

Az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) a jelen kiegészítő biztosítási feltételek alapján kötött szerződés értelmében, a szerződésben megjelölt díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a jelen feltételekben leírt biztosítási események bekövetkezése esetén a szerződés szerinti szolgáltatást nyújtja.

A kiegészítő biztosítást a szerződő az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításai (továbbiakban: alapszolgáltatás) mellé kötheti meg.

1. A biztosított

1.1. A biztosított életkora a kiegészítő biztosítás létrejöttkor minimum 18 év, de az 55. életévet nem haladhatja meg.

1.2. A biztosított életkora a kiegészítő biztosítás tartamának lejártakor legfeljebb 65. év.

1.3. Jelen kiegészítő biztosítás egy vagy két biztosítottra köthető meg. Ha egy biztosítottra kerül megkötésre, akkor a kiegészítő biztosítás biztosítottja lehet az alapszolgáltatás főbiztosítottja vagy a második biztosított. Ha két biztosítottra kerül megkötésre, a kiegészítő egyik biztosítottja azonos kell, hogy legyen az alapszolgáltatás biztosítottjával, a főbiztosítottal. A második biztosított az alapszolgáltatás minden kiegészítő biztosítása esetében ugyanaz a személy kell, hogy legyen.

1.4. Második biztosított az alapszolgáltatás biztosítottjával egy háztartásban élő, a Ptk. 8:1§ (1) bekezdésének 1. pontjában felsorolt közeli hozzátartozó, élettárs lehet, feltéve, hogy egyébként megfelelnek jelen biztosítási feltételek 1.2. pontjában előírtaknak.

2. A kiegészítő biztosítás létrejötte

2.1. A kiegészítő biztosítás megköthető az alapszolgáltatással egy időben, illetve meglévő alapszolgáltatás mellé tartam közben is – **amennyiben a szerződő ez irányú igényét a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal jelzi** – az alapszolgáltatás évfordulóján, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja, és az alapszolgáltatás az évforduló után díjfizetéssel érvényben marad.

2.2. A szerződéskötés speciális szabályai

A biztosító által nyújtott kockázatok egyedileg összeállíthatóak. Az egyedileg összeállítható csomagon belül különböző kombinációkban lehet választani:

2.2.1. A bármely okú műtéti térítés és bármely okú kórházi napi térítés kockázat együtt, vagy külön-külön is választható.

2.2.2. A második orvosi vélemény, teledoktor, és a finanszírozás nélküli járóbeteg szakellátás szervezés szolgáltatás csak együtt, kizárólag a bármely okú műtét vagy a bármely okú kórházi napi térítés kockázatok mellé választható.

3. A kiegészítő biztosítás kezdete

3.1. A kiegészítő biztosítás kezdete – amennyiben azt az alapszolgáltatással egyidejűleg kötötték – megegyezik az alapszolgáltatás kezdetével.

3.2. A kiegészítő biztosítás kezdete, amennyiben azt az alapszolgáltatás tartama alatt kötötték az alapszolgáltatás évfordulójának napjával megegyező nap.

3.3. Meglévő, egy biztosítottra szóló kiegészítő biztosítás az alapszolgáltatás évfordulójának napjával kiterjeszthető második biztosítottra.

4. A biztosítás tartama

4.1. A kiegészítő biztosítás határozott, legalább 1, legfeljebb 25 éves tartamú.

4.2. A kiegészítő biztosítás lejáratának napja az alapszolgáltatás lejáratával megegyező nap, **de legfeljebb a kiegészítő biztosítás 25. biztosítási évfordulójának napja vagy a biztosított 65. életévének betöltését követő első biztosítási évfordulójának napja, amelyik hamarabb bekövetkezik.**

4.3. A kiegészítő biztosítás évfordulója az alapszolgáltatás évenkénti fordulónapja.

5. A biztosító kockázatviselése

5.1. Jelen kiegészítő biztosítás 3.1. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapszolgáltatás kockázatviselésének kezdetével és a kiegészítő biztosítás megszűnéséig tart.

