

Ügyfél-tájékoztató és különös feltételek



PostaPrémium csoportos, kritikus betegségekre szóló, szolgáltatást finanszírozó biztosítás (termékkód: 15041)

Nyomtatványszám: F 150410 01 1411

Jelen feltételek hatályba lépésének időpontja: 2014. november 1.

A Magyar Posta Biztosító Zrt. (székhelye: 1022 Budapest, Bég utca 3-5.) – a továbbiakban Biztosító – Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítás Általános Feltételei és jelen **PostaPrémium (15041)** csoportos biztosítás Különös Feltételei együtt a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön.

A Biztosító jelen csoportos biztosítási fedezetet a PRÉMIUM Önkéntes Egészségpénztár (a továbbiakban: Egészségpénztár) PostaPrémium Szolidáris Alap szolgáltatásának igénybevételére jogosult tagjaira vonatkozóan nyújtja.

Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben az Egészségpénztár Alapszabálya, a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései és a Biztosító Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételei az irányadóak.

1. Fejezet: fogalmak és meghatározások

- 1.1 **Egészségpénztári tag:** minden olyan természetes személy, aki betöltötte a 16. életévét, az Egészségpénztár Alapszabályának rendelkezéseit magára kötelezőnek ismeri el, tagdíjfizetést vállal, továbbá aláírja a belépési nyilatkozatot és azt az Egészségpénztár záradékolja és ezzel tagjai sorába felveszi.
- 1.2 **PostaPrémium Szolidáris Alap:** a Posta Prémium Szolidáris Alap (továbbiakban: Szolidáris Alap) az Egészségpénztár közösségi szolgáltatása, amelyhez csatlakozik minden érvényes egészségpénztári tagsággal rendelkező Pénztártag. A Pénztártag Szolidáris Alaphoz való csatlakozása a tagsági viszony megszűnése vagy megszüntetése esetén szűnik meg.
- 1.3 **Biztosított:** a Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételektől eltérően Biztosított minden, az Egészségpénztárral tagsági jogviszonyban álló személy abban a naptári negyedévben, amelyet megelőző naptári negyedévben az Egészségpénztár a Szolidáris Alap hozzájárulási díját az egyéni számlán belül elkülönített Szolidáris Alap javára átcsoportosította. A Csoportos Élet-, Egészség-, és Balesetbiztosítási Általános Feltételektől eltérően, amennyiben a Szolidáris Alap hozzájárulási díját a Pénztár fedezethiány miatt nem tudta átcsoportosítani a Szolidáris Alap javára, és emiatt a Pénztártag jelen szerződési feltételek alapján, a soron következő negyedévre nem Biztosított, akkor az Egészségpénztári tagra vonatkozó biztosítási fedezet a sikertelen átcsoportosítást követő negyedév első napjától számított 30 napig áll fenn.
- 1.4 **Kedvezményezett:** a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatás igénybevételére minden esetben a Biztosított jogosult.
- 1.5 **Kockázatviselési tartam:** az az időszak, amelyre vonatkozóan a Szolidáris Alap hozzájárulási díját a Biztosított egyéni számláján belül elkülönített Szolidáris Alap javára az Egészségpénztár átcsoportosította.
- 1.6 **Egészségügyi szolgáltató:** a 3.8. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltatások nyújtására jogosult szolgáltató, aki az igénybe vett szolgáltatásról érvényes számlát állít ki a Kedvezményezett részére.
- 1.7 **Szolgáltatásszervező:** azon intézmény, amely szakértőket és orvosokat alkalmaz, akik segítségével a Biztosító egészségügyi szolgáltatásokat szervezhet a Kedvezményezett részére. A Szolgáltatásszervező elérhetőségeit a Biztosító a Szerződő részére eljuttatja, amelyről a Szerződő a Biztosítottakat tájékoztatja.

2. Fejezet: a biztosítási esemény a jelen biztosítás különös feltételei szerint biztosítási esemény, ha a Biztosított a kockázatviselési tartamon belül az alábbiakban felsorolt kritikus betegség típusok bármelyikét elszenvedti:

1. Rosszindulatú daganatban való megbetegedés (rák)
2. Szívinfarktus
3. Egyéb súlyos szívkoszorúér betegség
4. Agyi érkatasztrófa
5. Vakság
6. Süketség
7. Beszédképesség elvesztése,
8. Előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva)
9. Szisztémás lupus erythematosus (SLE)
10. Csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anémia)
11. Végállapotú tüdőbetegség
12. Krónikus veseelégtelenség
13. Kóma
14. Sclerosis multiplex
15. Parkinson kór
16. Alzheimer kór
17. Agyvelőgyulladás
18. Bakteriális agyhártyagyulladás
19. Aortaműtét
20. Szívbillentyűműtét
21. Koponya megnyitásával járó műtét
22. Szervátültetés
23. Nagyfokú égés

