, úgy a Gyermekekre szóló 16 elemű kritikus betegség kiegészítő biztosításhoz kapcsolódó pszichológiai tanácsadási szolgáltatás megszűnik az értesítésben jelzett időpontban. A megszűnésre vonatkozó értesítés kézhez vétele és a pszichológiai tanácsadási szolgáltatás megszűnése közötti időszakban a Biztosító által befogadott szolgáltatási igények ellenértékét a Biztosító egy összegben teljesíti.

5.6.5. A szerződő jogosult az 5.6.3. és az 5.6.4. pontban jelzett esetekben Gyermekekre szóló 16 elemű kritikus betegség kiegészítő biztosítást az írásbeli értesítést követő 60 napon belül felmondani. Ebben az esetben Gyermekekre szóló 16 elemű kritikus betegség kiegészítő biztosítás további szolgáltatás nyújtása nélkül megszűnik a felmondás Biztosítóhoz történő beérkezése napja 24:00 órakor.

5.7. A Biztosító jogosult a Gyermekekre szóló 16 elemű kritikus betegség kiegészítő biztosításhoz kapcsolódó pszichológiai tanácsadási szolgáltatás díját a 7. pontban foglaltakon felül egyoldalúan módosítani, ha a működésében az alábbi körülmények (Oklista) miatt tényleges költségnövekedés merül fel:

- A Biztosító egészségügyi szolgáltató partnere által meghatározott díjtétel módosítása a díjtételbe épített technológiai, működési költségek változása következtében.

A Biztosító a költségek módosításáról szóló ügyfélértesítésben (éves értesítő) tájékoztatni köteles a szerződőt, hogy a fenti Oklista mely tétele miatt szükséges Gyermekekre szóló 16 elemű kritikus betegség kiegészítő biztosítási szerződés díját módosítani.

6. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ

6.1. 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.

6.2. A Biztosító a jelen kiegészítő biztosítás ajánlatának aláírásától számított 6 havi várakozási időt köt ki.

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

7.1. A jelen kiegészítő biztosítás létrejöttkor az alapbiztosítás tartamából – illetve, ha az alapbiztosítás különös feltételeinek értelmében az alapbiztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnek hátra kell lennie.

7.2. Az alapbiztosításra 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.

- 7.3.** 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 alapt biztosítás biztosítási évfordulójához igazodik, így az első biztosítási év tört év is lehet.

8. KÖZLÉSI ÉS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

- 8.1.** 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.
- 8.2.** 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.

9. VEGYES RENDELKEZÉSEK

- 9.1.** 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.
- 9.2.** Jelen kiegészítő biztosítás nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető és kölcsönrel nem terhelhető; megszűnése esetén maradékjogokkal nem rendelkezik.

Függelék

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

A gyermekekre szóló 16 elemű kritikus betegség biztosítás (GYDD-21) maximális biztosítási összege 10.000.000 Ft.