

ALLIANZ.HU

ALLIANZ GONDOSKODÁS PROGRAMOKHOZ KÖTHETŐ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK

ÉLET- ÉS
SZEMÉLYBIZTOSÍTÁS

Ügyfél-tájékoztató
és szerződési feltételek

TARTALOMJEGYZÉK

Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások
Általános Szerződési Feltételek (AHE-21230/KF11)

Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások
Különös Szerződési Feltételek (AHE-21230/KKF8)

Heveny fertőző betegségek (AHE-21230/HM1)

ALLIANZ.HU

ALLIANZ GONDOSKODÁS PROGRAMOKHOZ KÖTHETŐ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK

ÉLET- ÉS
SZEMÉLYBIZTOSÍTÁS

Általános Szerződési Feltételek és
Ügyfél-tájékoztató

TARTALOMJEGYZÉK

Általános Szerződési Feltételek és Ügyfél-tájékoztató Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosításokhoz	3
I. Általános rendelkezések	4
II. A kiegészítő biztosítási szerződés és a kiegészítő biztosítási fedezetek létrejötte, hatálybalépése és a kockázatviselés kezdete	5
III. A kiegészítő biztosítási fedezet költsége	9
IV. Az értékkövetés	10
V. Maradékjogok	10
VI. A kiegészítő biztosítási szerződés és a kiegészítő biztosítási fedezetek megszűnése	10
VII. A szerződő felek kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezte után	14
VIII. Egyéb rendelkezések	15

ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉL-TÁJÉKOZTATÓ

az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosításokhoz

1. Jelen Általános Szerződési Feltételek (a továbbiakban: szerződési feltételek) azokat a feltételeket tartalmazzák, amelyeket az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) által művelt Allianz Gondoskodás Programok alapján létrejött szerződéshez mint alpbiztosításhoz kötött kiegészítő élet és/vagy baleset- és/vagy egészségbiztosításokra alkalmazni kell, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítási szerződést, vagy a kiegészítő biztosítási fedezetet e feltételekre hivatkozással kötötték.

A Gondoskodás Programhoz mint alpbiztosításhoz kapcsolódó kiegészítő biztosítási szerződésben a szerződő az alábbi kiegészítő biztosítási fedezetek közül választhat:

- Kiegészítő életbiztosítási fedezet (711113);
- Baleseti halál esetére szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezet (741112);
- Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezet (742112);
- Baleseti eredetű műtéti térítésre szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezet (744111);
- Baleseti eredetű csonttörésre, csontrepedésre szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezet (743111)
- Kritikus betegségekre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (721112);
- Rokkantsági ellátás esetére szóló kiegészítő egészség-biztosítási fedezet (722111);
- Műtéti térítésre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (723111);
- Kórházi napi térítésre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (728111);
- Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (725111);
- Rákdiaosztikára és orvosi beteg vezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (729111).

A biztosító a termékre és a választható kiegészítő fedezetekre vonatkozóan felméri az ügyfél igényeit.

A biztosító és a szerződő között a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási szerződésre (kiegészítő biztosítási fedezetekre) az itt nem szabályozott kérdésekben az alpbiztosítás általános szerződési feltételei (az Allianz Gondoskodás Programok – befektetési egységekhez kötött életbiztosítások – Általános Szerződési Feltételei), valamint a Polgári Törvénykönyv rendelkezései az irányadók. A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási szerződésre, illetve a kiegészítő biztosítási fedezetre az alpbiztosítás Általános Szerződési Feltételeinek az alábbi rendelkezései nem vonatkoznak:

- a kedvezményezett,

- a biztosítási esemény,
- a biztosítási szolgáltatás,
- a biztosítási tartam,
- a befektetési egységekkel kapcsolatos szabályok,
- a befektetési egységek eszközalapok közötti megosztásának módosítása,
- a visszavásárlás és pénzkivonás,
- a mentesülések, valamint
- a szerződő felek kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezése után.

A jelen szerződési feltételek szerint a kiegészítő biztosítási szerződésnek legalább a főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő életbiztosítási fedezetet (711113) kell tartalmaznia.

A főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő életbiztosítási fedezet a Gondoskodás Program szerződéssel egyidejűleg jön létre. A főbiztosítottra ezen kívül és a további biztosítottakra egyéb kiegészítő biztosítási fedezetek is választhatók.

A főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő életbiztosítási fedezet teljes életre szóló. A főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő életbiztosítási fedezet megszűnésével az Allianz Gondoskodás Programok szerződés is megszűnik.

FOGALMAK

2. Alpbiztosítás: Alpbiztosítások az Allianz Gondoskodás Programok, melyekhez a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő biztosítási szerződés kapcsolódik.

Baleset: A biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő külső behatás.

Nem minősül balesetnek a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás, napszúrás, hóguta, porckorongsérülés, sérv, agyvérzés, továbbá a nem baleseti eredetű vérzés. Nem tekinthető balesetnek az öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet még akkor sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el. Nem minősül továbbá balesetnek az Achilles ín húzódása és/vagy szakadása, boka ficama és/vagy zúzódása és/vagy rándulása kivéve, ha közlekedési baleset során következik be.

Közlekedési baleset: Az a baleset, amelyet a járművel vagy gyalogként közlekedő biztosított valamely közlekedésben részt vevő jármű balesetével összefüggésben szenved el. Nem minősül közlekedési balesetnek, ha a kerékpáros balesetében más jármű vagy gyalogos nem hatott közre.

Közlekedési balesetből eredő halál: A közlekedési baleset következtében, a balesettől számított 1 éven belül bekövetkező halál.

I. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

A SZERZŐDŐ

3. A kiegészítő biztosítás szerződője az, aki a kiegészítő biztosítási fedezet(ek)et tartalmazó szerződés megkötésére ajánlatot tett, és a kiegészítő biztosítási fedezet(ek) ellenértékét (a továbbiakban: a kiegészítő biztosítási fedezet költségét) fizeti. A kiegészítő biztosítási fedezet költségét a biztosító az egységszámláról történő levonással, a jelen szerződési feltételek III. fejezetében foglaltak szerint érvényesíti a szerződő felé. A biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy a kiegészítő biztosítási fedezet költségét az egységszámláról a költség esedékességének időpontjában levonja.

A kiegészítő biztosítás szerződője az alapbiztosítás szerződőjével azonos személy. Az alapbiztosításnak a szerződőre vonatkozó rendelkezései a kiegészítő biztosítás szerződőjére is érvényesek.

A BIZTOSÍTOTT

4. A szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatában biztosítottat nevez meg, akire vonatkozóan kiegészítő biztosítási fedezetet jelöl.

5. A kiegészítő biztosítás biztosítottja lehet a természetes személy szerződő vagy a főbiztosított, illetve más természetes személy is.

6. Biztosított az a természetes személy, akinek a személyére a biztosító kockázatviselése fennáll. A biztosított belépési kora a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttékor 2-70 év között lehet.

A biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttékor a biztosított belépési korát az alábbiak szerint állapítja meg:

- ha a kiegészítő biztosítási fedezet (új vagy már meglévő kiegészítő biztosítási szerződéshez kapcsolódóan) az alapbiztosítás hatályba lépésével egy időben vagy annak első évfordulóját megelőző hatállyal jön létre, akkor az alapbiztosítás tartama kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát,
- ha a kiegészítő biztosítási fedezet (új vagy már meglévő kiegészítő biztosítási szerződéshez kapcsolódóan) az alapbiztosítás első évfordulóját követő, de nem az évfordulóval megegyező hatállyal jön létre, akkor a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét megelőző évforduló évszámából levonja a biztosított születésének évszámát,
- ha a kiegészítő biztosítási fedezet (új vagy már meglévő kiegészítő biztosítási szerződéshez kapcsolódóan) az alapbiztosítás évfordulójával megegyező hatállyal jön

létre, akkor az évforduló évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

7. A biztosítónak a kiegészítő biztosítási fedezetek Különös Szerződési Feltételei alapján fennálló kockázatviselése – a szerződő rendelkezése alapján – egy vagy több, a biztosítási szerződésben sorszám szerint megkülönböztetett biztosítottra, biztosítottanként akár eltérő kiegészítő biztosítási fedezetekre és/vagy biztosítási összegekre vonatkozhat. A biztosítottak sorszámát a szerződő határozza meg a következők figyelembevételével:

A jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő biztosításban a Gondoskodás Program főbiztosítottja az 1. számú biztosított. Ha a kiegészítő biztosításban biztosított a Gondoskodás Program szerződője is, és a Gondoskodás Program szerződője és főbiztosítottja eltérő személy, akkor a főbiztosított az 1. számú biztosított, a Gondoskodás Program szerződője pedig a 2. számú biztosított.

Amennyiben a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik, a sorrendben mögötte álló további biztosítottak sorszáma eggyel csökken.

A KEDVEZMÉNYEZETT

8. Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosítási szolgáltatásra jogosult. Ellenkező megállapodás hiányában a biztosító szolgáltatására – a biztosított halála esetére szóló szolgáltatás kivételével – a biztosított jogosult. A haláleseti szolgáltatásra a szerződő kedvezményezettet jelölhet.

A kedvezményezett természetes és jogi személy is lehet.

9. Egy biztosítási szolgáltatásra vonatkozóan – több kedvezményezett is megjelölhető. Ebben az esetben a szerződő meghatározhatja a kedvezményezés arányait. Ennek hiányában az arányt a kedvezményezettek között egyenlően kell tekinteni.

A szerződő bármely kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett és a biztosítási esemény bekövetkezte előtt hozzá eljuttatott írásbeli nyilatkozattal, más kedvezményezettet nevezhet meg.

10. A kedvezményezett kijelöléséhez, illetőleg megváltoztatásához – ha nem a szerződő a biztosított – a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A biztosított hozzájárulása nélkül kötött kiegészítő biztosítási szerződésnek, illetőleg létrejött kiegészítő biztosítási fedezetnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó részemis; ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki a szerződőnek köteles megtéríteni az általa megfizetett díjakat, a szerződésre fordított költségeket.

A szerződő a biztosítotthoz és/vagy kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállalhat arra, hogy a kedvezményezett kijelölést folyamatosan

hatályban tartja. A szerződőnek a nyilatkozatról a biztosítót tájékoztatnia kell. Az ilyen kedvezményezett jelölést a biztosított és/vagy kedvezményezett hozzájárulása nélkül nem lehet módosítani vagy visszavonni.

11. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal (illetve a jogi személy kedvezményezett jogutód nélkül megszűnik). Ha a szerződő ilyenkor nem tesz új nyilatkozatot a kedvezményezéssről, de korábban több kedvezményezettet is jelölt, akkor a továbbiakban a kedvezményezés arányára a hatályban maradt jelölések egymáshoz viszonyított aránya az irányadó.

Ha a szerződő nem jelölt kedvezményezettet, vagy a kedvezményezés a biztosítási esemény bekövetkeztekor nincs hatályban, akkor a biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosítottnak vagy a biztosított örökösének fizeti ki.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

12. A biztosítási esemény meghatározását az egyes kiegészítő biztosítási fedezetek Különös Szerződési Feltételei tartalmazzák.

A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

13. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az adott típusú, a szerződő által választott kiegészítő biztosítási fedezet(ek)re vonatkozó Különös Szerződési Feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatást teljesíti – vagyis a biztosítási összeget, annak többszörösét vagy meghatározott részét fizeti ki a biztosítottnak, halála esetén pedig a halál esetére megnevezett kedvezményezettnek.

14. A biztosítási összeg az a pénzüsszeg, amelynek, illetve amely többszörösének vagy meghatározott részének megfizetését, mint biztosítási szolgáltatást a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a kiegészítő biztosítási fedezetek Különös Szerződési Feltételeiben foglaltak szerint vállalja.

15. A kiegészítő biztosítási fedezet biztosítási összegét a szerződő határozza meg. A biztosítási összeg a biztosítási tartam alatt a szerződési feltételekben foglaltak szerint változhat.

16. Ha az egy biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezetek költségeinek összege meghaladja a hatályos „B” jelű Kondíciós lista (az Allianz Gondoskodás Programok Általános és Különös Szerződési Feltételeinek 1. számú melléklete) 5.3. pontjában foglalt költségszintet, akkor külön költség vagy egyéb ellenszolgáltatás megfizetése nélkül megemelkednek az egy biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezetek biztosítási összegei, a „B” jelű Kondíciós lista 5.3. pontjában meghatározott mértékben.

A biztosítási összeg(ek) emelkedésének hatálya tekintében a kiegészítő biztosítási fedezet létrejött napján, vagy bármely kiegészítő biztosítási fedezet költségének megváltozása esetén, a változás napján hatályos „B” jelű Kondíciós lista irányadó.

A biztosító a biztosítási szolgáltatás növelésének mértékét a kiegészítő biztosítási fedezetek jelen Általános Szerződési Feltételekben meghatározott engedménnyel nem csökkentett költsége alapján állapítja meg.

A BIZTOSÍTÁSI TARTAM ÉS IDŐSZAK

17. A jelen kiegészítő biztosítás az alapbiztosítással ellentétben, határozott egy éves időtartamra köthető, kivéve a kiegészítő életbiztosítási fedezetet, mely teljes életre szóló.

Az egy éves biztosítási tartam évente további egy évvel automatikusan meghosszabbodik, ha bármelyik fél a tartam lejárta előtt legalább 60 nappal ezzel ellentétes igényét írásban nem közli a másik féllel – mely a szerződő rendes felmondási jogát nem érinti. A meghosszabbított tartamú szerződés biztosítási évfordulója a tartamon belül minden évben annak a hónapnak az első napja, amely hónapban a biztosítási tartam eredetileg megkezdődött.

A biztosítási időszak egy hónap, azzal, hogy az első időszak ettől eltérhet. Az első időszak a kockázatviselés kezdete és a tartam kezdete közötti időszak.

II. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÉS A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZETEK LÉTREJÖTTE, HATÁLYBALÉPÉSE ÉS A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÉS A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZETEK LÉTREJÖTTE ÉS A TARTAM KEZDETE

18. A szerződő az alapbiztosításhoz kiegészítő biztosítási szerződést köt. A kiegészítő biztosítási szerződést az egyes kiegészítő biztosítási fedezetek alkotják, függetlenül azok számától és létrejöttük időpontjától. A kiegészítő biztosítási szerződésnek legalább a főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő életbiztosítási fedezetet kell tartalmaznia.

19. A kiegészítő biztosítási szerződés az alapbiztosítás létrejöttével egyidejűleg jön létre.

20. A kiegészítő biztosítási szerződés a felek megállapodásával jön létre. A megállapodás a szerződő ajánlattételéből és a biztosító által kiállított elfogadó nyilatkozatból áll.

21. Kiegészítő biztosítási fedezet

- a) a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttének időpontjában, vagy
- b) a kiegészítő biztosítási szerződés tartama alatt tetszőleges időpontban jöhet létre.

22. A kiegészítő biztosítási fedezet a felek megállapodásával jön létre. A megállapodás – abban az esetben, ha a kiegészítő biztosítási fedezet az alapbiztosítás létrejöttével egyidejűleg jön létre, a

szerződő ajánlattételéből és a biztosító által kiállított elfogadó nyilatkozatból áll,

- abban az esetben, ha a kiegészítő biztosítási fedezet az alapt biztosítás létrejöttét követően, annak tartama alatt jön létre, a szerződőnek a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozatából és a biztosító által kiállított elfogadó nyilatkozatból áll.

23. A kiegészítő biztosítási szerződés egy biztosított tekintetében a szerződő választása szerint egy, vagy több kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozhat.

A szerződőnek a kiegészítő biztosítási szerződés megkötését, illetőleg a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozatára a biztosító külön, a szerződőnek címzett – elfogadó vagy elutasító tartalmú – nyilatkozatot tesz.

Ha a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától, illetve a biztosító elfogadó nyilatkozatának tartalma a szerződőnek a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozatától eltér és az eltérést a szerződő a kötvény, illetve a biztosító elfogadó nyilatkozata kézhezvételétől számított 15 napon belül nem kifogásolja, akkor a kiegészítő biztosítási szerződés és fedezet a kötvény, illetve a biztosító elfogadó nyilatkozatának tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést a lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő figyelmét a kötvény, illetve a biztosító elfogadó nyilatkozata kiküldésével egyidejűleg írásban felhívja. Ha a felhívás elmarad, a kiegészítő biztosítási szerződés és fedezet az ajánlat, vagy a szerződő nyilatkozata tartalmának megfelelően jön létre.

Ha a kötvény kiállítása nélkül létrejött szerződés vagy a biztosító elfogadó nyilatkozata nélkül létrejött kiegészítő fedezet lényeges kérdésben eltér a biztosító Általános és Különös Szerződési Feltételétől, akkor a biztosító a szerződés vagy kiegészítő fedezet létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést vagy a kiegészítő fedezetet az Általános és Különös Szerződési Feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a javaslatot nem fogadja el vagy arra 15 napon belül nem válaszol, akkor a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést vagy a kiegészítő fedezetet 30 napra írásban felmondhatja.