5.2. Jelen kiegészítő biztosítás 3.2. és 3.3. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapszolgáltatás biztosítási évfordulójának napjával.

5.3. A kiegészítő biztosítás területi korlátozás nélkül, a Föld bármely országában bekövetkezett biztosítási eseményekre kiterjed. **A járóbeteg szakellátás finanszírozás nélkül és a Teledoktor / 24 órás orvosi call center szolgáltatások területi hatálya Magyarország.**

6. Várakozási idő

6.1. Az orvosi vizsgálat nélkül kötött egészségbiztosítás esetében a bármely okú műtéti térítés, a bármely okú kórházi napi térítés és a második orvosi vélemény fedezeteknél a biztosító 3 hónap várakozási időt köt ki.

6.2. Ha a biztosító kockázatviselése az általa előírt orvosi vizsgálatot követően kezdődik meg, a biztosító a várakozási időtől eltekint.

7. A kiegészítő biztosítás megszűnése

7.1. A kiegészítő biztosítás megszűnik az Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 9. pontjában foglaltakon túlmenően,

7.1.1. a határozott tartam elteltével, a tartam utolsó napjának 24. órájával,

7.1.2. az alapszolgáltatás bármely okból való megszűnése esetén az alapszolgáltatással egyidejűleg,

7.1.3. az alapszolgáltatás díjmentes leszállítása vagy

díjmentesítése esetén a díjmentes leszállítás vagy a díjmentesítés hatályba lépését megelőző nap 24. órájával, 7.1.4. a biztosított halálával, 7.1.5. a biztosított 65. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján, 7.1.6. második biztosítotttra vonatkozóan, ha a díjfizetést a biztosító teljesíti (a Haláleset esetén nyújtott díjávallalás vagy Rokkantság esetén nyújtott díjávallalás kiegészítő biztosítás szolgáltatásaként), az első, a biztosító által teljesített díjfizetési időszak első napján 0 órakor, 7.1.7. a főbiztosított vonatkozásában, ha a díjfizetést a biztosító teljesíti a Haláleset esetén nyújtott díjávallalás kiegészítő biztosítás szolgáltatásaként, az első, a biztosító által teljesített díjfizetési időszak első napján 0 órakor. 7.2. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és ezzel összefüggésben a kiegészítő szerződés megszűnik, a biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti. 8. A biztosítási díj 8.1. A szerződőt a kiegészítő biztosítás kezdetének napjától terheli a díjfizetés kötelezettsége. 8.2. A kiegészítő biztosítás első díja az ajánlat aláírásának napján esedékes. 8.3. A kiegészítő biztosítás díjfizetésének módja és gyakorisága megegyezik az alapt biztosítással, attól nem térhet el. 8.4. A biztosítási díj megállapítására a szerződésben meghatározott biztosítási összeg figyelembevételével, a biztosító kockázatelbírálása alapján kerül sor. 8.5. A bármely okú műtéti térítés és bármely okú kórházati napi térítési biztosítási szolgáltatások díja 1,4%-os technikai kamatlábat tartalmaz. 9. Aktuális biztosítási összeg Az aktuális biztosítási összeg a biztosítás első évében azonos az ajánlaton megválasztott biztosítási összeggel, míg folyamatos díjfizetés esetén az első évfordulót követően a jelen feltételek 15. pontban meghatározott értékkövetési eljárás szerint meghatározott összeg. 