

Daganatos megbetegedések esetére szóló kiegészítő biztosítás különös feltételei

CC-21
CCE-24
CCU-24

Érvényes: 2026. január 1-jei és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. Jelen kiegészítő biztosításra az alapt biztosítás szabályai érvényesek kivéve azokat a részeket, ahol a jelen különös feltételek az alapt biztosítás szabályaitól eltérnek.
- 1.2. Jelen kiegészítő biztosítás a Biztosító által meghatározott, folyamatos díjas alapt biztosításokhoz, az alapt biztosítással egyidejűleg, illetve annak tartamán belül megköthető, illetve megszüntethető az általános feltételek megszüntetésre vonatkozó pontjai alapján.

2. BIZTOSÍTOTT

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

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, IDŐPONTJA, SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

- **A biztosítási esemény bejelentésekor a Biztosító kérheti a biztosított szerződéskötés kori, vagy azt megelőző egészségi állapotára vonatkozó dokumentumokat is.**

4. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, AKTUÁLIS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

- 4.1.** A szerződő díjfizetése ellenében a Biztosító a 3. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkeztekor aktuális biztosítási összeget fizeti ki.
- 4.2.** Az aktuális biztosítási összeg megegyezik a szerződő által az ajánlattételkor meghatározott és a tartam során az alapt biztosításnál alkalmazott értékkövetés szerint növelt biztosítási összeggel.
- 4.3.** **A jelen kiegészítő biztosítás alapján az aktuális biztosítási összeg csak egy ízben és egyszeresen kerülhet kifizetésre. A Biztosító szolgáltatásának teljesítését követően a jelen kiegészítő biztosítás megszűnik.**

5. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ

- 5.1.** A biztosítási összeg nagyságától, a biztosított életkorától, nemétől, foglalkozásától, életmódjától (szabadidős, sporttevékenység) és az egyéb kockázati körülményektől függően a kiegészítő biztosítás megkötéséhez a biztosított egészségi nyilatkozata és/vagy orvosi vizsgálata, illetve egyéb orvosi iratai lehetnek szükségesek.
- 5.2.** **A Biztosító a jelen kiegészítő biztosítás ajánlattételétől számított 6 havi várakozási időt köt ki. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási esemény alapján a biztosítási szolgáltatás kifizetése nélkül szűnik meg a kiegészítő biztosítás.**

6. A BIZTOSÍTÁS TARTAMA

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

A jelen kiegészítő biztosítás az ajánlatban megjelölt határozott tartamra köthető.

7. KÖZLÉSI ÉS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

Az általános feltételek közlési és változásbejelentési kötelezettségre vonatkozó pontjain túlmenően a közlési kötelezettségsértés következményeivel jár és a jelen kiegészítő biztosítás keretében a Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a kritikus betegség a biztosítottnál a szerződéskötés időpontjában már fennállott, illetőleg ha a kritikus betegséget jelző vagy az azt megelőző megváltozott egészségi állapot a szerződéskötéskor a szerződő vagy a biztosított számára már ismert volt, de a Biztosító felé erről nem nyilatkoztak az ajánlattételkor.

8. VEGYES RENDELKEZÉSEK

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