24. A jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon belül – amennyiben az ajánlat elbírálásához egyedi kockázatelbírálásra van szükség, úgy 60 napon belül – nem nyilatkozik feltéve, ha a szerződő annak megtétele előtt a megfelelő tájékoztatást megkapta és az ajánlatot a biztosító által rendszeresített nyomtatványon, a díjszabásnak megfelelően tette. Ebben az esetben a kiegészítő biztosítási szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadásának időpontjára visszamenőleges hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

A jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő biztosítási fedezet akkor is létrejön, ha a biztosító a kiegészítő bizto-

sítási fedezet létrejöttét kezdeményező írásbeli nyilatkozatra 15 napon belül – amennyiben a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező írásbeli nyilatkozat elbírálásához egyedi kockázatelbírálásra van szükség, úgy 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, ha a szerződő annak megtétele előtt a megfelelő tájékoztatást megkapta és a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozatot a biztosító által rendszeresített nyomtatványon, a díjszabásnak megfelelően tette. Ebben az esetben a kiegészítő biztosítási fedezet a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozatnak a biztosító részére történő átadásának időpontjára, visszamenőleges hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

25. A biztosító az ajánlatot vagy a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező írásbeli nyilatkozatot annak átadásától számított 15 napon – egyedi kockázatelbírálás esetén 60 napon – belül írásban elutasíthatja. A szerződő ajánlatának vagy a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező írásbeli nyilatkozatának elutasítását a biztosító nem köteles megindokolni.

26. Amennyiben a kockázatelbírálás alatt biztosítási esemény következne be, úgy a biztosító csak akkor élhet az elutasítás jogával ha erre a lehetőségre az ajánlaton vagy a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozaton a figyelmet kifejezetten felhívta és az ajánlat és a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

A szerződő a biztosítási ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, akkor 60 napig kötvény van.

Ha a természetes személy szerződő adóügyi illetősége és adóazonosító jele nem magyar, illetve ha a jogi személy szerződő adóügyi illetősége és adószáma nem magyar akkor az ajánlat benyújtása során csatolni kell

- a) természetes személy esetén az adóilletőség szerinti ország adóazonosítót tartalmazó dokumentumának másolati példányát,
- b) jogi személy esetén pedig az adó illetőség országa szerinti adóhatóság 30 napnál nem régebbi illetőségigazolásának másolati példányát.

Egyedinek minősül a kockázatelbírálás, ha orvosi vizsgálat szükséges.

27. A szerződés megkötéséhez, valamint a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttéhez és azok módosításához – ha a szerződést nem ő köti meg – a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője kezdeményezi, a szerződés, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A gyámhatóság jóváhagyása szükséges a szerződés meg-

kötéséhez, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttéhez, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú.

A biztosított a szerződés megkötéséhez, illetve a kiegészítő fedezet létrejöttéhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés vagy a kiegészítő fedezet a biztosítási időszak végével megszűnik. A szerződés megszűnésére nem kerül sor, ha a biztosított a szerződésbe belép.

A szerződő kiegészítő életbiztosítási, vagy egészségbiztosítási fedezet létrejöttére vonatkozó kezdeményezése esetén a biztosító jogosult egészségi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését előírni. Az orvosi vizsgálat költségét a biztosító viseli. A biztosított az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményét az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

28. A kiegészítő biztosítási szerződés tartamának kezdete megegyezik az alapbiztosítás tartamának kezdetével.

Ha a kiegészítő biztosítási fedezet az alapbiztosítás létrejötténél későbbi időpontban jön létre, akkor a kiegészítő biztosítási fedezet tartamának kezdete a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét követő hónap első napja.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÉS A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZETEK HATÁLYBALÉPÉSE, A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE

29. A kiegészítő biztosítási szerződés, illetőleg a kiegészítő biztosítási fedezet érvényesen létrejön és hatályba lép az azt követő napon 0 órakor, amikor

- a) a szerződő ajánlatot tesz, vagy
- b) a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat a biztosítóhoz beérkezik.

A biztosítónak a kiegészítő biztosítási szerződésre, illetőleg a kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselése – a várakozási időre vonatkozó rendelkezésekben foglalt eltérésekkel – az ajánlattételt követő napon 0 órakor, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap első napján 0 órakor kezdődik, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítási szerződés, illetőleg a kiegészítő biztosítási fedezet létrejön.

A kiegészítő biztosítási szerződés hatálybalépésének napja megegyezik a szerződő által elsőként választott kiegészítő biztosítási fedezet hatálybalépésének időpontjával.

A jelen szerződési feltétel 24. pontjában rögzített esetben a kiegészítő biztosítási szerződés és fedezet az ajánlatnak, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadásának időpontjában lép hatályba. A biztosító kockázatviselése az ajánlatnak, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozatnak a biz-

tosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjában kezdődik meg, feltéve ha a szerződés létrejön.

A biztosító előzetes fedezetvállalására (a szerződés létrejötté előtti kockázatvállalására) nincs lehetőség.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS BIZTOSÍTOTTAINAK, A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZETEKNEK ÉS A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEKNEK A MEGVÁLTOZTATÁSA

30. A szerződőnek joga van a szerződés tartama alatt tetszőleges időpontban

- a) a kiegészítő biztosítási szerződésben szereplő biztosított biztosítottként való megnevezésének visszavonására, mellyel az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezet a szerződő erre irányuló nyilatkozatának a biztosítóhoz történő beérkezése hónapjának utolsó napjával megszűnik,
- b) új biztosított megjelölésére és rá vonatkozóan új kiegészítő fedezetek létrejöttének kezdeményezésére,
- c) a kiegészítő biztosítási szerződésben szereplő biztosítottra vonatkozóan új kiegészítő biztosítási fedezetek létrejöttének kezdeményezésére,
- d) kiegészítő biztosítási fedezetek megszüntetésére,
- e) a kiegészítő biztosítási fedezetek biztosítási összegeinek megváltoztatására.

31. A 30. b) pont alapján új biztosított kijelölése csak a rá vonatkozó biztosítási fedezet létrejöttével együtt érvényes.

A 30. b), c) és e) pontban foglalt változtatáshoz a biztosított hozzájárulása szükséges.

A főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő életbiztosítási fedezet 30. d) pont szerinti megszüntetésével az Allianz Gondoskodás Programok alapbiztosítási szerződés is megszűnik.

A kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg megváltoztatásával, annak hatályától a kiegészítő biztosítási fedezet havi költsége is változik.

A 30. pontban foglalt változtatások végrehajtására a biztosítási fedezet tartamának kezdetét követő 3 éven belül akkor van mód, ha a változtatást követően a biztosítási fedezet költsége a változtatás előttinél nem kevesebb.

A 30. b) és c) pontban foglalt változtatás végrehajtásához, valamint az e) pontban foglalt változtatás esetén a kiegészítő biztosítási fedezetek biztosítási összegeinek emeléséhez a felek közös megegyezése szükséges. A biztosító 15 napon belül, ha egyedi kockázatelbírálás szükséges, akkor 60 napon belül elbírálja a szerződő kezdeményezését.

A 30. pontban foglalt változtatásokat a szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatban kezdeményezheti.

32. A 30. a) és d) pontban foglalt változtatás végrehajtásáért, annak időpontjában a biztosító jogosult a hatályos „B” jelű Kondíciós lista 5.4. pontjában foglalt költséget érvényesíteni a szerződő egység számláján.

33. A kiegészítő biztosítási szerződés 30. pontban foglalt változtatása az erre vonatkozó igény beérkezését követő hónap első napjától kezdődően hatályos, feltéve, hogy a biztosító az igényt írásban elfogadta. A kiegészítő biztosítási szerződés megváltoztatására vonatkozó igény teljesítéséhez a biztosító elfogadó nyilatkozata nem szükséges a 30. a) és d) pontban foglalt esetben, valamint a biztosítási összeg csökkentése esetén.

A szerződőnek a kiegészítő biztosítási szerződés 30. pontban foglalt változtatására irányuló igényének elutasítását a 25. pontban foglaltak figyelembe vételével a biztosító nem köteles megindokolni.

34. Abban az esetben, ha a szerződő a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő életbiztosítási, vagy egészségbiztosítási fedezetek 30. b), c) vagy e) pontban foglalt változtatására vonatkozóan írásbeli igényt nyújt be a biztosítóhoz, akkor a biztosító az igény elbírálásához jogosult egészségi nyilatkozat kitöltését, vagy orvosi vizsgálat elvégzését előírni. Az orvosi vizsgálat költségét a biztosító viseli. A biztosított az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményét az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

35. Nem tekintendők a szerződés módosításának azok a rendelkezések, amelyekre a szerződőt a jelen szerződési feltételek, a kiegészítő biztosítási fedezetek Különös Szerződési Feltételei, valamint az Allianz Gondoskodás Programok Általános és Különös Szerződési Feltételei feljogosítják, függetlenül attól, hogy a változtatáshoz szükséges-e a biztosító elfogadó nyilatkozata.

A KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

36. A szerződő és a biztosított köteles a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttkor, majd azt követően a szerződés tartama alatt, illetőleg a 30. b), c) és e) pontban foglalt esetekben a biztosítóval a valóságnak megfelelően közölni minden olyan, a biztosítási kockázat elvállalása szempontjából lényeges körülményt, amelyre a biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttkor kérdést tett fel, és amelyet a szerződő, vagy a biztosított ismert vagy ismernie kellett.

37. A biztosítottnak a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttéhez adott hozzájárulása egyben annak a kötelezettségnek a vállalását is jelenti, hogy

- a) a kockázatelbíráláshoz szükséges orvosi vizsgálatoknak aláveti magát,
- b) a közölt adatok ellenőrzését a biztosító részére lehetővé teszi.

38. Az élet- és/vagy egészségbiztosítási kockázat elvállalása szempontjából lényeges kérdésnek minősülnek azok a kérdések, amelyeket a biztosító az orvosi vizsgálat során tesz fel, vagy amelyekre az egészségi nyilatkozatban rákérdez. A szerződő és a biztosított köteles a jelen pontban meghatározott vizsgálat és nyilatkozat megtétele során feltehető kérdésekre adott válaszok változása esetén a biztosítót ezen változásokról 15 napon belül írásban tájékoztatni.

A biztosító a biztosítási kockázat elvállalása szempontjából más lényeges kérdésben is kérhet tájékoztatást a szerződőtől és a biztosítottól. Ilyen lényeges kérdésnek minősül az amerikai adózók nemzetközi azonosítását célzó törvénynek (FATCA) való megfelelés érdekében végzett adatellenőrzés, valamint ügyfél-átvilágítási adatokban bekövetkezett változás.

39. Amennyiben a biztosító a szerződéskötést, illetve az élet- és/vagy egészségbiztosítási fedezet létrejöttét követően szerez tudomást a szerződéskötéskor, vagy a fedezet létrejöttkor már fennállott lényeges körülményről, vagy a lényeges körülményekben, kérdésekben bekövetkezett változásról és ezek a biztosító kockázatának jelentős növekedését eredményezik, úgy a biztosító jogosult a kiegészítő élet- és/vagy egészségbiztosítási fedezetet a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül módosítani vagy azt 30 napra írásban felmondani.

Ha a szerződésben több kiegészítő biztosítási fedezet, vagy több biztosított van, és a biztosító kockázatának jelentős növekedése nem érinti az összes fedezetet vagy biztosítottat, úgy a biztosító csak az érintett fedezetek és biztosítottak vonatkozásában élhet a fenti módosítási vagy felmondási joggal.

Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a kiegészítő élet- és/vagy egészségbiztosítási fedezet a módosító javaslat kézhezvételétől számított 30. napon megszűnik.

A fenti jogkövetkezmények csak akkor alkalmazhatóak, ha ezekre a biztosító a módosító javaslatban a szerződő figyelmét felhívta, és a szerződés vagy az élet- és/vagy egészségbiztosítási fedezet létrejöttétől, valamint a lényeges körülményekben, kérdésekben bekövetkezett változások bejelentésére nyitva álló határidőtől kevesebb, mint 5 év telt el. Az 5 éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

40. A biztosított, illetve a szerződő

- a) a biztosítónak a 38. és a 39. pont szerinti, írásban vagy szóban feltehető kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő és aláírt válaszával, valamint
 - b) telefonon tett nyilatkozatával
- eleget tesz a közlési kötelezettségének. Az orvosi vizsgálat nem mentesíti a közlési kötelezettség megsértésének jogkövetkezményei alól.

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

41. Ha a biztosítónak a 38. és 39. pont szerinti kérdéseire adott tájékoztatás valótlanak bizonyulna (a közlési kötelezettség megsértése), a biztosító fizetési kötelezettsége nem áll be

- a) a kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozóan, illetve
- b) a kiegészítő biztosítási fedezet biztosítási összegének emelésekor az emelés előtti és utáni biztosítási összegek különbözetére vonatkozóan.

Ebben az esetben a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól.

Ha a szerződésben több kiegészítő biztosítási fedezet, vagy több biztosított van, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése nem érinti az összes fedezetet vagy biztosítottat, úgy a biztosító csak az érintett fedezetek és biztosítottak vonatkozásában mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól.

A biztosító fizetési kötelezettsége beáll

a) a kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozóan, illetve
b) a kiegészítő biztosítási fedezet biztosítási összegének emelésekor az emelés előtti és utáni biztosítási összegek különbözetére vonatkozóan, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott, vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttékor vagy a kiegészítő biztosítási fedezet biztosítási összegének emelésekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

42. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosítónak a biztosítási szolgáltatás teljesítésére vonatkozó kötelezettsége, ha a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől, vagy a kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg emelése esetén annak időpontjától a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

43. A közlési, illetőleg a változásbejelentési kötelezettség a szerződőt és a biztosítottat egyaránt terheli, egyikük sem védekezhet olyan körülmény vagy változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre, illetőleg bejelentésre köteles lett volna.

III. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET KÖLTSÉGE

44. A szerződő által választott kiegészítő biztosítási fedezet költségét, mely a biztosító által vállalt szolgáltatás ellenértéke, a biztosító a szerződő egységszámláján elhelyezett, rendszeres díjból képzett egységek számának csökkentésével érvényesíti. A költség levonásának esedékességét és az egységek átváltásának árfolyamát az Allianz Gondoskodás Programok Általános Szerződési Feltételeinek 56. b) pontja tartalmazza.

45. A kiegészítő biztosítási fedezet – a biztosított aktuális életkorától függő – egységnyi költségét a jelen Általános Szerződési Feltételek 2. számú melléklete tartalmazza, amely a szerződés része. A biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet költségét a jövőre nézve egy biztosítási évre határozza meg, a biztosítottra vonatkozó – a jelen Általános Szerződési Feltételek 2. számú melléklete alapján számított – engedménnyel nem csökkentett egységnyi költség a biztosítási éven belül nem változik.

46. A kiegészítő biztosítási fedezet költsége a biztosítót a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől annak megszűnéséig illeti meg.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET KÖLTSÉGÉNEK MINIMUMA, A KÖLTSÉG MÓDOSÍTÁSA

47. A biztosító meghatározza az egy biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezet minimális havi költségét. A kiegészítő biztosítási fedezet költsége nem lehet alacsonyabb a költség esedékességének napján hatályos „B” jelű Kondíciós lista 5.1. pontjában szereplő értéknél. A biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet minimális havi költségét a kiegészítő biztosítási fedezet engedménnyel nem csökkentett költsége alapján állapítja meg.

48. A biztosító jogosult a kiegészítő biztosítási fedezet minimális havi költségét módosítani, a „B” jelű Kondíciós lista módosítására vonatkozó, az Allianz Gondoskodás Programok Általános Szerződési Feltételeinek IX. fejezetében foglalt szabályok szerint.

Amennyiben a „B” jelű Kondíciós lista módosítása következtében, az abban meghatározott minimális költség meghaladja a biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezet(ek) költségét, akkor a biztosító a biztosítottra vonatkozó költséget jogosult a minimális költségre megemelni úgy, hogy a költség(ek összege) megegyezzen a minimális költséggel. Amennyiben a kiegészítő biztosítási szerződésben egy biztosítottra vonatkozóan több kiegészítő biztosítási fedezet van érvényben, akkor az egyes kiegészítő biztosítási fedezetek költsége olyan arányban emelkedik, ahogy az emelt minimális költség a biztosítottra érvényes költséghez aránylik. A biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet(ek) költségének emelésével megegyező arányban, a költség emelésével egy időben, az adott fedezetre vonatkozó biztosítási összeget is megemeli.

A kiegészítő biztosítási fedezet módosított minimális havi költsége a „B” jelű Kondíciós lista változása hatálybalépésének időpontjában lép érvénybe.

A biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet minimális havi költségének változásáról annak hatályba lépése előtt legalább 30 nappal írásban értesíti a szerződőt.

49. Ha a szerződő a 48. pont szerinti értesítésben foglalt emelt minimális havi költséget nem fogadja el, az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezeteket – a Kondíciós lista változásának hatályba lépését megelőző 15. napig, a Kondíciós lista változásának hatályba lépésével – írásban felmondhatja, a jelen Általános Szerződési Feltételek 56. b) pontjában foglaltak szerint.

ENGEDMÉNY A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET KÖLTSÉGBŐL TÖBB BIZTOSÍTOTT ESETÉN

50. Ha a kiegészítő biztosítási szerződésben több biztosítottra is vonatkozik kiegészítő biztosítási fedezet, akkor a 2. számú és sorszámát tekintve minden további biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezetek – 2. számú mellékletben foglalt – biztosítási költsége a költség esedékességének napján hatályos „B” jelű Kondíciós lista 5.2. pontjában szereplő engedménnyel csökken.