10. Biztosítási esemény 10.1. A biztosított gyógyulása érdekében, a kockázatviselés időszaka alatt a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség vagy baleset miatt orvosi szempontból szükségessé váló, zárójelentéssel igazolt 10.1.1. a biztosító műtéti besorolásában is elismert, szakorvos által végzett műtete 10.1.2. 5 napot elérő folyamatos kórházi ápolása 10.2. Második orvosi vélemény 10.3. Teledoktor / 24 órás orvosi call center 10.4. Járóbeteg szakellátás szervezés (a 10.2., 10.3. és 10.4. pontokban foglalt szolgáltatások együttesen alkotják az Asszisztencia csomagot) 10.5. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja 10.5.1. <i>Bármely okú műtét kockázat esetén:</i> az első műtét végrehajtásának napja akkor is, ha egy biztosítási eseményből kifolyólag több műtét elvégzése válik szükségessé.	10.5.2. <i>Bármely okú kórházi ápolás kockázat esetén:</i> a kórházba kerülés első napja. 10.6. Jelen feltétel vonatkozásában baleseti esemény a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan egyszeri külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár, amelynek következtében a biztosított a balesetet követően 2 éven belül kórházi ápolásra, műtetre szorul. 10.7. Jelen feltétel vonatkozásában betegség az élő szervezet testi, lelki, szellemi egyensúlyának olyan felbomlása, amely akadályozza az életfolyamatait, mindennapos tevékenységét és társadalmi életben való részvételét. 11. A biztosító szolgáltatása 11.1. A jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a biztosító szolgáltatásának a jogosultja a biztosított. A szolgáltatás teljesítésére 11.2.-11.3. pontok vonatkozásában a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került. 11.2. Bármely okú műtéti térítés 11.2.1. Jelen kiegészítő szerződés szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség vagy baleset következményeként elvégzett műtéti beavatkozások minősülnek biztosítási eseménynek. Új biztosítási eseménynek minősül, ha a műtét olyan ok következménye, amelyre a kockázatviselés tartama alatt korábban már alkalmazott orvosi beavatkozások nem vonatkoztak. 11.2.2. Jelen kiegészítő szerződés szerint műtét az olyan sebészeti típusú beavatkozás, amelyet érvényes felelősségbiztosítással rendelkező gyógyintézetben, érvényes szakmai szabályok szerint végeznek, azok szerint is dokumentálnak és szerepel a biztosító műtéti listájában, abból nem került kizárára. 11.2.3. A műtétek veszélyességi besorolását a biztosító objektív feltételek alapján (műtéti halálozás kockázata, szövődmények gyakorisága, súlyossága, műtéttechnikai bonyolultsága, beteg által elviselendő megterhelés nagysága) határozza meg. Ennek alapján négy térítési csoportot állapít meg. Amennyiben az adott műtét nem szerepel a biztosító listájában és kizárás sem kerül, abban az esetben a műtét besorolását a megismert körülmények és adatok alapján a biztosító szakorvosa állapítja meg. 11.2.4. A biztosító a műtétek vonatkozásában 5 súlyossági fokozatot és 4 térítési csoportot állapít meg I. súlyossági fokozat: a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a biztosító, II. súlyossági fokozat: a biztosítási összeg 150%-át fizeti ki a biztosító, III. súlyossági fokozat: a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki a biztosító, IV. súlyossági fokozat: a biztosítási összeg 50%-át fizeti ki a biztosító, V. súlyossági fokozat: nem téríthető beavatkozás.
---	---