51. Amennyiben a kiegészítő biztosítási szerződés tartama során a szerződő rendelkezése alapján vagy egyéb ok miatt az 1. számú biztosítottra szóló kockázatviselés megszűnik és helyére a 2. számú biztosított lép, akkor ez utóbbi biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezet biztosítási költségére a továbbiakban nem érvényes az 50. pontban szereplő kedvezmény.

IV. AZ ÉRTÉKKÖVETÉS

52. A kiegészítő biztosítási fedezetekre vonatkozó biztosítási összeg tekintetében a biztosító évente – amennyiben a kiegészítő biztosítási szerződés tartama a 17. pontban foglaltak szerint meghosszabbodik –, írásban, a szerződés évfordulójától kezdődő hatállyal felajánlja a szerződőnek a biztosítási összeg értékkövetéssel történő emelésének lehetőségét.

53. A szerződőnek lehetősége van a kiegészítő biztosítási fedezetek biztosítási összegének emelését a biztosító által felajánlott értékkövetéstől eltérő mértékben is kezdeményezni, illetve a biztosítási összeg változatlanul hagyásával az értékkövetést elutasítani. Amennyiben a szerződő által megjelölt emelt biztosítási összeg meghaladja a biztosító által felajánlott valamennyi értéket, a biztosító jogosult a szerződő kezdeményezését elutasítani, illetőleg egészségi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését előírni, mely utóbbiak alapján a biztosító dönt az eltérő mértékű emelés elfogadásáról. Az orvosi vizsgálat költségét a biztosító viseli. A biztosított az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményét az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

A kiegészítő biztosítási fedezetek biztosítási összegének emelésével a kiegészítő biztosítási fedezetek költsége is emelkedik, a jelen Általános Szerződési Feltételek 2. számú mellékletében foglaltak szerint.

54. A biztosító – amennyiben a kiegészítő biztosítási szerződés tartama a 17. pontban foglaltak szerint meghosszabbodik – a szerződés évfordulója előtt legalább 45 nappal írásban értesíti a szerződőt az értékkövetés felajánlott mértékeiről és a kiegészítő biztosítási fedezet biztosítási összegének az évfordulótól kezdődően lehetséges változásairól.

A szerződő a biztosító jelen pont szerinti értesítésének kézhezvétele után, a szerződés évfordulóját megelőző 15. napig írásban értesítheti a biztosítót a biztosító által felajánlott mértékű értékkövetés elfogadásáról, attól eltérő mértékű értékkövetés kezdeményezéséről vagy a biztosítási összeg emelésének elutasításáról.

Amennyiben a szerződő a szerződés évfordulóját megelőző 15. napig

- a) írásban értesíti a biztosítót a biztosítási összeg emelésének elutasításáról, vagy
- b) az értékkövetés elfogadásáról, módosításáról vagy elutasításáról írásban nem értesíti a biztosítót, akkor a szerződés évfordulójától kezdődően a kiegészítő biztosítási fedezet költsége – a biztosítási összeg emel-

kedése nélkül – a jelen Általános Szerződési Feltételek 2. számú melléklete szerint kerül megállapításra.

Ha a szerződő ugyan nyilatkozik arról, hogy a biztosító által felajánlott értékkövetést meghaladó mértékben kívánja emelni a biztosítási összeget, azonban a szerződés évfordulójaig a biztosító kérése ellenére nem bocsátja a biztosító rendelkezésére a biztosított által kitöltött és aláírt egészségi nyilatkozatot, vagy a biztosított nem veti alá magát az orvosi vizsgálatnak, akkor a szerződés évfordulójától kezdődően a kiegészítő biztosítási fedezet költsége – a biztosítási összeg emelkedése nélkül – a jelen Általános Szerződési Feltételek 2. számú melléklete szerint kerül megállapításra.

A kiegészítő biztosítási fedezet költsége – a választott fedezet típusától függően – az évfordulótól a biztosított aktuális életkorának megfelelően emelkedhet.

V. MARADÉKJOGOK

55. A jelen szerződési feltételek alapján megkötött kiegészítő biztosítási szerződés maradékjoggal nem rendelkezik, azaz visszavásárlására, díjnémfizetés miatti díjmentesítésére nincs lehetőség.

Tájékoztatjuk, hogy társaságunk a kiegészítő életbiztosítási fedezetre nem vállal tőke-, illetve hozamgaranciát.

VI. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÉS A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZETEK MEGSZŰNÉSE

56. A jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik az alpbiztosítási szerződés megszűnésével.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítás biztosítottjára vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik

- a) annak a hónapnak az utolsó napjával, amikor a biztosított halála bekövetkezett,
- b) a kiegészítő biztosítási fedezet szerződő általi, bármelyik hónap végére írásban történő felmondásával (a felmondási idő 30 nap),
- c) a tartam végén,
- d) a kiegészítő biztosítási szerződésben szereplő biztosított biztosítottként való megnevezésének visszavonásával a 30. a) pont szerint,
- e) a kiegészítő baleset-biztosítási fedezetnek a biztosító részéről bármelyik hónap végére, írásban történő felmondásával (a felmondási idő 30 nap),
- f) a biztosítási időszak végével, ha a biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban visszavonja,
- g) a szerződésnek a biztosított 71. életéve betöltését követő évfordulóján, a kiegészítő életbiztosítási fedezet kivételével,

- h) az 57. és 58. pontban foglalt esetben,
- i) ha a kiegészítő biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált, a lehetetlenülés, érdekmúlás bekövetkezésének napjával,
- j) a kiegészítő biztosítási fedezetek Különös Szerződési Feltételeiben meghatározott egyéb esetekben,
- k) ha a biztosító elfogadó nyilatkozata nélkül létrejött kiegészítő biztosítási fedezet lényeges kérdésben eltér a biztosító Általános és Különös Szerződési Feltételétől, akkor a biztosító a kiegészítő fedezet létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a kiegészítő biztosítási fedezetet az Általános és Különös Szerződési Feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a javaslatot nem fogadja el vagy arra 15 napon belül nem válaszol, akkor a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a kiegészítő biztosítási fedezetet 30 napra írásban felmondhatja. A kiegészítő biztosítási fedezet a felmondást követő 30. nap utáni első napon szűnik meg.
- l) ha a biztosító kockázatviselésének kezdete előtt valamely kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában a biztosítási esemény bekövetkezik, bekövetkezése lehetetlenné válik vagy a biztosítási érdek megszűnik, illetve a biztosító kockázatviselésének tartama alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné válik vagy a biztosítási érdek megszűnik, a lehetetlenülés, érdekmúlás bekövetkezésének napjával.

A g) pontban foglaltak szerint a biztosítottra vonatkozó kiegészítő életbiztosítási fedezet a biztosított 71. életéve betöltését követően is érvényben marad. A fennálló életbiztosítási fedezet(ek)re a továbbiakban a jelen szerződési feltételek érvényes(ek).

A kiegészítő biztosítási szerződésben foglalt egyes kiegészítő biztosítási fedezetek megszűnése – a főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő életbiztosítási fedezet kivételével – nem vonja maga után a kiegészítő biztosítási szerződés megszűnését. A főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő életbiztosítási fedezet megszűnésével a kiegészítő biztosítási szerződés és az Allianz Gondoskodás Program mint alapbiztosítási szerződés is megszűnik.

A kiegészítő biztosítási fedezet megszűnésével a biztosítónak a kiegészítő biztosítási fedezet vonatkozásában fennálló kockázatviselése is véget ér.

A kiegészítő életbiztosítási fedezetet – a biztosító kockázatának jelentős növekedését kivéve – a biztosító nem mondhatja fel.

A kiegészítő egészségbiztosítási fedezetet a biztosító rendszeres felmondással nem szüntetheti meg.

57. Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.

A KIEGÉSZÍTŐ ÉLETBIZTOSÍTÁSI FEDEZET FELMONDÁSA

58. A kiegészítő életbiztosítási fedezetet önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítási fedezet létrejöttéről és a szerződő felmondási jogáról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a kiegészítő életbiztosítási fedezetet írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 15 napon belül a szerződő által a kiegészítő életbiztosítási fedezettel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni. Ennek keretében a biztosító a kiegészítő életbiztosítási fedezetnek a szerződő egységszámlájáról levont költségét téríti vissza, egységszámla-jóváírás formájában. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.

KIZÁRÁSOK

59. Nem biztosítási esemény, ha a biztosított halála, bal-esete vagy betegsége

- a) háborús, polgárháborús vagy harci eseményben, megszállás során, külső ellenség cselekménye során, ellenségeskedés során vagy – hadüzenettel vagy anélkül – végrehajtott hadműveletben, felkelésben, lázadásban, forrongásban, zavargásban vagy népfelkeléshez, népi megmozduláshoz vezető zavargásban, katonai felkelésben, forradalomban való részvétellel összefüggésben,
- b) katonai vagy egyéb hatalomátvitelben, katonai közigazgatás, szükségállapot során vagy bármely olyan eseményben, amely a katonai közigazgatás vagy szükségállapot kihirdetéséhez vagy fenntartásához vezet(kivéve azt az esetet, ha erre hivatali vagy közszolgálati kötelezettség teljesítése miatt került sor),
- c) a biztosított terrorcselekményben való tevőleges részvétele miatt,
- d) közvetlenül vagy közvetve bármely terrorcselekmény következményeként, vagy azzal kapcsolatosan kivéve a jelen pontban foglalt esetekben az ott megjelölt limitekig,
- e) atommag szerkezeti módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból vette igénybe)
- f) atom, biológiai vagy vegyi fegyverek, vagy radioaktív, biológiai vagy vegyi anyagok használatára közvetlenül vagy közvetetten visszavezethető okból, – vállalati telephelyek és más ingatlanok (pl. atomerőmű, újrafeldolgozó üzem, állandó vagy ideiglenes hulladéklerakók, kutató reaktorok, raktárak vagy gyárak), vagy ezek részei, telkek, mozgatható eszközök (pl. szállító vagy tároló konténerek) elleni támadás vagy az ezekbe

törtéző szándékos behatolás miatt, mely radioaktivitás, illetve atom, biológiai vagy vegyi eredetű hadianyagok vagy alkotórészek kibocsátásához vezet,– következett be, vagy a fentiekkel közvetett vagy közvetlen összefüggésben következett be.

Az a) és a b) pont alapján **a biztosító kockázatvállalása nem terjed ki** a közvetlenül vagy közvetve bármely felsorolt esemény által okozott, illetve eseményből eredő, vagy azzal kapcsolatosan bekövetkező bármely természetű káreseményre tekintet nélkül az ahhoz hozzájáruló, egyidejűleg vagy egymást követően bekövetkező okra, vagy eseményre.

A biztosító nem nyújt szolgáltatást az a) és b) pontban felsorolt események megfékezése, megelőzése, elfojtása, csökkentése érdekében kifejtett, vagy azokkal bármilyen kapcsolatban álló tevékenység által közvetlenül vagy közvetve okozott, vagy abból eredő, illetve ahhoz kapcsolódó bármilyen természetű káreseményre.

A c) és a d) pontban szereplő terrorizmus alapján **a biztosító kockázatvállalása nem terjed ki** a közvetlenül vagy közvetve bármilyen terrorcselekmény által okozott, illetve terrorcselekményből eredő, vagy azzal kapcsolatosan bekövetkező bármely természetű káreseményre tekintet nélkül az ahhoz hozzájáruló, egyidejűleg vagy egymást követően bekövetkező okra, vagy eseményre.

Jelen szerződési feltételek szempontjából terrorcselekmény bármely erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális és immateriális javakra, az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politika, vallási, ideológiai, illetve etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

A biztosító nem vállal kockázatot semmilyen káreseményre, amelyet közvetlenül vagy közvetve a terrorcselekmény megfékezése, megelőzése, elfojtása, csökkentése érdekében kifejtett, vagy a terrorcselekménnyel bármilyen kapcsolatban álló tevékenység okozott, vagy abból ered, illetve ahhoz kapcsolódóan következett be.

A d) pontban szereplő terrorizmus alapján a biztosító szolgáltatása teljesítését az **egy terrorcselekményből fakadóan** megsérült, a biztosítónál a terrorcselekmény időpontjában érvényes személybiztosítási szerződéssel rendelkező egy biztosítottra vonatkozóan **legfeljebb 50 000 000 Ft összeghatárig vállalja függetlenül a biztosítási fedezetek biztosítási összegétől**. Amennyiben az összes biztosítottra vonatkozó szolgáltatás eléri a 1 000 000 000 Ft összeghatárt, a biztosító a terrorcselekményben megsérült biztosítottak létszáma alapján biztosítottanként arányosan elosztva vállalja a biztosítási szolgáltatások teljesítését a fent meghatározott összegig. A biztosító által az egyes biztosítottak tekintetében kifizetett összegek már nem kerülnek arányosításra. A biztosító által már kifizetett összeg nem kerül visszakövetelésre.

A d) pontban szereplő terrorizmus alapján a biztosító szolgáltatása teljesítését az egy naptári éven belül terrorcselekményből fakadóan megsérült, a biztosítónál a terrorcselekmény időpontjában érvényes személybiztosítási szerződéssel rendelkező összes biztosítottra vonatkozóan legfeljebb 1 000 000 000 Ft összeghatárig vállalja. Amennyiben az összes biztosítottra vonatkozó szolgáltatás eléri a 1 000 000 000 Ft összeghatárt, a biztosító a terrorcselekményben megsérült biztosítottak létszáma alapján biztosítottanként arányosan elosztva vállalja a biztosítási szolgáltatások teljesítését a fent meghatározott összegig. A biztosító által az egyes biztosítottak tekintetében kifizetett összegek már nem kerülnek arányosításra. A biztosító által már kifizetett összeg nem kerül visszakövetelésre.

A biztosító abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha az f) pontban szereplő támadás vagy behatolás az információs technológia eszközeinek használatával következett be.

60. A kiegészítő életbiztosítási, baleset-biztosítási és/vagy a kiegészítő egészségbiztosítási fedezet esetén a biztosító nem teljesít szolgáltatást, ha a biztosítási esemény a biztosítottnak

- orvosi javallat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt,
- ittas állapotával vagy kábító-, illetve egyéb bódulatot keltő szerek hatása alatti állapotával okozati összefüggésben,
- elme- vagy tudatzavarásával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve baleset-biztosítási és/vagy a kiegészítő egészségbiztosítási fedezet esetén öngyilkossággal, vagy annak kísérletével okozati összefüggésben, kiegészítő életbiztosítási fedezet esetén a fedezet tartamának kezdetétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosságával összefüggésben,
- a testén saját maga vagy hozzájárulásával mások, de nem orvosi szakképzettséggel rendelkező személyek által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodása következtében (kivéve, ha erre valamely biztosítási esemény miatt kerül sor), vagy
- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben,
- jogosítvány nélküli gépjárművezetése miatt, illetve
- hivatásos, vagy amatőr sportolóként gyakorolt sporttevékenység (mérkőzés, verseny, edzés) során elszenvedett balesete, valamint szervezett tömegsport-tevékenység közben történt balesetével (sportbaleset) összefüggésben következett be.

Hivatásos sportoló az, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá megbízási szerződés alapján jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik hivatásos sportolói engedéllyel. Amatőr sportolónak minősül mindenki, aki nem jövedelemszerzés céljából bármely magyarországi, vagy külföldi sportklub, sportszövetség, sportegyesület vagy más sportszervezet által kiállított, a

versenyrendszerben illetve a versenyeken részvételre jogosító, versenyengedélyt is magában foglaló versenyigazolvánnyal rendelkezik.

Szervezett tömegsport-tevékenységnek minősül minden olyan rendezvény, melynek keretében a résztvevők sporttevékenységet végeznek, a rendezvényt nem a szerződő fél szervezi és előzetes nevezéshez vagy bármilyen egyéb előzetes regisztrációhoz kötött.

61. A kiegészítő baleset-biztosítási fedezet vonatkozásában nem terjed ki a biztosító fedezetvállalása a baleset előtt bármely okból már károsodott, sérült, csonkolt, illetőleg funkciójában korlátozott testrészekre, szervekre.

A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

62. A kiegészítő életbiztosítási fedezet vonatkozásában a biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosított halála a kedvezményezett szándékos magatartása miatt következett be. Ebben az esetben a biztosítónak az adott biztosítottra, a jelen Általános Szerződési Feltételek alapján kötött kiegészítő életbiztosításra szóló kockázatviselése a biztosított halála hónapjának utolsó napjával kifizetés nélkül szűnik meg.

63. A biztosítónak a kiegészítő életbiztosítási fedezet vonatkozásában fennálló kockázatviselése a biztosítási szolgáltatás teljesítése nélkül szűnik meg az adott biztosítottra vonatkozóan, ha a biztosított

- szándékosan elkövetett, súlyos bűncselekménye folytán azzal összefüggésben, illetőleg
- a szerződés, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét követő 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg.

64. A kiegészítő baleset-biztosítási fedezet vonatkozásában a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény

- a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye, vagy
- a biztosított olyan balesetével függ össze, amelyet a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó jogellenesen és szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozott.

65. A kiegészítő egészségbiztosítási fedezet vonatkozásában a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény a biztosított olyan sérülésével, betegségével, illetőleg balesetével függ össze, amelyet

- a biztosított szándékosan vagy súlyosan gondatlanul önmagának okozott, ideértve a tudatzavarban való elkövetést is, vagy
- a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó jogellenesen és szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET KÖLTSÉGÉNEK VISSZATÉRÍTÉSE ÉS A VÁRAKOZÁSI IDŐ

66. Ha a kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik, a biztosító a szerződő egységszámláján történő jóváírás formájában, a rendszeres díjak befektetésére szolgáló eszközalapban a levonás napjára érvényes árfolyamon visszatéríti a szerződőnek azt a biztosítási költséget, amelyet az egységszámláról a kiegészítő biztosítási fedezet megszűnése utáni időszak kockázatviselésére, korábban levont.

Életbiztosítás esetén

67. Ha a kiegészítő életbiztosítási fedezet létrejötté, vagy a kiegészítő életbiztosítási fedezet biztosítási összegének emelése esetén a biztosító a kockázatot orvosi vizsgálat nélkül vállalja, majd ezt követően a biztosított halála az adott fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetét, vagy a kiegészítő életbiztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg emelésének hatályát követő 2 hónapon belül (**várakozási idő**) következik be és,

- ha a biztosított nem azonos a főbiztosítottal, akkor – a kiegészítő életbiztosítási fedezet létrejöttét követően a biztosító a kiegészítő életbiztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg kifizetése helyett, az adott biztosítottra szóló kiegészítő életbiztosítási fedezetre addig az egységszámláról levont biztosítási költséget visszatéríti a szerződőnek az egységszámlán történő jóváírás formájában, a rendszeres díjak befektetésére szolgáló eszközalapban
- a kiegészítő életbiztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg emelését követően a biztosító az emelt biztosítási összeg kifizetése helyett, az emelést megelőző biztosítási összeget fizeti ki, valamint az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottra addig az egységszámláról levont biztosítási költséget visszatéríti a szerződőnek, az egységszámlán történő jóváírás formájában, a rendszeres díjak befektetésére szolgáló eszközalapban. A költség visszatérítésével a kiegészítő életbiztosítási fedezet megszűnik.
- ha a biztosított azonos a főbiztosítottal, akkor – a kiegészítő életbiztosítási fedezet létrejöttét követően a biztosító a kiegészítő életbiztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg kifizetése helyett, a főbiztosítottra szóló kiegészítő életbiztosítási fedezetre addig az egységszámláról levont biztosítási költséget hozzáadja az alapbiztosítás alapján teljesítendő kifizetéshez, és ennek összegét fizeti ki az alapbiztosítás kedvezményezettjének,
- a kiegészítő életbiztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási összeg emelését követően a biztosító az emelt biztosítási összeg kifizetése helyett, az emelést megelőző biztosítási összeget fizeti ki, valamint az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, a főbiztosítottra addig az egységszámláról levont biztosítási költséget hozzáadja az alapbiztosítás alapján teljesítendő kifizetéshez, és ennek összegét fizeti ki az alapbiztosítás kedvezményezettjének.

A főbiztosított halálának bejelentésével mind az alpbiztosítási, mind a kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik, az Allianz Gondoskodás Programok Általános Szerződési Feltételeinek 78. a) pontjában és a jelen Általános Szerződési Feltételek 56. pontjában foglaltak szerint.

68. Ha a kiegészítő életbiztosítási fedezet orvosi vizsgálattal jött létre, akkor a fedezetre a 2 havi várakozási idő nem vonatkozik. E fedezet létrejöttére és hatálybalépésére az általános rendelkezések az irányadók.

69. Ha a kiegészítő életbiztosítási fedezet esetén várakozási időn belül következik be a biztosítási esemény, a biztosító a biztosítási szolgáltatást akkor teljesíti, ha a biztosítási esemény baleset vagy heveny fertőző betegség következménye.

A heveny fertőző betegségek felsorolását a jelen Általános Szerződési Feltételek 1. számú melléklete tartalmazza.

70. A **kiegészítő baleset-biztosítási és egészségbiztosítási fedezetre** a biztosító nem alkalmaz várakozási időt.

VII. A SZERZŐDŐ FELEK KÖTELEZETTSÉGEI A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEKÖVETKEZTE UTÁN

71. A kockázatviselés ideje alatt a kiegészítő biztosítási fedezetek Különös Szerződési Feltételei szerint bekövetkezett biztosítási eseményt, annak bekövetkeztétől számított 8 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, csatolni kell a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratokat, valamint lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. Ennek elmulasztása esetén, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak, a biztosító megtagadhatja a kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási szolgáltatás teljesítését.

A biztosítási esemény az alábbi módon jelenthető be:

- személyesen,
- faxon, a +36 (1) 488-1000 számon,
- postai levélben – kérjük ez esetben levelét az alábbi címre küldje meg:
Allianz Hungária Zrt.
Operációtámogatási osztály
1387 Budapest, Pf. 11
- e-mailben, az esz@allianz.hu címre küldött levélben, ha az az e-mail cím, amiről az üzenetet küldték a küldő személyéhez kapcsolt, korábban rögzített cím.

72. A biztosító részére a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges dokumentumokat be kell nyújtani vagy be kell mutatni.

A biztosítási esemény igazolásához, valamint a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez az alábbi dokumentumok benyújtása, illetve bemutatása szükséges:

A. A haláleset bekövetkezését igazoló okiratok

- a) a halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- b) halál esetén a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány (halottvizsgálati bizonyítvány) másolata,

B. Személyazonosító iratok

- a) a közlekedési baleset esetén a járművezető biztosított érvényes jogosítványa, vagy jogosítvány hiányában a vezetésre jogosító irat kiállítására jogosult és illetékes minisztérium által kiadott hivatalos igazolás,
- b) a szolgáltatás igénybevételére jogosult természetes személy személyazonosságát, jogi személy azonosítását szolgáló, igazoló iratok, okiratok, adatok így természetes személy esetén személyazonosító igazolvány vagy útlevél vagy kártya formátumú vezetői engedély és lakcímet igazoló hatósági igazolvány, továbbá adóazonosító dokumentum – pl. adókártya vagy nem magyar adóügyi illetőséggel és nem magyar adóazonosító jellel rendelkező természetes személy esetén az adóilletőség országa szerinti adóazonosítót tartalmazó dokumentum másolati példánya, jogi személy esetén cégjegyzékszámot vagy nyilvántartási számot és adószámot tartalmazó 30 napnál nem régebbi irat, valamint, adóazonosító dokumentum, továbbá nem magyar adóügyi illetőséggel és nem magyar adószámmal rendelkező jogi személy esetén az adóilletőség országa szerinti adóhatóság 30 napnál nem régebbi illetőségigazolásának másolati példánya,
- c) a szolgáltatás igénybevételére jogosult jogi személynevében eljáró természetes személy eljárási jogosultságát igazoló dokumentumok,

C. Hatósági, hivatali okiratok

- a) a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult bármilyen hatósági eljárás, vizsgálat során keletkezett helyszíni szemle jegyzőkönyve, szakvélemény, meghallgatási jegyzőkönyv, hatósági értesítés és igazolás,
- b) a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult közigazgatási eljárás során keletkezett az eljárást lezáró jogerős határozat,
- c) a közlekedési balesettel kapcsolatos hatósági iratok (jogosítvány, forgalmi engedély),
- d) ha a szolgáltatásra jogosult a biztosított örököse, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői vagy bírósági határozat, illetőleg öröklési bizonyítvány másolata,
- e) ha a kifizetés vagy szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőjében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása,
- f) ha a kifizetés igénybevételére jogosult személy gondnokság alatt áll, akkor a képviselőjében eljáró gondnok személyazonosságát igazoló gyámhivatali határozat,
- g) ha külön jogszabály előírja, gyámhivatali engedély a kifizetéshez,

D. Orvosi dokumentumok

- a) a háziorvosi törzskarton és a kezelőkartonok másolata, a szakorvosi és kórházi kezelés dokumentumainak másolata,
- b) Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő és jogelődjei által kiállított igazolások, valamint általa kezelt adatok,
- c) egészségkárosodás esetén az azt igazoló orvosi doku-

- mentumok, azaz az egészségkárosodás bejelentését megelőző utolsó, valamint a baleset bekövetkeztének időpontját követően készült összes orvosi dokumentum, d) kórházi tartózkodást igazoló iratok, a zárójelentések és ambuláns kezelőlapok másolata, e) a boncolási jegyzőkönyv másolata, f) a műtét(ek) részletes leírását tartalmazó műtéti leírás(ok) másolata, g) az ittasági vizsgálat eredményének hivatalos igazolása, h) kábító, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatásának vizsgálatáról készített hivatalos orvosi irat, vagy hatósági határozat, i) orvosi diagnosztikai eljárások dokumentumai (pl. röntgen, MRI, CT), j) égési sérülés bizonyításához orvosi vagy hatósági igazolás (tűzoltósági határozat), k) az orvosi kezeléssel kapcsolatos valamennyi irat másolata,

E. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos dokumentumok

- a) a haláleset utáni orvosi jelentés, b) a biztosítási esemény leírását tartalmazó részletes bejelentés, c) a kiegészítő biztosítási fedezetek Különös Szerződési Feltételeiben előírt iratok, d) meghatalmazott eljárása esetén meghatalmazás, e) adóköteles biztosítási szolgáltatás esetén a biztosító által levonandó adó mértékének megállapításához szükséges dokumentumok,

F. A kifizetéshez szükséges további dokumentumok

- a) azonosítási adatlap, b) nyilatkozat a tényleges tulajdonosról, c) igazolvány és lakcímkártya másolat, d) nyilatkozat kiemelt közszereplői, kiemelt közszereplő közeli hozzátartozói, vagy vele közeli kapcsolatban álló státuszról, e) a kifizetésre vonatkozó utalási rendelkezés, f) nyilatkozat adóilletőségről, g) nem magyarországi adóügyi illetőség esetén a külföldi adóazonosító és az azt tartalmazó dokumentum másolati példánya (adóügyi illetékesség szerinti ország adó- vagy más hatósága által kiállított kétnyelvű igazolás – Certificate of Residency –, mely az adott országbeli adóazonosítót tartalmazza).

G. Örökös részére teljesítendő kifizetéshez szükséges további dokumentumok

- a) A személyes adatok kezelése c. részben megjelölt iratok, az Örökösök adatainak kezelése kapcsán.

Külföldön bekövetkezett káresemény esetén a biztosító a dokumentumok magyar nyelvű – a szolgáltatás jogosultjának költségén elkészített – hiteles fordításának bemutatását kérheti.

A szolgáltatásra való jogosultság elbírálásához benyújtott dokumentumokat a biztosító a biztosított ezirányú kifejezett kérelme hiányában nem köteles visszaküldeni.

Az A-E) pontban felsoroltakon kívül a biztosított a bizonyítás általános szabályai szerint más módon is jogosult a biztosítási esemény igazolására.

73. A biztosító jogosult ellenőrizni a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát, valamint felülvizsgálni a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot. A biztosított tudomásul veszi, hogy az egészségi állapot felülvizsgálatának részét képezheti a biztosító orvosa által végzett vizsgálat.

74. Egyedi esetekben a biztosító független orvosszakértőt is felkérhet véleményadásra.

A biztosító jogosult az adatkezelésre vonatkozó szabályoknak megfelelően megőrizni az általa végeztetett orvosi vizsgálatok leleteit, valamint a biztosítással összefüggő iratokat.

75. A biztosító a biztosítási szolgáltatást (biztosítási összeget) a szolgáltatás iránti igény igazolásához szükséges utolsó irat, okmány kézhezvételét követő 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak. A biztosítási szolgáltatás teljesítésének minősül a banki átutalás, valamint a biztosítottnak, illetve a szolgáltatás jogosultjának kérése esetén, a biztosítónál érvényben lévő más biztosítási szerződés díjára való elszámolás is. A kifizetés napja az az időpont, amikor a fizetendő összeg a biztosító számlájáról utalásra kerül.

Amennyiben a biztosító a kiegészítő biztosítási fedezetekre vonatkozó biztosítási szolgáltatást nem teljesíti – további szükséges iratok bekérése, vagy az igény elutasítása miatt –, akkor arról a szerződőt az igény teljesítésére vonatkozó határidőtől számított 30 napon belül írásban értesíti.

ELÉVÜLÉS

76. A kiegészítő biztosítási szerződésből eredő igények – a kiegészítő biztosítási fedezetek különös szerződési feltételeiben foglalt eltérő rendelkezés hiányában – az igény esedékességétől számított egy év elteltével elévülnek.

Az elévülést nem szakítja meg a követelés teljesítésére irányuló írásbeli felszólítás.

VIII. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

77. A kiegészítő biztosítási szerződés csak az alapszerződési szerződéssel együtt érvényes.

78. A biztosítással összefüggő iratokat, valamint a biztosító által végeztetett orvosi vizsgálatok leleteit a biztosító jogosult megőrizni, az adatkezelésre vonatkozó szabályoknak megfelelően.

79. A személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók megegyeznek az Allianz Gondoskodás

Programok – befektetési egységekhez kötött életbiztosítások – Általános Szerződési Feltételeinek 105. pontjában foglaltakkal.

80. Tájékoztatjuk, hogy az **Allianz Gondoskodás Programokhoz** köthető **kiegészítő biztosítási szerződésre**, és a szerződés keretein belül létrejött **kiegészítő biztosítási fedezetekre** a magyar jog rendelkezései az irányadók.

A szerződés nyelve és a felek közötti kapcsolattartás nyelve magyar.

81. Az Allianz Gondoskodás Programok – befektetési egységekhez kötött életbiztosítások – Általános Szerződési Feltételeiben és Ügyfél-tájékoztatójában szereplő,

- a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlatától való eltérésekről szóló,
- a szerződésre irányadó jogról szóló,
- a biztosítási titokról és a biztosítási titoknak minősülő adatok továbbíthatóságáról szóló,
- a biztosítók közötti adatátadási megkeresésekről szóló, a legfontosabb adózási szabályokról szóló,

- a függő biztosításközvetítőre vonatkozó szabályokról szóló,
- a panaszügyintézésről szóló,
- az Allianz Hungária Zrt.-vel kapcsolatos információkról szóló

szabályok az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosításokra is érvényesek.

82. További információk telefonszolgálatunktól a +36 (1/20/30/70) 421-1-421- es számon kaphatók, valamint honlapunkon a www.allianz.hu címen érhető el. Bízunk benne, hogy tájékoztatónk felkeltette érdeklődését termékeink iránt, és így hamarosan Önt is ügyfeleink között üdvözölhetjük.

Budapest, 2020. április 10.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

ALLIANZ.HU

ALLIANZ GONDOSKODÁS PROGRAMOKHOZ KÖTHETŐ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK

ÉLET- ÉS
SZEMÉLYBIZTOSÍTÁS

Különös Szerződési Feltételek

A KIEGÉSZÍTŐ ÉLETBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (711113)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött kiegészítő életbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett halála.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén, a biztosítási szerződésben

meghatározott és a biztosított halála bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek.

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

4. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2014. október 1.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

A BALESETI HALÁL ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET (741112)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleseti halál esetére szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. Biztosítási esemény a biztosított olyan balesete, melynek következtében a biztosított – a baleset időpontjától számított egy éven belül – meghal.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási eseménynek a kockázatviselési időszakban történő bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezettnek.

4. A 3. pontban foglalt biztosítási összeg felül a biztosító a kedvezményezettnek a biztosítási összeg

a) további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított halála közlekedési baleset következménye,

b) további 100%-át fizeti ki, ha a biztosított halála orvosi-lag igazoltan, égési sérülés közvetlen következménye.

Ha a biztosított halála közlekedési baleset és égési sérülés együttes következménye, akkor a biztosító az a) és b) pontban szereplő szolgáltatás nyújtására egyaránt kötelezettséget vállal.

5. Jelen szerződési feltételek szerint közlekedési balesetnek minősül az a baleset, amelyet a járművel vagy gyalogosként közlekedő biztosított valamely közlekedésben részt vevő jármű balesetével összefüggésben szenved el.

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a halál bekövetkezésének napja.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

6. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2014. október 1.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság, Cg. 01-10-041356

A BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁSRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET (742112)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő balesetbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. Biztosítási esemény a biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkező olyan balesete, melynek következtében – a baleset időpontjától számított két éven belül – a biztosított 10%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenved.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosított baleseti eredetű, maradandó

- teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 200%-át,
- 67%-99% közötti egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg kétszeresének a károsodás mértékével arányos részét,
- 11%-66% közötti egészségkárosodása esetén, a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összegnek a károsodás mértékével arányos részét fizeti ki a biztosítottnak, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseménynek a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

4. A 3. pontban meghatározott biztosítási szolgáltatáson felül a biztosító a kedvezményezettnek a biztosítási szolgáltatás

- további 50%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset következménye,

- további 100%-át fizeti ki, ha a biztosított maradandó egészségkárosodása orvosilag igazoltan, égési sérülés közvetlen következménye.

Ha a biztosított maradandó egészségkárosodása közlekedési baleset és égési sérülés együttes következménye, akkor a biztosító az a) és b) pontban szereplő szolgáltatás nyújtására egyaránt kötelezettséget vállal.

- A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a baleset bekövetkezésének napja.

A BALESETI EREDETŰ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS MÉRTÉKE

6. Az egészségkárosodás mértékét a biztosított foglalkozására tekintet nélkül, a jelen szerződési feltételekben rögzítettek szerint kell megállapítani.