11.2.5. Egy biztosítási eseményből eredően maximálisan a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a biztosító. 11.2.6. Amennyiben egy műtét során ugyanazon testrészen vagy szervén több sebészeti beavatkozást végeznek, akkor az adott szervén vagy testrészen végzett sebészeti eljárások közül a műteti térítés meghatározására a legmagasabb kategóriájú eljárás alapján kerül sor. 11.2.7. Ha egy műtét során több testrészen, vagy szervén végeznek sebészeti beavatkozást, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken vagy szerveken végzett beavatkozások együttes összege, de nem haladhatja meg az aktuális biztosítási összeg 200%-át. 11.3. Bármely okú kórházi napi térítés 11.3.1. Jelen kiegészítő szerződés szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség vagy baleset miatti kórházi ápolások minősülnek biztosítási eseménynek. Új biztosítási eseménynek minősül, ha a kórházi ápolás olyan ok következménye, amelyre a kockázatviselés tartama alatt korábban már alkalmazott orvosi beavatkozások nem vonatkoztak. A kórházi ápolás kockázata nem terjed ki azokra a kórházi felvételt igénylő egyéb kóros állapotokra, melyek nem az adott baleset vagy betegség gyógyításával állnak közvetlen okozati összefüggésben. 11.3.2. Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete, betegsége miatt legalább 5 napot elérő folyamatos kórházi ápolásra szorul fekvőbetegként, úgy a biztosító a kórházi ápolás kockázat biztosítotttra vonatkozó biztosítási összegét minden kórházi ápolási napra kifizeti. 11.3.3. Amennyiben a biztosított balesetével okozati összefüggésben intenzív osztályon történő ellátásban részesül, úgy a biztosító a kórházi ápolás kockázat a biztosítotttra vonatkozó biztosítási összegének kétszeresét minden intenzív osztályon töltött kórházi ápolási napra kifizeti. 11.3.4. Amennyiben egy balesetből, betegségből eredően többször kerül kórházi ápolásra sor, úgy a biztosító az első 5 napot meghaladó időszak után már a következő ápolási időszaknál nem vizsgálja annak folyamatos meglétét. 11.3.5. Egy biztosítási esemény kapcsán a biztosító szolgáltatása biztosítottanként 50-50 napra korlátozódik. A szolgáltatás mértéke a biztosítás teljes tartama alatt biztosítottanként a 150 napot összesen nem haladhatja meg. 11.3.6. Jelen kockázat szempontjából kórháznak minősül a szakmai felügyeletet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és megfelelő intézményi kóddal rendelkezik. Nem minősülnek kórháznak a nappali kórházak, szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó, illetve obesitológiai és lipidológiai osztályai. 11.4. Második orvosi vélemény 11.4.1. Második orvosi vélemény alatt a jelen szerződés	alkalmazásában a biztosított által feltett, a biztosított súlyos betegségekre vonatkozó orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvos szakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni. 11.4.2. A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza: a) hozzáférés nemzetközi orvos szakértők szak tudásához, elismert orvos szakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá betérjesztett minden esetben; b) vezető szakértők kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. A biztosító ezen szolgáltatását kiszervezett tevékenység keretében egy ellátásszervezőn keresztül nyújtja. Az ellátásszervező jelen esetben az Union-Érted Ellátásszervező Kft. (1082 Budapest, Baross utca 1.). Az ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a beteggel és kezelőorvosával. 11.4.3. A jelen feltételekben ismertetett második orvosi véleményt az ellátásszervező az alábbi betegségek esetén nyújtja: – az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat); – szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet; szervátültetések; – neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát; – veleszületett betegségek és rendellenességek; – az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció; – a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák; – az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás. A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír. 11.4.4. A biztosító ezen szolgáltatásának igénybevételére várakozási időt nem köt ki a szerződés hatálybalépéséhez képest. 11.5. Teledoktor / 24 órás orvosi call center 11.5.1. A biztosító a jelen feltételek alapján ügyfelei számára a biztosító egészségügyi szolgáltató ellátásszervező partnere (a továbbiakban szolgáltató) által 24 órás egészségügyi információs szolgáltatást nyújt. 11.5.2. A szolgáltatás célja, hogy egészségügyi szakemberek telefonon laikusoknak szóló, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek. 11.5.3. Az egészségügyi információs központban egészségügyi szakemberek válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén: a) egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések, b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkal-
--	---

mazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően, c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről, d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszerárakról, e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről. 11.5.4. Az év minden napján, a nap 24 órájában elérhető szolgáltatás igénybevételét a Biztosított telefonon kezdeményezheti. 11.5.5. A biztosító a kiszervezett tevékenységet végző szolgáltatónak jogosult az ügyfél nevét, anyja nevét, TAJ számát és születési dátumát, szerződés számát, ajánlatszámát, valamint a szolgáltatás igénybevételekor használt telefonszámát továbbítani. 11.5.6. A szolgáltató és felelőssége 11.5.6.1. Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő konzultáció nem helyettesíti a személyes orvosbeteg találkozást és a betegvizsgálatot. 11.5.6.2. A telefonon adott információ hibás értelmezésért, illetve helytelen felhasználásért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget. 11.5.6.3. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez. 11.5.6.4. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolására céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább. 11.6. Járóbeteg szakellátás szervezés finanszírozás nélkül 11.6.1. A biztosító a jelen feltételek alapján a Biztosított számára – kiszervezett tevékenység keretében eljáró egészségügyi szolgáltató partnere által (Union-Érted Ellátásszervező Kft., továbbiakban: ellátásszervező) – megszervezi a vizsgálati időpontokat, helyszíneket járóbeteg-szakellátásokra. A járóbeteg-szakellátásokra a helyszínt és időpontot az Ellátásszervező 5 munkanapon belül megszervezi szerződött egészségügyi szolgáltató partnereinél. Az orvosi ellátás időpontja és helyszíne minden esetben a Biztosítottal egyeztetve történik. 11.6.2. A járóbeteg szakellátás szervezés szakorvosi vizsgálatra szolgáltatás nem finanszírozza az orvosi vizsgálatok költségét, kizárólag a megfelelő szakorvos kiválasztását és a vizsgálat idejének megszervezését tartalmazza. Az ügyfelek érdeklődése esetén tájékoztató jellegű információt ad az ellátásszervező a választott szakrendelés áráról. A vizsgálat költségei a Biztosítottat terhelik. Időpont egyeztetés hétköznapiokon a +36-1-510 0050 számon, 9:00 – 18:00 óráig történik valamint online a www.unionerted.hu oldalon. Meglévő időpont módosítására egyszer van lehetőség, legkésőbb 2 munkanappal a kiadott időpont előtt. Amennyiben a biztosított 2 munkanapon belül mondja le vagy módosítja az időpontot vagy nem	jelenik meg az ellátásra szervezett időpontban, a biztosított ugyanezen vizsgálat megszervezésére legkorábban 3 hónap elteltével válik ismét jogosulttá, kivéve, ha bizonyítja, hogy rajta kívül álló okból kifolyólag nem volt lehetősége az ellátást lemondani vagy megjelenni. 12. Kizárt kockázatok Az Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 21. pontjában foglaltakon túlmenően a biztosító kockázatviselése nem terjed ki: 12.1. a terhesség ideje alatt, valamint a szülés közben, illetve a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a terhességgel, illetve a szüléssel összefüggésben létrejövő egészségkárosodással kapcsolatos műtéti megoldásra vagy kórházi ápolásra abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt történt (a fogamzás időpontjának a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni); 12.2. a veleszületett fejlődési rendellenességekre és a szüléssel összefüggésben létrejött egészségkárosodásokra és későbbi következményeik miatti műtetre és kórházi ápolásra; 12.3. a művi megtermékenyítéssel és fogamzásgátlással összefüggésben bekövetkező műtéti megoldásokra vagy kórházi ápolásra; 12.4. a művi terhesség-megszakítással kapcsolatos műtéti beavatkozásokra vagy kórházi ápolásra; 12.5. az egészségügyi ellátás, az orvosi beavatkozás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt bekövetkező műtéti beavatkozásokra vagy kórházi ápolásra; 12.6. az olyan orvosi vizsgálat vagy egészségügyi beavatkozás miatt bekövetkező műtéti ellátásra vagy kórházi ápolásra, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés, kivéve, ha az valamely betegség vagy baleset következménye; 12.7. nemek megváltoztatását célzó műtétekre; 12.8. a biztosított HIV-fertőzésére vagy ezzel okozati összefüggésben bekövetkezett megbetegedésére, illetve ezzel kapcsolatos műtetre vagy kórházi ápolásra; 12.9. a biztosított öngyilkossági, öncsonkítási kísérlete vagy annak bekövetkezése miatti műtéti beavatkozásra vagy kórházi ápolásra még akkor sem, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el; 12.10. az alkohol-, illetve a drogfüggőséggel összefüggésben végzett műtétekre és kórházi ápolásra; 12.11. foglalkozási megbetegedésre és annak következményeire; 12.12. a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett biztosítási eseményre, ha összefüggésbe hozható a biztosított kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett balesetével, egészségkárosodásával, műtéttel, illetve a kockázatviselés kezdetét megelőző egészségi állapotával (előzménybetegség); 12.13. Jelen kiegészítő feltétel vonatkozásában nem minősül balesetnek: a) a napsugárzás által okozott égési sérülés, b) a fagyási sérülés, c) a szokványos izületi ficamok és alkati sajátos-ságból adódó izületi szalaggyengeség,
---	---