A testrészek egészségkárosodása (térítési százalékkal):

- mindkét szem látóképességének elvesztése, mindkét felkar – alkar vagy kéz – elvesztése, egyik kar vagy kéz, valamint comb vagy lábszár együttes elvesztése (felső végtag plusz alsó végtag csonkolása), mindkét comb elvesztése: 100%,
 - mindkét lábszár elvesztése: 90%,
 - egykomb elvesztése, egyik felkar elvesztése: 80%,
 - egykomb lábszár elvesztése, egyik alkar elvesztése, beszélni való képesség teljes elvesztése, mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése: 70%,
 - jobbkezes jobb kezének, balkezes bal kezének elvesztése (csuklón alul): 65%,
 - jobbkezes bal kezének, balkezes jobb kezének elvesztése (csuklón alul): 50%,
 - egykomb láb teljes elvesztése (boka alatt): 40%,
 - egykomb szem látóképességének teljes elvesztése: 35%,
 - egykomb fül hallóképességének teljes elvesztése: 25%.
- Égési sérülés:

Fok	Kiterjedés	Az egészségkárosodás mértéke
I. fokú: (bőrt, nyálkahártyát épen hagyó égés)	1-20%	0%
	21-30%	15%
	31-50%	30%
	51%-tól	50%

Fok	Kiterjedés	Az egészségkárosodás mértéke
II/1. fokú: (felületes mélységű égés)	1-15%	0%
	16-20%	15%
	21-30%	30%
	31-50%	60%
	51%-tól	100%
II/2. fokú: (átmeneti mélységű égés)	1-5%	0%
	6-10%	15%
	11-20%	30%
	21-30%	60%
	31%-tól	100%
III. fokú: (mélyre terjedő égés)	1-2%	0%
	3-5%	20%
	6-15%	40%
	16-25%	60%
	26%-tól	100%
IV. fokú: (roncsoló égés)	A térítés a szervekre, végtagokra kiterjedő károsodás alapján, a jelen szerződési feltételekben a szervek, végtagok elvesztésére, benuulására, illetőleg funkciókiesésére megállapított egészségkárosodási mértékeknek megfelelően történik.	

Egy szerv részbeni csonkolásánál a térítés mértéke az egyes testrészek elvesztésére vonatkozó, e pontban szereplő térítési százalékok megfelelő hányada.

A biztosító a biztosított egy biztosítási eseményből eredő, többféle fokozatú és kiterjedésű égési sérülése esetén, a maradandó egészségkárosodás mértékét a különböző fokozatú égésekre külön-külön megállapított egészségkárosodási százalékok összeadásával állapítja meg.

7. A maradandó egészségkárosodás mértékét a 6. pontban felsorolt szervek, illetve végtagok elvesztése esetén a szükséges iratok bemutatásától számított 15 napon belül meg kell állapítani. A 6. pontban fel nem sorolt esetekben a maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa állapítja meg, ideértve az egyes szervek, illetve végtagok olyan funkciókiesését, amely nem jár azok elvesztésével.

Az egészségkárosodás mértékének megállapításánál nem a foglalkozással összefüggő munkaképesség-csökkenést, hanem a bármely munka végzésénél egyaránt figyelembe vehető általános funkciókiesést kell értékelni.

8. A baleset-biztosítás alapján kifizetett összeg független a társadalombiztosítási szervek megállapításaitól és szolgáltatásaitól.

9. Egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban, egy biztosítottra vonatkozóan a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás térítése a 100%-os egészségkárosodás esetén járó szolgáltatási összeget nem haladhatja meg.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGSZŰNÉSE

10. A 100%-os egészségkárosodás esetén járó szolgáltatási összeg kifizetése hónapjának utolsó napjával a kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik.

ELÉVÜLÉS

11. A jelen kiegészítő biztosítási fedezetből eredő igények az igény esedékességétől számított két év elteltével elévülnek.

A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE, A TELJESÍTÉS IDEJE

12. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 75. pontjától eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást az egészségkárosodás mértékének 7. pont szerinti megállapításától számított 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

13. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2019. július 10.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

A BALESETI EREDETŰ MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET (744111)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleseti eredetű műtéti térítésre szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. Biztosítási esemény a biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkező olyan balesete, melynek következtében – a baleset időpontjától számított két éven belül – a biztosított balesetből eredő, orvosilag indokolt és szükséges a jelen szerződési feltételek szerinti műtétére kerül sor.

Műtét: Jelen szerződési feltételek alapján műtétnek tekintendő az orvosszakmai szabályok betartásával, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy által elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

3. A biztosító a szolgáltatás szempontjából kis, közepes, nagy, illetve kiemelt műtéteket különböztet meg. A műtétek – kis-, közepes, nagy-, illetve kiemelt műtétek szerinti – besorolását az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 1. számú mellékletét képező műtéti lista tartalmazza. A besorolás a társadalombiztosítási szervek besorolásától független. A műtéti listában nem szereplő beavatkozások besorolását a biztosító orvosa állapítja meg.

A biztosító a biztosított

- kiemelt műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 200%-át,
- nagy műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 100%-át,
- közepes műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 50%-át,

d) kis műtéte esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 20%-át, fizeti ki a biztosítottnak.

A biztosító szolgáltatása biztosítási évenként (azaz két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszakban) legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosa, két egymást követő biztosítási évben a biztosítási összeg ötszöröse lehet.

4. Ha egy baleset miatt több műtéti beavatkozásra is szükség van, akkor a biztosító a legmagasabb besorolású műtét alapján teljesít szolgáltatást. Ha a szolgáltatást követően ugyanazon balesetből eredően a biztosított újabb, a műtéti lista alapján magasabb besorolású műtétet kell elvégezni, akkor a biztosító a korábbi és az újabb műtétre megállapított szolgáltatások különbözetét fizeti ki.

5. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosítotton

- nem baleset miatt végzett plasztikai műtét,
- a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása esetén.

6. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a műtét elvégzésének napja.

A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY BEJELENTÉSE

7. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges:

- a műtétről szóló orvosi dokumentáció,
- fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés.

A biztosított köteles a biztosítási eseményt a szolgáltatáshoz szükséges iratokkal együtt a biztosítónak haladéktalanul bejelenteni. Fekvőbeteg-gyógyintézetben elvégzett műtét esetén, az iratokat legkésőbb a gyógyintézetből való elbocsátást követő 8 napon belül kell benyújtani.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

8. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2016. április 1.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

A BALESETI EREDETŰ CSONTTÖRÉSRE, CSONTREPEDÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BALESET-BIZTOSÍTÁSI FEDEZET (743111)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött csonttörésre, csontrepedésre szóló kiegészítő baleset-biztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. Biztosítási esemény a biztosított kockázatviselési időszakban bekövetkező olyan balesete, melynek következtében a biztosított csonttörést, csontrepedést szenved. A jelen feltételek szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget kifizeti a biztosítottnak.

4. A szerződő által választható biztosítási összeget a biztosító korlátozhatja. A választható legmagasabb biztosítási összeget az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 2. számú melléklete tartalmazza.

A biztosító a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet kapcsán egy biztosított vonatkozásában biztosítási évente legfeljebb egyszer nyújt szolgáltatást.

A jelen kiegészítő biztosítás alapján a biztosító egy balesettel összefüggésben csak egyszer nyújt térítést.

5. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a baleset bekövetkezésének napja.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET LÉTREJÖTTE

6. Abban az esetben, ha a biztosított a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő biztosítási fedezet már létrejött és hatályba lépett vagy a biztosító az adott biztosított a jelen szerződési feltételek alapján már biztosítási szolgáltatást teljesített és a kiegészítő biztosítási fedezet a jelen szerződési feltételek szerint megszűnt, akkor az adott biztosított a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő biztosítási fedezet már nem jöhet létre.

Ha a szerződő ennek ellenére kezdeményezte a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét, akkor a kiegészítő biztosítási fedezetnek az egységszámláról esetlegesen már levont költségét a biztosító a szerződő részére visszatéríti oly módon, hogy az egységszámlán jóváírást teljesít, azaz a költséget a levonás napjára érvényes árfolyamon egység-darabszámmá számítja át, majd az egységszámlán a rendszeres díjak befektetésére szolgáló eszközalapban nyilvántartott egységek aktuális darabszámát az így kapott darabszámmal növeli.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGSZŰNÉSE

7. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben foglalt megszűnési okokon kívül a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával, amikor a második biztosítási esemény bekövetkezik.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

8. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2014. október 1.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

A KRITIKUS BETEGSÉGEKRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (721112)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleseti és betegségi eredetű kritikus betegségekre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. A biztosítási esemény akkor következik be, amikor

- a) a biztosítottnál rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak – a diagnosztizálás időpontjában,
- b) a biztosítottnál szívinfarktust diagnosztizálnak – a szívinfarktus bekövetkezéne a kezelőorvos által megállapított időpontjában,
- c) a biztosítottnál agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak – a diagnosztizálás időpontjában,
- d) a biztosítottot szervátültetést hajtanak végre – a műtét időpontjában,
- e) a biztosítottnál krónikus veseelégtelenség áll fenn, és a beteg a diagnózis megállapításától számított legalább két hónapig tartós dialíziskezeltésre szorul – az első dialíziskezeltés időpontjában,
- f) a biztosítottot szívkoszorúér-műtétet (bypass) hajtanak végre – a műtét időpontjában,
- g) a biztosított AIDS- (HIV-)betegségben megbetegszik – a HIV-betegség megállapításának időpontjában,
- h) a biztosított mindkét szemén olyan mértékben véglegesen elveszti a látását, hogy teljes vakság alakul ki, és ezzel kapcsolatban a vakok személyi járadékának vagy a fogyatékossági támogatás rendszeres kifizetését igazoló, a kifizetés kezdetétől számított harmadik pénzügyi bizonylat kiadása is megtörténik – a bizonylat kiadásának időpontjában,
- i) a biztosított betegség vagy baleset miatt legalább az egyik végtagját elveszti a következők szerint: legalább az egyik felkarnak a teljes könyökízületet is magába foglaló amputációja, illetve legalább az egyik lábának a teljes térdízületet is magába foglaló amputációja folytan – az amputációs műtét időpontjában,
- j) a korábban már diagnosztizált, a központi idegrendszer fehérállományának göccos pusztulásával járó, szakszosan lezajló sclerosis multiplex esetén a biztosítottnál már a betegség olyan stádiumát állapították meg,

hogy kialakult az átmenetileg sem javítható, kizárólag a sclerosis multiplex okozta járás- vagy egyéb idegrendszeri zavar (például látóideg-gyulladás, érzészavarok, pszichés zavarok), amely miatt a biztosított a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény, és e törvény felhatalmazásából megalkotott jogszabályok alapján „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra válik jogosulttá – a fent megjelölt jogszabályokban kijelölt szerv/szervek által kiállított a megváltozott munkaképességű személyek ellátására való jogosultságot megállapító, valamint az egészségi állapotot meghatározó hivatalos irat kiadásának időpontjában,

- k) a biztosított 26%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű II. fokú, illetve 16%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű III. fokú, illetve 6%-os vagy ennél magasabb százalékos kiterjedésű, illetve végtag vagy szerv funkcióját maradandóan és 51%-os vagy ennél nagyobb százalékos kiterjedésű IV. fokú égési sérülést szenved – a sérültet ellátó kórházi osztályon történő kezelés befejezése után, a sérülés fokát és százalékos kiterjedését is feltüntető zárójelentés kiadásának időpontjában, illetve végtagi funkciót is károsító sérülésnél a biztosított baleseti orvosszakértője által megállapított 51 százalékos vagy ennél nagyobb mértékű maradandó kár megállapításakor,

feltéve, hogy a biztosítási esemény – és a biztosítási eseményhez vezető baleset, vagy betegség is – a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be, és bekövetkezésének időpontját követően a biztosított legalább egy hónapig – a c) pontban szereplő biztosítási esemény esetén legalább két hónapig – életben van.

Előzménynek tekintendő az ajánlattétel előtt már meglévő olyan betegség, vagy elváltozás, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésbe hozható.

A BETEGSÉGEK DEFINÍCIÓI

3. a) Rosszindulatú daganat: A rosszindulatú sejtek befolysolhatóan növekedése és behatolása más szövetekbe. A közismert, ún. „rákos” megbetegedéseken kívül biztosítási eseményként ilyenek minősülnek a leukémiák (kivéve a krónikus limphoid leukémiát) és a limfómák is. Nem minősülnek biztosítási eseménynek a nem invazív, helyi rákos megbetegedések (carcinoma in situ), valamint a bőrrák, kivéve a malignus melanoma.
- b) Szívinfarktus: A vérkeringésnek a szívizom körülírt részén

- történt elakadása következtében kialakult helyi szív-izomelhalás. A biztosítási eseménynek minősülő szívinfarktus diagnózisának a következő együttesen fennálló tényeken kell alapulnia:
- típusos mellkasi fájdalom,
 - friss és szívinfarktust bizonyító EKG-eltérés,
 - a szívizomelhalást jelző specifikus enzimek felszaporodása a vérben.
- c) Agyi érkatasztrófa: A diagnózis felállításától számított 60 nap után is észlelhető, maradandó idegrendszeri tüneteket okozó agyi értörtetés, amelyhez a következő kórképek sorolhatók:
- az agyszövet elhalása érelzáródás következtében (trombózis),
 - koponyán belüli vérzés, a baleseti eredetű kivételével,
 - koponyán kívüli forrásból származó agyembólia, a baleseti eredetű kivételével.
- d) Szervátültetés: Szervátültetésnek minősül a biztosítottnak első alkalommal végzett szervátültetés, vagy egyidejű szívés tüdőátültetés, vagy májtranszplantáció, vagy veseátültetés, feltéve, hogy a szervet a biztosított kapja. Az itt felsoroltakon kívül más szerv vagy szövet átültetésére nem terjed ki a kockázatviselés.
- e) Krónikus veseelégtelenség: Krónikus vesebetegségek, illetve urológiai betegségek miatti veseperitoneális szövődményekben kialakult olyan súlyos, IV. stádiumú, terminális veseműködési elégtelenség (a vér serumkreatinin-szintje tartósan 800-900 mikromol/l vagy ezen érték feletti), aminek következtében a beteg folyamatos vesefunkciópótló kezelést (krónikus dialysis: peritoneális – hasüregi – dialysis, vagy haemodialysis, azaz művesekezelés) nélkül rövid időn belül meghalna.
- f) Szívkoszorúér-műtét: A szívizom súlyos vérellátási zavarát okozó szívkoszorúér- szűkület áthidalását (megkerülését: bypass) szolgáló műtét a beteg testéből kivett érdarabnak (graft), vagy más ér pótló anyagnak a szív érrendszerébe történő beültetésével, amivel a szív vérellátása tartósan kielégítővé válik.
- g) AIDS- (HIV-) betegség: Olyan betegség, amely a HIV-fertőzött (HIV-pozitív, BNO10:Z21) személynél a HIV-fertőzöttség talaján fellépő fertőző és parazitás betegséget és/vagy rosszindulatú daganatot és/vagy egyéb, a HIV-fertőzöttséggel összefüggő betegségi tüneteket eredményez (BNO10:B20-B23). Nem terjed ki a kockázatviselés az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező szerzett immunhiányos szindrómára (AIDS) és az ezzel összefüggő, az előző bekezdésben meghatározott betegségeket még nem eredményező egészségi állapotváltozásokra (AIDS related complex, ARC) (BNO10:B24); (BNO – Betegségek Nemzetközi Osztályozása).
- h) Teljes vakság: Teljes vaksnak minősül, ha a biztosított látása mindkét szemén olyan mértékben megromlott, hogy a szemész szakorvosi véleményen alapuló hatósági határozattal megállapítottan véglegesen jogosulttá válik a vakok személyi járadékára vagy a fogyatékosági támogatásra, és látása semmilyen orvosi beavatkozással – például műtéttel – nem javítható.
- i) Nagy végtag-amputáció: A végtag-amputáció a beteg vagy roncsolt végtag sebészeti eltávolítását jelenti. Az ezt követően bármilyen gyógyászati segédeszközzel –

például művégtaggal – történő bármilyen rehabilitáció nem módosítja a végtag-amputáció biztosítási eseményként való minősítését.

- j) Sclerosis multiplex: Biztosítási eseményként történő minősítése csak a betegség véglegesen súlyossá válását kimondó olyan szakvélemény figyelembevételével történhet, amelyben a sclerosis multiplex okozta tünetek megállapítása szakvizsgálati leletekben leírt szervi elváltozások diagnosztizálásán alapul.
- k) Nagy égési sérülés: Égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület vagy gőz), illetve elektromos áram által kiváltott élő szöveti sérülés (a napsugárzás okozta vagy bármilyen más sugárzás – például röntgen, radioaktivitás, lézer, mikrohullám – által okozott sérülés és egyéb hőhatás okozta károsodás is – például a hőguta – kizárva).

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

4. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:

Kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg
1 hónap	5%-a
2 hónap	10%-a
3 hónap	50%-a
4 hónap	75%-a
5 és ennél több hónap	100%-a

A jelen egészségbiztosítási fedezet biztosítási összegének emelése esetén az emelés hatályától számított 2 hónapig a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást. Ezen túlmenően a biztosító az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottra addig az egységszámláról levont biztosítási költséget visszatéríti a szerződőnek az egységszámlán történő jóváírás formájában.

5. A biztosító a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet kapcsán egy biztosított vonatkozásában egyszer és legfeljebb egy – a 3. pontban meghatározott – betegség esetén nyújt szolgáltatást akkor is, ha több betegség együttesen lép fel.

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.

A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY BEJELENTÉSE

6. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Fel-

tételeiben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatása szükséges:

- a) Rosszindulatú daganat esetén, a szövetszövetminta-vizsgálat alapján felállított orvosi diagnózis, a szövetszövetminta-vizsgálat leírásával.
- b) Szívinfarktus esetén:
 - a típusos mellkasi fájdalom leírása a vele járó kísérő tünetekkel,
 - friss és a szívinfarktust bizonyító EKG-eltérést mutató lelet,
 - a szívizomelhalást igazoló specifikus enzimeknek a vérben való felszaporodását bizonyító lelet.
- c) Agyi érkatasztrófa esetén szakorvosi vélemény, amely igazolja az idegrendszeri károsodás 60 napon túli fennállását.
- d) Szervátültetés esetén az azzal kapcsolatos összes orvosi dokumentáció az indikációt igazoló vizsgálati eredményekkel együtt.
- e) Krónikus veseelégtelenség esetén a betegség IV. stádiumát és a 60 napon túl is folyamatosan szükséges dialíziskezelést igazoló szakintézeti orvosi szakvélemény.
- f) Szívkoszorúér-műtét esetén a bypass műtét elvégzését igazoló orvosi dokumentáció.
- g) AIDS- (HIV-) betegség esetén az orvosi diagnózis, melynek felállítása a fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbetegosztályán történt.
- h) Teljes vakság esetén:
 - a hatósági eljárás alapját képező szemész szakorvosi vélemény,
 - a vakok személyi járadékára vagy a fogyatékossági támogatásnak való jogosultságot megállapító jogerős hatósági határozat,
 - a vakok személyi járadékának vagy a fogyatékossági támogatásnak első, majd ezt követően még két ízben történő kifizetését igazoló pénzügyi bizonylat.
- i) Nagy végtag-amputáció esetén a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció.
- j) Sclerosis multiplex esetén a betegségnek a biztosítási eseményt jelentő előrehaladott stádiumát megállapító fekvőbeteg-gyógyintézet neurológiai osztálya által kiadott zárójelentés, valamint a 2011. évi CXCI. törvény és e törvény felhatalmazásából megalkotott kormány-

rendeletek alapján felhatalmazott szerv/szervek által kiállított hivatalos iratok, melyek igazolják a biztosított rokkantsági ellátásra való jogosultságát, továbbá az egészségi állapot mértékének meghatározását.

- k) Égési sérülésnél a biztosítottat ellátó fekvőbeteg-gyógyintézet által kiadott olyan zárójelentés, amely az égési sérülés százalékos kiterjedését, valamint a végtagnak vagy szervnek a véglegesen megállapított és százalékban is kifejezett funkciókárosodását is leírja.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGSZŰNÉSE

7. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben foglalt megszűnési okokon kívül a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával, amikor a biztosítási esemény bekövetkezik.

A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE, A TELJESÍTÉS IDEJE

8. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 75. pontjától eltérően a biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosított 2. pontban meghatározott napon való életben létének vagy a szolgáltatás iránti igény bejelentéséhez szükséges utolsó irat kézhezvételének napja közül a későbbi időponttól számított 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

9. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2019. július 10

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

A ROKKANTSÁGI ELLÁTÁS ESETÉRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (722111)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött rokkantsági ellátás esetére szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alpbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. Biztosítási esemény akkor következik be, ha a biztosított balesetből vagy betegségből eredően „D” vagy „E” kategóriás besorolású rokkantsági ellátásra való jogosultságot szerez a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény, és e törvény felhatalmazásából megalkotott jogszabályok alapján. A biztosítási esemény bekövetkezésének feltétele, hogy a rokkantsági ellátásra való jogosultságot, valamint az egészségi állapot mértékét a fenti jogszabályokban kijelölt szerv/szervek a baleset, vagy betegség bekövetkeztétől számított két éven belül megállapítja/megállapítják, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESÉGÉNEK IDŐPONTJA

3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:

Kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg
1 hónap	5%-a
2 hónap	10%-a
3 hónap	50%-a
4 hónap	75%-a
5 és ennél több hónap	100%-a

A jelen egészségbiztosítási fedezet biztosítási összegének emelése esetén az emelés hatályától számított 2 hónapig a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást. Ezen túlmenően a biztosító az emelést követő és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére, az adott biztosítottra addig az egészség számláról levont biztosítási költséget visszatéríti a szerződőnek az egészség számlán történő jóváírás formájában.

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.

A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY BEJELENTÉSE

4. A biztosítási esemény igazolásához, valamint a biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez – az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt dokumentumokon túl – a biztosító rendelkezésére kell bocsátani a 2011. évi CXCI. törvény és e törvény felhatalmazásából megalkotott kormányrendeletek alapján felhatalmazott szerv/szervek által kiállított hivatalos iratokat, melyek igazolják a biztosított rokkantsági ellátásra való jogosultságát, továbbá az egészségi állapot mértékének meghatározását.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGSZŰNÉSE

5. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben foglalt megszűnési okokon kívül, a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor a) a biztosítási esemény bekövetkezett, vagy b) a biztosított nyugdíjba vonult.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

6. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2014. október 1.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság, Cg. 01-10-041356

A MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (723111)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleseti és betegségi eredetű műtéti térítésre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – balesetből vagy betegségből eredő, orvosilag indokolt és szükséges, a jelen szerződési feltételek szerinti – műtéte azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

3. Jelen szerződési feltételek alapján műtétnek tekintendő az orvosszakmai szabályok betartásával, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy által elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

4. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:

A jelen egészségbiztosítási fedezet biztosítási összegének emelése esetén az emelés hatályától számított 2 hónapig a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást.

5. A műtétek – kis-, közepes, nagy-, illetve kiemelt műtétek szerinti – besorolását az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 1. számú mellékletét képező műtéti lista tartalmazza. A besorolás a társadalombiztosítási szervek besorolásától független. A műtéti listában nem szereplő beavatkozások besorolását a biztosító orvosa állapítja meg.

6. A biztosító szolgáltatása biztosítási évenként (azaz két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszakban) legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosa, két egymást követő biztosítási évben a biztosítási összeg ötszöröse lehet.

7. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-70. pontjaiban felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást, a biztosítotton

- nem betegség, vagy nem baleset miatt végzett plasztikai műtét,
- betegség miatt végzett, bármilyen kis- és közepes műtétnek minősülő fogászati, szájsebészeti beavatkozás,
- diagnosztikus célból végzett bármilyen beavatkozás, beleértve a kimetszéseket, az endoscopos, vagy punkciós mintavételeket, a katheteres vizsgálatokat is,

Kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százaléka			
	Kiemelt műtét	Nagy műtét	Közepes műtét	Kis műtét
1 hónap	10%	5%	2,5%	1%
2 hónap	20%	10%	5%	2%
3 hónap	100%	50%	25%	10%
4 hónap	150%	75%	37,5%	15%
5 és ennél több hónap	200%	100%	50%	20%

- d) nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítás,
- e) a Műtéti lista V. pontja szerint „nem térítendő műtétnek” minősülő beavatkozás végrehajtása esetén.

A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.

A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY BEJELENTÉSE

8. A biztosított köteles a biztosítási eseményt a szolgáltatáshoz szükséges iratokkal együtt a biztosítónak haladéktalanul bejelenteni. Fekvőbeteg-gyógyintézetben elvégzett műtét esetén, az iratokat legkésőbb a gyógyintézetből való elbocsátást követő 8 napon belül kell benyújtani.

9. A szolgáltatás iránti igény elbírálásához az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások

Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt dokumentumokon túl szükséges a műtétről szóló orvosi dokumentáció, fekvőbetegként történő gyógykezelés esetén a gyógykezelésről kiadott fekvőbeteg-gyógyintézeti zárójelentés.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

10. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2015. december 15.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

A KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (728111)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleseti és betegségi eredetű kórházi napi térítésre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelésének megkezdése, a baleset vagy betegség bekövetkezését követő egy éven belül, azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek, vagy betegségnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

Fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelés: Jelen szerződési feltételek alapján fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésnek tekintendő az aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) történő gyógykezelés. Aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) olyan fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályok (részlegek, ágyak) értendők, amelyeken az orvosi szakterületenként szervezett osztályok, részlegek (pl. belgyógyászat, sebészet stb., de ide sorolandók az intenzív osztályok, részlegek is) állandó és folyamatos, aktív orvosi és ápolási ellátást igénylő betegeket látnak el.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

3. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást:

Kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg
1 hónap	5%-a

Kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt időtartam	Szolgáltatás mértéke, a baleset vagy betegség bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg
2 hónap	10%-a
3 hónap	50%-a
4 hónap	75%-a
5 és ennél több hónap	100%-a

A biztosítási összeg emelése esetén, ha a biztosítási esemény az emelés hatályától számított 2 hónap alatt következik be, akkor a biztosító az emelést megelőző biztosítási összeg alapján nyújt szolgáltatást.

4. A kiegészítő biztosítási fedezet önrésszel köthető. Az önrész az a szerződő által választott és a szerződésben napokban meghatározott időtartam, amelyre a biztosító nem nyújt szolgáltatást. A választható önrész időtartamát (napok számát) az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 2. számú melléklete tartalmazza.

5. A kórházi napi térítést a 2. pont szerint megkezdődött fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodás kezdetének napjától a gyógyintézeti tartózkodás befejezésének napjáig, a gyógyintézeti tartózkodás önrésznapokkal csökkentett, naptári napokban számított időtartamára nyújtja a biztosító.

A biztosító biztosítási eseményenként legfeljebb 90 napra nyújt kórházi napi térítést. A biztosító egy biztosítási évben legfeljebb 180 napra, két egymást követő biztosítási éven belül pedig legfeljebb 200 napra nyújt szolgáltatást.

A biztosító nem teljesít kórházi napi térítést azokra a napokra, amelyeken

- a biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy
- a fekvőbeteg-gyógyintézetben tartózkodás – annak kezdő és befejező napját kivéve – 24 óránál rövidebb.

A biztosító – betegség vagy baleset esetén – terhelességenként maximálisan 14 napra nyújt szolgáltatást.

6. A biztosító a kórházi napi térítés összegét úgy számítja ki, hogy a biztosítási esemény 5. pont szerinti napjainak

számát megszorozza a biztosítási esemény bekövetkezésének napján érvényes biztosítási összeggel.

7. Ha a 2. pont szerint megkezdődött gyógykezelés időtartama alatt olyan újabb betegség vagy baleset következik be, amely ugyancsak orvosilag indokolt és szükséges fekvőbeteg-gyógykezeléssel jár, akkor ez – a biztosító térítésének mértéke és az önrész szempontjából – új biztosítási eseménynek minősül. Ennek feltétele, hogy az újabb betegség vagy baleset miatt a fekvőbeteg-gyógykezelés időtartama hosszabb a korábbinál, kivéve, ha az újabb betegség vagy baleset okozati összefüggésben áll az előző biztosítási eseményt megalapozó betegséggel vagy balesettel.

8. A biztosító az alábbi esetekben is teljesít szolgáltatást a biztosított – saját jogán történő, baleset vagy betegség miatt orvosilag indokolt és szükséges – fekvőbeteg-gyógyintézetben történő folyamatos gyógykezelése alapján, feltéve, ha a fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésre a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével kerül sor

- a) terhesség,
- b) szülés,
- c) fogászati kezelés,
- d) fogászati protézisek készítése,
- e) állkapocs-ortopédiai, illetve állkapocs-sebészeti beavatkozás(ok).

9. A biztosító – az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-70. pontjaiban felsorolt eseteken túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a biztosított

- a) nem orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítása,

- b) krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegesen, ágyon) való ellátása,
- c) pszichiátriai intézetben (illetve igazoltan pszichiátriai ágyon) való ellátása,
- d) alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodása,
- e) terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúra kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása,
- f) fizioterápiás, fizioterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése esetén.

10. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

11. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2017. július 1.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

AZ ORVOSI ELLÁTÁSRA SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (725111)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alpbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári Törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet részét képezi és az Allianz Orvosi Call Center feltétel a jelen szerződési feltételekkel együtt alkalmazandó.

A közlési és változásbejelentési kötelezettség tekintetében az Általános Szerződési Feltételekben foglalt, a biztosítóra vonatkozó szabályok az ellátásszervezőre is érvényesek. A közölt adatokat az ellátásszervező is jogosult ellenőrizni.

FOGALMAK

2. **Egészségügyi szolgáltatás:** Az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenység.

Egészségügyi szolgáltató: A tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.

Ellátásszervező: Az az egészségügyi szolgáltató, amely a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja.

A biztosítóval szerződött ellátásszervező neve, címe, telefonszáma:
Teladoc Hungary Kft.
1092 Budapest Köztelkek u. 6.
Tel: +36-1-461-1555

Az ellátásszervezés szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak: munkanapokon 8.00-20.00 óra között

Vizsgálat: Az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, a betegségek, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének megállapítása.

Szűrővizsgálat: Olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy körmegeelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.

A BIZTOSÍTOTT

3. Biztosított az a természetes személy, akinek a személyére a biztosító kockázatviselése fennáll. A biztosított belépési kora a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttékor 2-61 év között lehet.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

4. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően a jelen szerződési feltételek szerint indokolt orvosi ellátásra van szüksége.

5. Jelen szerződési feltételek alapján orvosi ellátásnak minősül az orvosszakmai szabályok betartásával, a jelen szerződési feltételekben meghatározott

- a) egészségügyi szakterületeken történő, orvosi szakképesítéssel rendelkező személy által elvégzett járóbeteg szakellátás, valamint
- b) diagnosztikai vizsgálat, melyet orvosi szakképesítéssel rendelkező személy, vagy javaslatára más erre feljogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy végez.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

6. A biztosító – az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 13. pontjától eltérően – arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – **időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett** szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak.

I. Járóbeteg szakellátás az alábbi szakterületeken:

- Belgyógyászat
- Bőrgyógyászat
- Csecsemő- és gyermekgyógyászat
- Diabetológia
- Endokrinológia
- Érsebészet
- Fül-orr-gégészet
- Gastroenterológia (ezen belül rectoscopya, colonoscopya, gastroscopya is)
- Kardiológia (ezen belül nyugalmi EKG, terheléses EKG, holter EKG)
- Neurológia
- Nőgyógyászat
- Ortopédia
- Sebészet
- Szemészet
- Tüdőgyógyászat
- Urológia

II. Labor diagnosztika az alábbiak szerint:

- Teljes vércék
- Vérsüllyedés
- Teljes vizelet
- Májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt))
- Vérzsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid)
- Vércukor, vércukor terhelés
- Húgysav
- Vesefunkció (KN, Creatinin)
- Se vas, transferrin, TVK
- Ionok (Na, K, Ca)
- HbA1c
- Pajzsmirigy funkció (TSH, T3, T4, anti-TPO, anti-TG)

III. Képalkotó diagnosztika:

- Röntgen
- Ultrahang

IV. Nagy értékű diagnosztika:

- CT
- MR
- Pet CT
- Cardio CT.

Az I. k) pontban szereplő nőgyógyászati ellátás magába foglalja

- a cytológiai vizsgálatot is, évente egy alkalommal, továbbá
- a biztosított várandóssága esetén elvégzendő orvosi vizsgálatok közül a tartam első 6 hónapjában legfeljebb egy vizsgálatot, 20 000 Ft értékben, a továbbiakban legfeljebb négy vizsgálatot évente, alkalmanként legfeljebb 20 000 Ft értékben.

A 6. pontban szereplő ellátások tekintetében a biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt első 2 hónapban bekövetkező biztosítási esemény esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást

- az I., II. és III. pontban szereplő ellátások közül legfel-

- jobb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 15 000 Ft értékben, vagy
- a IV. pontban szereplő ellátások közül legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 50 000 Ft értékben.

7. A biztosító szolgáltatása kiterjed a jelen pontban szereplő, – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – **időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett** alábbi szolgáltatások nyújtására is.

Szűrővizsgálat (opcionális):

- nőgyógyászat vagy
- urologia vagy
- labor (vércék, vizelet, vércukor, vérzsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid), májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt), vese funkció (KN, Creatinin) vagy
- d) hasi ultrahang.

Az a)-d) pontban szereplő szűrővizsgálatok közül – a biztosított választása szerint – a jelen szerződési feltételek alapján két évente legfeljebb egy vizsgálat vehető igénybe.

A szűrővizsgálatokat kizárólag a biztosított veheti igénybe.

8. A 6. és 7. pont szerinti szolgáltatások kizárólag az ellátásszervező által szervezett ellátásokra vehetők igénybe.

Az ellátásszervező lehetőség szerint a vele szerződött egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg a biztosított ellátását. Amennyiben az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató, akkor az ellátásszervező más, vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatónál biztosít lehetőséget az ellátás igénybevételére.

A biztosító a biztosítási szolgáltatásnál meghatározott időpontban nyújtja a szolgáltatást.

9. Az ellátásszervező – az ellátás megszervezését megelőzően – értesíti a biztosítottat, ha az igényelt ellátás, illetve az ellátás költségének figyelembe vételével a szolgáltatások értéke meghaladná a jelen szerződési feltételek szerinti valamely limitet.

A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokat a biztosított saját költségére veheti igénybe. A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokra a biztosító nem szervez ellátást.