d) a megemelés következtében kialakuló anatómia elváltozások, e) a testi sérüléssel nem járó lelki sérülések, f) a rándulásos sérülések és azok későbbi következményei. 12.14. a kórházi napi térítés és műtéti kockázatokra, amennyiben a kórházi beavatkozás célja nem a sérült biztosított állapotromlásának a megakadályozása, hanem esztétikai, kozmetikai kezelése; 12.15. minden olyan, a szervezet támasztórendszerét érintő ártalomra (a degeneratív, ortopéd jellegű kórképek), melynek meglétére az adott baleseti esemény hívja fel a figyelmet; 12.16. A biztosító nem vállalja a fedezet nyújtását amennyiben a baleset a biztosított alábbi tevékenységével ok-okozati összefüggésbe hozható: – Bármilyen cirkuszművész – 50 méter mélységtől búvár – munkavégzés magasban (15 méter feletti), – fegyveres testület tagja (kivéve adminisztratív területen dolgozó), – fegyveres őrként – kaszkadőr, – légiutas-kísérő, – pirotechnikus, – pénzszállító autó sofőrje vagy annak kísérője, – vadász, – veszélyes anyagot szállító tehergépkocsi sofőr. 12.17. Amennyiben a biztosított igazolt versenyzőként sportol vagy sportolt egyesületnél, a biztosító kizárja a fedezetből mindkét oldali térd- és bokaízület sérülését. 12.18. A biztosító nem vállalja a fedezet nyújtását, amennyiben a baleset a biztosított alábbi betegségeivel ok-okozati összefüggésbe hozható: – idült szív- és keringési rendszeri betegség, – vérzékenység, – inzulin-függő (I. típusú) cukorbetegség, – Alzheimer-kór, – skizofrénia, – bipoláris zavar – Parkinson-kór, – időskori demencia, – epilepszia, – 5 évnél régebben diagnosztizált sclerosis multiplex betegség, – mozgásszervet érintő, rosszindulatú daganatos betegség, – sokízületi gyulladás, – csontritkulás megbetegedés, – egyensúlyszervi megbetegedés – -7 dioptria erősséget meghaladó rövidlátás, vagy vakság, – véralvadást gátló gyógyszerek szedésével – illetve aki, a magyar társadalombiztosítási szerv szakvéleménye, határozata alapján bármilyen fokú maradandó egészségkárosodással bír. 13. A biztosító mentesülése Az Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 22. pontjában foglaltakon túlmenően mentesül a biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a betegséget a biztosított szándékos vagy	súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni. Súlyosan gondatlannak minősülhet különösen, ha a) a betegség diagnosztizálása esetén a biztosított az orvosi utasításokat (gyógyszerszedés, kezelések stb.) nem tartja be és ennek következményeként olyan szövődmény vagy állapotromlás következik be, amely a szakorvosi utasítások betartásával megelőzhető lett volna, b) a betegség diagnosztizálása esetén a biztosított az orvos által javasolt műtétet elutasítja, és ennek következtében a későbbiekben egy, az eredetileg javasoltnál magasabb térítési kategóriába sorolt beavatkozást kell végrehajtani a biztosított gyógyulása érdekében, c) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye kapcsán vagy azzal összefüggésben szükségessé váló műtéti beavatkozás esetén, d) a biztosított súlyos alkoholos vagy bódító-, kábítószeres befolyásoltsága, illetve toxikus anyagok rendszeres szedésével okozati összefüggésben történt műtéti beavatkozások esetén, e) érvényes jogosítvány nélküli gépjárművezetés közben, f) ittas állapotban történt gépjárművezetés közben következett be, és mindkét utóbbi esetben a biztosított más közlekedérendészeti szabályt is megsértett. 14. A biztosító teljesítése 14.1. A biztosítási eseményt az Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 26. pontjában foglalt határidőben, és ott meghatározottak szerint kell bejelenteni. 14.2. A biztosító teljesítése az az Általános Biztosítási Feltételek Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításokhoz 26. pontjában foglaltak szerint történik. 15. Értékkövetés 15.1. A kiegészítő biztosítás díját és biztosítási összegét az alapbiztosítás díjával egyidejűleg, a biztosítási évfordulón megnöveli, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás az évforduló után még érvényben marad. 15.2. A kiegészítő biztosítás díja a biztosító által az alapbiztosítás díjának növelésére megajánlott mértékben nő az értékkövetéskor. A kiegészítő biztosítás szolgáltatása pedig a megnövelt, új biztosítási díjnak megfelelően kerül meghatározásra. A kiegészítő biztosítás díja és szolgáltatása eltérő mértékben változhat. 15.3. A biztosító a biztosítási évforduló előtt két hónappal írásban értesíti a szerződőt a kiegészítő biztosítás megemelt biztosítási díjáról és biztosítási szolgáltatási összegéről. Amennyiben a szerződő legkésőbb az évforduló előtt egy hónappal írásban nem utasítja vissza a díjnövelés lehetőségét, úgy a biztosító a megemelt díjat és biztosítási összeget tekinti érvényesnek a következő díjfizetési időszaktól.
---	---