10. A biztosított a jelen kiegészítő biztosítási fedezet alapján pénzügyi szolgáltatásra nem jogosult.

Tekintettel arra, hogy a jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet a 6. és 7. pontban foglalt szolgáltatásokat foglalja magába, **az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítási fedezetek Általános Szerződési feltételeinek biztosítási összegre vonatkozó rendelkezései a fedezetre nem érvényesek**, azaz az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek

- a) 13. és 14. pontjában foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet esetében nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,
- b) 15. pontjában foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet tekintetében a szolgáltatást, illetve az erre vonatkozó limiteket a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- c) 16. pontjában foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet esetében a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek emelésére nem kerül sor,
- d) 48. pontjában foglaltaktól eltérően a biztosítottra vonatkozó, a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet költségének – a „B” jelű Kondíciós listában foglalt minimális havi költség változása következtében történő – emelése esetén a fedezet szolgáltatása nem emelkedik,
- e) IV. fejezetében (Az érték követés) foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek érték követéssel történő emelésére.

11. A jelen szerződési feltételekben szereplő szolgáltatásokra vonatkozó limitek emelkedhetnek, ha a kiegészítő biztosítási fedezet költsége emelkedik.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET LÉTREJÖTTE

12. A kiegészítő biztosítási fedezet létrejöhet az alapbiztosítás létrejöttével egyidejűleg vagy annak tartama alatt, a szerződés valamely évfordulójával.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGVÁLTOZTATÁSA

13. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 30. pontjában foglaltaktól eltérően a szerződőnek a jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet

- a) biztosítottjának visszavonására a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével van lehetősége, mellyel az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezet a szerződő erre irányuló nyilatkozatának a biztosítóhoz történő beérkezése hónapjának utolsó napjával megszűnik,
- b) megszüntetésére a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével van lehetősége.

Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 30. pontjában foglaltaktól eltérően a szerződőnek a jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet tartama alatt **nincs lehetősége**

- a) új biztosítottra vagy a kiegészítő biztosítási szerződésben szereplő biztosítottra vonatkozóan új orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet **létrejöttének az évfordulótól eltérő hónapfordulóra eső kezdettel történő kezdeményezésére,**

- b) az orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet szolgáltatásának, illetve a szolgáltatásra vonatkozó limiteknek a megváltoztatására.

A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY BEJELENTÉSE, A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESÉGÉNEK IDŐPONTJA ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

14. A biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon, illetve az ellátásszervező kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével írásban jelenti be.

15. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon bejelenti.

16. A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat aláírásával tudomásul vette, hogy a jelen kiegészítő fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezeli és – meghatározott gyakorisággal – az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja. Az adatok köre:

- szerződésszám,
- kiegészítő biztosítási fedezet tartamának kezdete,
- szerződő és biztosított neve,
- biztosított neme,
- biztosított édesanyja neve,
- biztosított születési helye és ideje,
- biztosított partner kódja,
- biztosított címe,
- biztosított e-mail címe,
- biztosított mobiltelefonszáma.

A szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat aláírásával tudomásul veszi, hogy az ellátásszervező a vele szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek, valamint – amennyiben az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató – az ellátásszervezővel szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatók számára továbbítja a biztosított alábbi adatait:

- neve,
- születési ideje,
- címe,
- mobiltelefonszáma, továbbá
- különleges (azaz egészségi) adatai.

A szerződő és a biztosított kérésére az ellátásszervező tájékoztatást ad azon egészségügyi szolgáltatók személyéről, akik a szolgáltatásban közreműködtek.

A szolgáltatás teljesítése érdekében a biztosító a biztosított által feltett kérdéseket továbbítja az ellátásszervező részére,

és a kérdésekre adott válaszokat az ellátásszervező a biztosított által megadott e-mail címre vagy postai címre küldi meg.

17. A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát valamint a Gondoskodás Program szerződés szerződőjét.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- a Gondoskodás Program szerződés szerződésszáma,
- a biztosított neve,
- a biztosított édesanyjának neve,
- a biztosított születési ideje.

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során az ellátásszervező minden esetben azonosítja a biztosítottat.

Az ellátásszervező által megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele során az egészségügyi szolgáltató azonosítja a biztosítottat. Ha a biztosított személye nem azonosítható, akkor az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét az ellátás alkalmával a biztosított fizeti.

18. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:

- a) orvosi beutaló a 6. pontban szereplő ellátásokra (kivéve nőgyógyászat, orr-fül-gégészet, sebészet, urológia, szemészet), a 6. IV pontban foglalt szolgáltatások esetén szakorvosi (sebész, belgyógyász, ideggyógyász, onkológus) beutaló,
- b) az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
- c) ha a szolgáltatás igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása,
- d) a biztosított nevére kiállított számla.

19. Az ellátásszervező jogosult a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát ellenőrizni, a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot felülvizsgálni. A felülvizsgálat eredményeképpen az ellátásszervező megtagadhatja a 6. pont szerinti szolgáltatások megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

20. Biztosított tudomásul veszi, hogy ha az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő átadását megtagadja, az igénybe vett szolgáltatás díját saját maga köteles kifizetni.

21. Ha az ellátásszervező a szolgáltatást – a 8. pont szerint – egy vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg, akkor a szolgáltató által kiállított számla alapján a biztosított fizeti ki a szolgáltatás költségét a szolgáltatónak. Az ellátásszervező – a biztosított által hozzá benyújtott számla alapján – a jelen szerződési feltételek szerint indokolt költséget megtéríti a biztosított részére.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET KÖLTSÉGE

22. A kiegészítő biztosítási fedezet – a biztosított aktuális életkorától függő – egységnyi költségét az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei 2. számú mellékletének kiegészítése tartalmazza, amely a szerződés része. A biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet költségét a jövőre nézve egy biztosítási évre határozza meg, a biztosítottra vonatkozó – az Általános Szerződési Feltételek 2. számú mellékletének kiegészítése alapján számított – engedménnyel nem csökkentett egységnyi költség a biztosítási éven belül nem változik.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGSZŰNÉSE

23. A jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 56. g) pontjában foglaltakkal ellentétben a szerződésnek a biztosított 64. életéve betöltését követő évfordulóján.

24. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 56. pontjában foglaltaktól eltérően a szerződőnek nincs lehetősége a jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet

- a) felmondására a fedezet tartama 3. évének elteltét megelőzően,
- b) biztosítottjának visszavonására a fedezet tartama 3. évének elteltét megelőzően.

KIZÁRÁSOK

25. **Nem biztosítási esemény ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást** az alábbi esetekben

- a) meddősséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés,
- b) a 6. I. p) pontban szereplő urológiai ellátás keretein belül az andrológiai vizsgálat vagy ellátás,
- c) a 6. I. k) pontban szereplő nőgyógyászati ellátás – ide értve a biztosított várandóssága alatt elvégzendő orvosi vizsgálatokat is – az évi négy vizsgálatot meghaladó további vizsgálatokra, – továbbá alkalmanként a 20 000 forintot meghaladó költségre,
- d) a 6. I. b) pont szerinti bőrgyógyászati ellátás esetén az évi négy ellátást meghaladó további vizsgálatokra vagy kezelésekre, továbbá alkalmanként a 20 000 forintot meghaladó költségre,
- e) a 6. I. h) pont szerinti gastroenterológiai ellátás keretein belül az endoszkópos vizsgálatok esetén az altatás költségeire, továbbá a virtuális endoscopia és capsula endoscopia költségeire,
- f) a 6. II. pontban felsorolt laboratóriumi vizsgálatokon kívüli bármilyen más laboratóriumi vizsgálat,
- g) sürgősségi ellátás vagy vizsgálat,
- h) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás,
- i) injekciós kezelés, infúziós kúra,
- j) szépészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás,
- k) szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, látlelet

- céljából történő vizsgálat vagy ellátás,
l) védőoltásokkal kapcsolatos ellátások,
m) nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások,
n) látásjavító szemészeti műtét.

26. **Nem biztosítási esemény** az évi négy igénybevételt meghaladó további ellátás az alábbi egészségügyi szakterületeken egyenként

- a) a 6. I. pont szerinti járóbeteg szakellátás,
b) a 6. II. pont szerinti labor diagnosztika, valamint
c) a 6. III. pont szerinti képalkotó diagnosztika.

27. Nem biztosítási esemény a 6. IV. pont szerinti nagy értékű diagnosztikai ellátás évi két igénybevételt meghaladó további igénybevétele.

28. Azt, hogy a biztosító mely további esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

ADATKEZELÉS

29. A biztosító a szolgáltatás teljesítése érdekében ellátásszervezőt vesz igénybe, aki jogosult további alvállalkozókat is bevonni. Az ellátásszervező és alvállalkozói az egészségi adatok kezelése során a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként járnak el.

30. A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat aláírásával tudomásul vette, hogy a jelen kiegészítő fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezeli és – meghatározott gyakorisággal – az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja.

Az adatok köre:

- szerződésszám,
- kiegészítő fedezet tartamának kezdete,
- szerződő és biztosított neve,
- biztosított neme,
- biztosított édesanyja neve,
- biztosított születési helye és ideje,
- biztosított partner kódja,
- biztosított címe,
- biztosított e-mail címe,
- biztosított mobiltelefonszáma.

31. A szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat aláírásával tudomásul veszi, hogy az ellátásszervező a vele szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek, valamint – amennyiben az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató

– az ellátásszervezővel szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatók számára továbbítja a biztosított alábbi adatait:

- neve,
- születési ideje,
- címe,
- mobiltelefonszáma, továbbá
- személyes és különleges (azaz egészségi) adatai.

32. A szerződő és a biztosított kérésére az ellátásszervező tájékoztatást ad azon egészségügyi szolgáltatók személyéről, akik a szolgáltatásban közreműködtek.

33. A szolgáltatás teljesítése érdekében a biztosító a biztosított által feltett kérdéseket továbbítja az ellátásszervező részére, és a kérdésekre adott válaszokat az ellátásszervező a biztosított által megadott e-mail címre vagy postai címre küldi meg.

Biztosított tudomásul veszi, hogy ha az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő átadását megtagadja, az igénybe vett szolgáltatás díját saját maga köteles kifizetni.

ELTÉRÉS A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ÉS A KORÁBBI SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL

34. Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
b) az igénybe vehető szolgáltatások száma, valamint az egyes szolgáltatások értéke korlátozott,
c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
d) a biztosított visszavonására vagy a fedezet megszüntetésére a szerződőnek a tartam kezdetét követő 3 év elteltével van lehetősége,
e) a kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik a szerződésnek a biztosított 64. életéve betöltését követő évfordulóján,
f) a fedezet nem kizárólag az alapbiztosítással együtt jöhet létre,
g) ha a szolgáltatás igénybevételeire jogosult személy kiskorú, akkor a képviseletében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása is szükséges, a biztosító, ill. az ellátásszervező erre vonatkozó irat bemutatását kérheti,
h) a fedezet a szerződés tartama alatt csak az évfordulóval jöhet létre.

Budapest, 2020. április 10.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság, Cg. 01-10-041356

RÁKDIAGNOSZTIKÁRA ÉS ORVOSI BETEGVEZETÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FEDEZET (729111)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött rákdiagnosztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

2. A **közlési és változásbejelentési kötelezettség** tekintetében az Allianz Gondoskodás Programokhoz mint alapbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben foglalt, a biztosítóra vonatkozó szabályok a szolgáltatóra is érvényesek. A közzétett adatokat a szolgáltató is jogosult ellenőrizni.

FOGALMAK

3. **Daganatos megbetegedés:** A szervezetben kialakuló olyan kóros növekedésforma, amelyben a génhibákat hordozó sejtek a daganatos átalakulásuk következtében – elveszítve a normális növekedési, osztódási kontrollra adott válaszkészséget – képesek a sejtosztódási folyamat szabályozó hatásainak érvényesülése nélküli, szabálytalan, korlátlan növekedésre/osztódásra.

A biztosító egészségügyi szolgáltató partnere (a továbbiakban szolgáltató): Az, aki a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja.

A biztosítóval szerződött szolgáltató adatai:

ONKOMPLEX Rákdiagnosztika és Asszisztencia Kft.
Levelezési cím: ONKOMPLEX Kft., 1012 Budapest, Kuny Domokos utca 13–15.
Tel: +36-1-999-0483
Fax: +36-1-700-2370
E-mail: allianz@onkomplex.hu

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak:

munkanapokon 8.00-20.00 óra között.

A szolgáltató együttműködő partnere: A szolgáltatóval együttműködő további egészségügyi szolgáltató. A tulaj-

doni formától és fenntartótól függetlenül, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, vagy jogi személy.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

4. A biztosítási esemény bekövetkezik, ha
- a) a biztosított számára, daganatos betegség gyanúja miatt a háziorvos, az illetékes szakorvos, vagy magánorvos írásban további szakorvosi vagy diagnosztikus vizsgálatot rendel el. A további vizsgálat elrendelésére a kockázatviselési időszakban, a fedezetre vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül fellépett bármilyen daganat gyanú miatt kell, hogy sor kerüljön, amelyre a beteg állapota/panaszai mellett az adott terület szakorvosa által végzett fizikális-, vagy eszközös vizsgálat, illetve egyéb diagnosztikus vizsgálati eredmények (képalkotó-, vagy szűrővizsgálat, endoszkópos vizsgálat, szövettani-, vagy cytológiai vizsgálat, emelkedett labor paraméterek/tumor marker szintek) alapján lehet következtetni.
 - b) bőrgyógyászati daganatok esetében a biztosítottnál a rosszindulatú daganatot bőrgyógyász szakorvos diagnosztizálta és a rosszindulatú betegség vonatkozásában további kivizsgálást javasol.

Előzménynek tekintendő az ajánlattétel előtt már meglévő olyan betegség, vagy elváltozás, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésbe hozható.

5. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a 4. pontban meghatározott orvos általi további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálat előírásának időpontja.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY ESEDÉKESSÉGÉNEK IDŐPONTJA

6. A biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött szolgáltató által szervezett és lebonyolított – szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak.

A kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt első 4 hónapban:

Szöbeli tanácsadás

A biztosítási eseménynek a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét követő első 4 hónapban történő bekövetkezése

esetén a szolgáltató szóbeli tanácsadás szolgáltatást nyújt a biztosítottnak. A szolgáltatás a szolgáltatónál, személyes konzultáció keretében vehető igénybe.

A kiegészítő fedezet létrejöttétől eltelt 5. hónaptól:

I. Indító konzultáció

A biztosító a szolgáltató által megadott helyen és annak segítségével állapotfelmérő konzultációt tart a biztosítottal, melynek keretében belgyógyászati és/vagy onkológiai vizsgálatot végez.

II. Komplex és vezetett daganat diagnosztika

A biztosító a szolgáltató útján vállalja

- az adott daganat típusban szakmailag indokolt legkorábbi diagnosztikus vizsgálatok teljes körű megszervezését és elvégzését (ide értve az endoszkópos vizsgálatokat; patológiát; képalkotó diagnosztikát, úgymint pl. a PET-CT, MRI, CT stb.; valamint a személyre szabott genetikai és/vagy molekuláris diagnosztikai vizsgálatokat is), továbbá
- a jelen 6. pontban meghatározott vizsgálatok eredménye alapján a szolgáltató által meghatározott szakértői csoport véleményének és kezelési javaslatának elkészítését a következő tartalommal:
 - a biztosított állapotához, klinikai profiljához optimálisnak tekintendő, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában már törzskönyvezett terápiás lehetőségek,
 - a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában még csak klinikai kutatási programok keretei között elérhető kezelési lehetőségek felkutatása és szakmai véleményezése,
 - a közép- és hosszú távú kezelési és rehabilitációs stratégia kialakítása.

III. Orvosi betegvezetés

Az orvosi betegvezetés keretében a biztosító a szolgáltató útján az alábbi szolgáltatásokat nyújtja.

- Szakszerű, folyamatos orvosi betegvezetés, melynek során a biztosított a teljes diagnosztizálási folyamat alatt rendszeres és részletes írásos és szóbeli tájékoztatást kap a szükséges vizsgálatokról, továbbá választ a felmerülő kérdéseire, valamint részletes tájékoztatást és életvezetési, gyakorlati tanácsokat.
- Koordinálja a biztosított állapota miatt szükséges magas szakmai színvonalú szakorvosi egyeztetéseket, megszervezi a szakmailag indokolt konzultációkat és/vagy vizsgálatokat, nyomon követi a biztosított állapotát, továbbá lehetővé teszi a betegvezetést végző orvos telefonos elérhetőségét munkanapokon 12 órában (8.00-20.00 óra között).
- Az orvos szakmailag indokolt diagnosztikus vizsgálatok megszervezését követően megszervezi a terápiás stratégia, illetve kezelési javaslat kialakításához szükséges szakterületi egyeztetéseket, továbbá lehetőséget ad a biztosítottnak az adott terület sebész, sugárterapeuta és klinikai onkológus szakértőivel szakértőnként egy-egy

átlagosan 45 perces konzultációra. A konzultáción a biztosított részletes tájékoztatást kaphat, felteheti kérdéseit a betegséggel, valamint az állapotával és a rendelkezésre álló kezelési lehetőségekkel kapcsolatosan.

A biztosító – a szolgáltató útján – a jelen pontban meghatározott biztosítási szolgáltatás keretében a fentiekben túl összeállítja a szolgáltató szakértői véleményét és kezelési javaslatát.

IV. Klinikai kutatási programban való részvétel elősegítése

A biztosító a szolgáltatón keresztül az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában még csak klinikai kutatási fázisban elérhető kezelési lehetőségeket feltérképezi, ezekről orvosi szakmai véleményt nyújt és egy átlagosan 45 perces személyes szakértői konzultációs lehetőséget biztosít.
- Ezt követően – amennyiben a biztosított erre igényt tart, – megszervezi a biztosított klinikai kutatási programba történő bekerüléséhez szükséges első orvosi vizitot a következők szerint:
 - összeállítja a szükséges klinikai dokumentációt,
 - felveszi a kapcsolatot a vizsgálati centrummal,
 - megszervezi az első orvosi vizsgálati vizitot, továbbá
 - a biztosított erre vonatkozó igénye esetén megszervezi a vizsgálatba való beválasztáshoz szükséges tolmácsot és/vagy kísérőt és a biztosított utazását, valamint szállását.

A b) pontban meghatározott biztosítási szolgáltatások keretében a biztosító kizárólag a szolgáltatások megszervezéséért felel, a felmerült költségeket nem viseli.

Az első orvosi vizsgálati vizit megszervezésére kizárólag akkor kerül sor, ha az adott klinikai vizsgálati centrum befogadó kapacitása és az általa megszabott követelmények ezt lehetővé teszik.

7. Nem biztosítási esemény, ezért a biztosító – az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt esetekben túl – nem teljesít biztosítási szolgáltatást a műtétet, sebészeti beavatkozást igénylő mintavétel költségeire (különösen laparotomia, mediastinoscopia, VATS, agyi biopszia, vese eltávolítás, here eltávolítás, abrasio stb).

8. A 6. IV. pontban a klinikai vizsgálatok szelektálása, monitorozása nem indokolt és a biztosító nem teljesít szolgáltatást a jóindulatú daganatok esetében, illetve azon rosszindulatú daganatok esetében, ahol nincs áttétképződés és a daganat „in toto” (teljes egészében történő) sebészeti eltávolítása definitív gyógyulást eredményez.

KÖZÖS SZABÁLYOK, A TELJESÍTÉS MÓDJA, IDEJE

9. A 6. pontban szereplő biztosítási szolgáltatásokat a biztosító összefutás nélkül teljesíti.

10. A 6. pont szerinti szolgáltatások kizárólag a szolgáltató közreműködésével vehetők igénybe.

A biztosító a szolgáltatásokat a szolgáltatóval egyeztetett időpontban nyújtja a biztosítottnak.

11. A kivizsgálási folyamat csak akkor kezdődik, amikor a biztosított állapota ezt lehetővé teszi, és a daganat gyanúját felvető vizsgálati eredmény(ek) birtokában az előre közösen egyeztetett időpontban a biztosított megjelenik az orvosi konzultáción.

A szükséges vizsgálatok a biztosított teljes együttműködése, a vizsgálatokon való pontos megjelenése és a vizsgálatokhoz, kivizsgálási folyamathoz való hozzájárulása esetén végezhetőek csak el.

Amennyiben a biztosított egészségi állapota fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást tesz indokolttá, akkor a beteg komplex kivizsgálására, a szükséges vizsgálatokra a fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást követő időszakban kerül sor.

Amennyiben a biztosított állapota nem teszi lehetővé egy-egy adott vizsgálat elvégzését, vagy a vizsgálati eredményt kétségesé teszi, akkor a szükséges vizsgálatokra akkor kerül sor, amikor a biztosított alkalmassá válik az adott vizsgálat elvégzésére.

12. A biztosított a kiegészítő biztosítási fedezet alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.

13. A biztosítási szolgáltatás – kivéve a 6. IV. pontban meghatározott Klinikai kutatási programban való részvétel elősegítése szolgáltatást – kizárólag Magyarországon vehető igénybe.

14. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja a biztosítási esemény bekövetkezének napja.

A BIZTOSÍTOTT BELÉPÉSI KORA

15. A biztosított belépési kora a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttékor 18-70 év lehet.

A SZOLGÁLTATÁS IRÁNTI IGÉNY BEJELENTÉSE

16. A biztosított a biztosítási eseményt a szolgáltatónál telefonon, illetve a szolgáltató kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével írásban jelenti be.

Szerződő és biztosított tudomásul veszi, hogy a biztosított – kifejezett kérésére, az általa megadott e-mail címre – a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatással kapcsolatban a személyes és különleges adatait tartalmazó válaszlevelet kaphat.

17. A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát valamint a Gondoskodás Program szerződés szerződőjét.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- a Gondoskodás Program szerződés szerződésszáma,
- a szerződő neve,

- a biztosított neve,
- a biztosított édesanyjának neve,
- a biztosított születési ideje.

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során a szolgáltató minden esetben azonosítja a biztosítottat.

A szolgáltató által megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele során a szolgáltató együttműködő partnere azonosítja a biztosítottat személyes adatai alapján. Ha a biztosított személye nem azonosítható, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybe vételére nem jogosult.

18. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához a biztosító és/vagy a szolgáltató az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben felsorolt dokumentumokon túl az alábbi iratok bemutatását kérheti:

- a) orvosi-, szakorvosi beutaló vagy javaslat a 6. pontban szereplő ellátásokra,
- b) az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
- c) a bejelentést megelőző 6 hónap teljes orvosi dokumentációja.

19. A biztosító és a szolgáltató jogosult a biztosítási esemény bekövetkezése kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát ellenőrizni, a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot felülvizsgálni. A felülvizsgálat eredményeképpen a szolgáltató megtagadhatja a 6. pont szerinti szolgáltatások nyújtását azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGVÁLTOZTATÁSA

20. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeitől eltérően a szerződőnek a kiegészítő biztosítási fedezet tartama alatt nincs lehetősége a fedezet szolgáltatásának megváltoztatására.

21. Az alapbiztosítási szerződés tartama alatt a kiegészítő biztosítási fedezet biztosítottjára egyidejűleg több, a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő fedezet nem vonatkozhat.

A KIEGÉSZÍTŐ FEDEZET KÖLTSÉGÉNEK VISSZATÉRÍTÉSE

22. A szolgáltató nem teljesítése esetén a biztosító a szolgáltatásra más partnert keres. Abban az esetben, ha a szolgáltatás nyújtása akadályba ütközik, és emiatt arra nem kerülhet sor, a biztosító a fedezet addig levont költségét a szerződő egységszámláján, az Állampapír eszközalapban történő jóváírás formájában, a jóváírás napjára érvényes árfolyamon visszatéríti a szerződőnek. A költség eseti díjként kerül az egységszámlán jóváírásra.

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET MEGSZŰNÉSE

23. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeiben foglalt megszűnési okokon kívül, a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik annak a hónapnak az utolsó napjával is, amikor a biztosítási esemény bekövetkezik.

ADATKEZELÉS

24. A biztosító a szolgáltatás teljesítése érdekében külső szolgáltatót vesz igénybe, aki jogosult további alvállalkozókat is bevonni. A szolgáltatók az egészségi adatok kezelése során a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként járnak el.

25. A szerződő és a biztosított az ajánlat, illetve a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét kezdeményező nyilatkozat aláírásával tudomásul vette, hogy a jelen kiegészítő biztosítási fedezettel összefüggő célból az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezeli és – meghatározott gyakorisággal – a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja.

Az adatok köre:

- szerződésszám,
- kiegészítő biztosítási fedezet tartamának kezdete,
- szerződő és biztosított neve,
- biztosított neme,
- biztosított édesanyja neve,
- biztosított születési helye és ideje,
- biztosított címe,
- biztosított e-mail címe, mobiltelefonszáma.

A szolgáltatás teljesítése érdekében a szolgáltató a vele szerződött együttműködő partnerek számára továbbítja az alábbi adatokat:

- a biztosított neve,
- biztosított édesanyja neve,
- születési ideje, továbbá
- a biztosított személyes és különleges (azaz egészségi) adatai.

26. Ha a biztosított a szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentációnak a szolgáltató, vagy annak alvállalkozói részére történő továbbadását megtagadja, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybe vételére nem jogosult.

EGYÉB SZABÁLYOK

27. Tekintettel arra, hogy a kiegészítő biztosítási fedezet a fenti szolgáltatásokat foglalja magába, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások

Általános Szerződési Feltételeinek biztosítási összegre vonatkozó rendelkezései a fedezetre nem érvényesek, azaz

- a) nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,
- b) a szolgáltatást a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- c) a biztosítási szolgáltatás emelésére nem kerül sor, abban az esetben, ha az egy biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezetek költségeinek összege meghaladja a „B” jelű Kondíciós lista 5.3. pontjában foglalt költségszintet,
- d) a szerződőnek nincs módja a szolgáltatás mértékének a szerződés tartama alatt történő megváltoztatására,
- e) a kiegészítő biztosítási fedezet költségének – a „B” jelű Kondíciós lista 5.1 pontjában foglalt minimális havi költség változása következtében történő – emelése esetén a szolgáltatás nem emelkedik,
- f) a kiegészítő biztosítási fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás értékkelvetéssel történő emelésére.

28. A biztosító nem vállal felelősséget a szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a (kért) tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve azok helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkért.

ELTÉRÉS A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ÉS A KORÁBBI SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL

29. A kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
- b) a biztosító szolgáltatása a kiegészítő biztosítási fedezet tartamából eltelt idő szerint lépcsőzetes,
- c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
- d) a biztosított belépési kora 18-70 év lehet.

KIZÁRÁSOK, MENTESÜLÉS

30. Azt, hogy a biztosító mely esetekben nem teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Budapest, 2020. április 10.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság, Cg. 01-10-041356

„A” RÉSZ – HEVENY FERTŐZŐ BETEGSÉGEK¹

HATÓSÁGI BEJELENTÉSRE KÖTELEZETT HEVENY FERTŐZŐ BETEGSÉGEK²

- Acut flaccid paralysis (petyhüdt izombénulással járó fertőzés)
- AIDS/HIV
- Ancylostomiasis (horogféreg-betegség)
- Anthrax (lépfene)
- Botulizmus
- Brucellosis (Brucella nevű kórokozó által kiváltott lázas betegség, ismertebb elnevezése a betegségnek: Bang-kór)
- Campylobacter enteritis (campylobacter nevű baktérium okozta bélhurut)
- Cholera (kolera)
- Congenitalis rubeola syndroma (CRS - veleszületett rubeola megbetegedés)
- Diphtheria (torokgyík)
- Dysentheria (vérhas)
 - Amoebiasis (véglény okozta vérhas)
 - Shigellosis (Shigella nevű baktérium okozta vérhas)
- Dyspepsia coli (coli nevű baktérium okozta emésztési zavar, -hasmenés)
- Enteropathogen E. coli enteritis (EPEC) – (a bélrendszerre megbetegítő hatású, Escherichia coli nevű baktérium okozta hasmenés)
- Egyéb E. coli (-nevű baktérium) által okozott megbetegedés
 - Enterohaemorrhagias E. coli enteritis (EHEC) – (bélvérzést is okozó coli baktérium miatti hasmenés)
 - Enteroinvasiv E. coli (EIEC) – (a bélfalat is károsító E. coli baktérium miatti hasmenés)
 - Enterotoxicus E. coli enteritis (ETEC) (méregtermelő E. coli baktérium miatti hasmenés)
- Echinococcosis (hólyagférgesség)
- Encephalitis infectiosa (fertőzéses agyvelőgyulladás)
 - Encephalitis (különböző agyvelőgyulladások)
 - Kullancsencephalitis (kullancsok által terjesztett fertőzés miatt létrejött agyvelőgyulladás)
- Enteritis infectiosa (fertőzéses hasmenés)
- Vírusos gastroenteritisek (különböző vírusok okozta gyomor-bélhurutok)
 - Adenovírusok
 - Norwalk vírus
 - Rotavírus
 - Giardiasis (Giardia nevű véglény okozta hasmenés)
- Ételfertőzés
- Febris flava (sárgaláz)
- Ferbris recurrens (visszatérő láz)
- Fertőző spongiform encephalopathiák:
 - Creutzfeldt-Jacob-betegség (CJB)
 - Variáns Creutzfeldt-Jacob-betegség (vCJB)
- Hepatitis infectiosa (fertőzéses májgyulladás)
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Hepatitis C
 - Delta hepatitis
 - Hepatitis E
 - Non A-E hepatitisek (nem A-E vírus okozta májgyulladások)
- Keratoconjunctivitis epidemica (fertőzéses szaru- és kötőhártya-gyulladás)
- Legionellosis (Legionella baktérium okozta tüdőbetegség)
 - Legionárius betegség
 - Nem pneumóniás (tüdőgyulladásos) legionárius betegség (Pontiac láz)
- Lepra
- Leptospirosis (Leptospira okozta influenzaszerű lázas betegség)
- Listeriosis (Listeria okozta idegrendszeri betegség)
- Lyme-kór (kullancs által terjesztett betegség)
- Lyssa (veszettség)
- Madárinfluenza
- Malária
- Malleus (takonykór)
- Meningitis purulenta (baktérium okozta gennyes agyhártyagyulladás)
 - Meningitis epidemica (járványos agyhártyagyulladás)
 - Haemophilus influenzae okozta meningitis (agyhártyagyulladás)
- Meningitis serosa (vírusos, savós agyhártyagyulladás)
- Mononucleosis infectiosa (Pfeiffer-féle mirigyláz)
- Morbilli (kanyaró)
- Multirezisztens kórokozók által okozott, egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés
- Nosocomialis véráramfertőzés (nosocomialis sepsis)
- Oedema malignum (gázüszök)
- Ornithosis (papagáj-kór)
- Paratyphus (hastífuszhoz hasonló betegség)
- Parotitis epidemica (mumpsz, fültőmirigy-gyulladás)
- Pertussis (szamárköhögés)
- Pestis
- Poliomyelitis (heveny gyermekbénulás)
- Q-láz (influenzaszerű lázas betegség)
- Rubeola (rózsahimlő)
 - Congenitalis (veleszületett) rubeola syndroma (tünetegyüttes)
- Salmonellosis (Salmonella baktérium okozta betegség)
- Súlyos akut légúti tünetegyüttes (SARS)
- Scarletina (vörheny)
- Schistosomiasis (bilharziázis, Schistosoma kórokozó által létrejött trópusi máj- és bélbetegség)
- Staphylococcus infectiók (gennykeltő fertőzések)
 - Staphylococcus aureus (baktérium) okozta fertőzések betegellátó intézményeken kívül
 - Staphylococcus fertőzések a kórházi szülészeti és csecsemőosztályokon
 - Staphylococcus az egyéb műtéti és belgyógyászati osztályokon

- Strongyloidosis (fonalférgesség)
- Taeniasis (galandférgesség)
- Cysticercosis (hólyagférgesség)
- Tetanus (merevgörcs)
- Toxoplasmosis (Toxoplasma okozta betegség)
- Trachoma (egyiptomi szemgyulladás)
- Trichinellosis (horgas féreg/borsóka okozta betegség)
- Tuberculosis (tüdőgümőkór)
- Tularemia (Pasteurella tularensis okozta betegség)
- Typhus abdominalis (hastífusz)
- Typhus exanthematicus (kiütéses tífusz)
- Varicella (bárányhimlő)
- Variola (fekete himlő)
- Yersiniosis (Yersinia okozta bélhurut)
- Vírusos haemorrhagiás lázak (vérzéses lázak)
 - a) Magyarországon előforduló betegségek:
 - Hantavírus okozta megbetegedés
 - Pulmonális szindrómával (tüdőbetegségi tünetekkel) járó hantavírus fertőzés
 - Krími-kongói haemorrhagiás láz
 - b) Magyarországra behurcolható betegségek (a kórokozó vagy a betegségek előfordulási helye szerint elnevezve):
 - Dengue láz
 - Marburg-Ebola vírus
 - Lassa láz
 - Rift-völgyi láz
- Nemibetegségek
 - Acut urethritis nongonorrhoeica (heveny nem kankós húgycsőgyulladás)
 - Condyloma acuminatum (heveny függöly)
 - Gonorrhoea (tripper, kankó)
 - Granuloma inguinale (nemiszervek üszkös bőrgyulladás)
 - Herpes simplex anogenitalis (nemi szerv körüli herpesz)
 - Lymphogranuloma venereum (nemiszervek elfekélye-

- sedése)
- Syphilis (vérbaj)
- Ulcus molle (lágycsók)

BEJELENTÉSRE NEM KÖTELEZETT FERTŐZŐ BETEGSÉGEK²

- Actinomycosis (sugárgomba betegség)
- Aphtae epizooticae (ragadós száj és körömfájás)
- Ascariasis (orsóférgesség)
- Diphyllbothriasis (halhús galandférgesség)
- Enterobiasis (cérnagiliszta betegség)
- Erysipelas hominis (orbánc)
- Erysipeloid Rosenbachi (sertésorbánc)
- Herpes simplex (szájkörüli hólyagos betegség)
- Heveny légúti infekciók
- Human toxocariasis (bélférgesség kutyától, -macskától)
- Hymenolepiasis (törpe galandférgesség)
- Influenza
- Mycoses (gombás betegségek):
 - gombás bőrbetegségek
 - tüdő mycosisok
- Nem-polio (nem gyermekbénulásos) enterovírusok által okozott betegségek
- Phlebotomus láz (homoki légyláz)
- Pneumoniák (tüdőgyulladások)
- Scabies (rühesség)
- Streptococcus fertőzések (gennykeltő baktériumok okozta betegségek)
- Trichomoniasis (ostoros véglény okozta betegség)
- Trichuriasis (ostorférgesség)

Budapest, 2014. október 1.

Megjegyzés:

¹ Valamennyi fertőző betegség heveny kezdetű, azonban némelyik átmegy krónikus (idült) formába, vagy időnként kiújulás jelentkezhet.

² A tekintetben, hogy mely betegség tartozik ide, az egészségügyi miniszter állásfoglalása az irányadó.