15.4. 16. 17. 17.1. 17.2. 17.3. 17.4. 17.5.	A kiegészítő biztosításra – a biztosító által megajánlottnál nagyobb mértékű – extra indexálás nem érvényesíthető. Amennyiben a szerződő az alapbiztosítás esetében él az extra indexálás lehetőségével, úgy a kiegészítő biztosítás díja és szolgáltatása a 15.2. pontban meghatározott módon kerül megemelésre. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól A jelen kiegészítő biztosítás szerződési feltételeinek az alábbi rendelkezései eltérnek a szokásos szerződési gyakorlattól, valamint a Ptk. rendelkezéseitől: A szolgáltatás teljesítésére 11.2. és 11. 3. pontok vonatkozásában a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került. Egyéb rendelkezések Jelen kiegészítő biztosításnak nincs visszavásárlási és díjmentes leszállítási értéke Jelen kiegészítő biztosítás nem reaktiválható. Amennyiben egy biztosítottra vonatkozóan a biztosítónál több egészség- vagy betegségbiztosítási kiegészítő biztosítás kerül megkötésre a biztosítónál, a biztosító a szerződésben korlátozhatja az egy biztosítási eseményből eredő összes kifizetés nagyságát. Az ellátásszervező személyének vagy elérhetőségének módosulásáról a biztosító a változást megelőző 30. napig honlapján ad tájékoztatást. Jelen kiegészítő biztosítási szerződésben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek illetve az alapbiztosítás Különös Biztosítási Feltételek rendelkezései az irányadók. Amennyiben jelen feltételek bármely rendelkezése eltér a fentiektől, e szerződési feltételek az irányadók. UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.	
---	---	--