3. Fejezet: a Biztosító szolgáltatása: a Biztosító a jelen különös feltételek alapján a következő szolgáltatást nyújtja:

- 3.1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.3. pontban meghatározott szolgáltatási keretösszeg mértékéig megtéríti a Kedvezményezett által a biztosítási esemény bekövetkezését követő 3. naptári évig bezárólag igénybe vett egészségügyi szolgálatás(ok) számlával igazolt költségét.
- 3.2. A Biztosító a szolgáltatást kétféle módon nyújthatja:
 - 3.2.1. A Kedvezményezett a saját szervezésében igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokról kiállított számlát benyújtja a Biztosítóhoz. A Biztosító az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások számlával igazolt költségét – amennyiben az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás megfelel a jelen feltételek 3.8 és 4. pontjában foglaltaknak – az

Egészségpénztárnak fizeti meg és ezt az összeget az Egészségpénztár utalja tovább az arra jogosult Egészségügyi szolgáltatónak, vagy amennyiben az igénybe vett egészségügyi szolgáltatást a Kedvezményezett fizette meg, akkor közvetlenül a Kedvezményezettnek.

- 3.2.2. A Kedvezményezett az egészségügyi szolgáltatás iránti igényét a szolgáltatásszervezőnél jelezi. Az igény elbírálását követően a Szolgáltatásszervező az egészségügyi szolgáltatást megszervezi és annak számlával igazolt költségét az Egészségpénztáron keresztül az Egészségügyi szolgáltató számára megtéríti.
- 3.3. A maximális biztosítási összeg 600 000 forint. A Biztosító a szolgáltatási keretösszeg mértékét a Biztosított Szolidáris Alaphoz történő csatlakozásakor aktuális életkorát alapul véve, a lenti táblázatban foglaltak szerint határozza meg. A Biztosító a Biztosított csatlakozásakor úgy állapítja meg, hogy a Szolidáris Alaphoz történő csatlakozás időpontjának naptári évből levonja a Biztosított születésének évszámát.
- Biztosítási összegek alakulása a kor függvényében:**
- 65 éves vagy ez alatti - a biztosítási összeg 100%-a,
 - 66–70 éves korig - a biztosítási összeg 50%-a,
 - 71 éves kortól - a biztosítási összeg 25%-a
- 3.4. **Több különböző típusú kritikus betegség** egyidejű bekövetkezése esetén a szolgáltatási keretösszege nem többszöröződik.
- 3.5. Különböző típusú kritikus betegségek időben elkülönült bekövetkezése esetén a Biztosított kritikus betegség típusonként jogosult a 3.1. pont szerinti biztosítási szolgáltatásra, amennyiben megfelel a jelen feltételekben foglalt rendelkezéseknek, feltéve hogy a különböző típusú kritikus betegségek bekövetkezésének okai jól elkülöníthetőek, egymástól függetlenek, és nem áll fenn közöttük ok-okozati kapcsolat.
- 3.6. Adott kritikus betegség típusra vonatkozóan a Biztosító csak egyszer szolgált, így az adott kritikus betegség típus ismételt bekövetkezése esetén a Kedvezményezett nem jogosult a Biztosító újbóli szolgáltatására.
- 3.7. Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a Biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást.
- 3.8.
- 3.8.1. A Kedvezményezett az alább felsorolt kategóriákba tartozó egészségügyi szolgáltatások költségeinek megtérítését kérheti a szolgáltatási keretösszeg terhére:
- a) A biztosítási esemény következményeként fellépő egészségkárosodás rehabilitációja, gyógykezelése, illetve a Biztosított állapotának után követése érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások.
 - b) A Biztosított egészségi állapotának, életminőségének javítása, a fájdalom és a szenvedés csökkentése érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások.
 - c) A Biztosított további megbetegedéseinek megelőzése, korai felismerése, megállapítása, valamint a megbetegedése következtében kialakult állapot javítása érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások.
 - d) A Biztosított egészségi állapotának javítását célzó egészségügyi szolgáltatások.
- 3.8.2. Az egészségügyi szolgáltatás kiterjed az alábbi főbb ellátási területekre:
- a) orvosi ellátás (fekvő és járóbeteg)
 - b) fogászati ellátás
 - c) fizioterápia
 - d) szövet és sejtbanki tevékenység
 - e) szakpszichológiai ellátás
 - f) diétetika
 - g) egészségügyi szolgáltatáshoz szükséges fekvőbeteg intézményben vagy speciális rehabilitációs intézményben való elhelyezés
 - h) mozgáskorlátozottság esetén a lakókörnyezet átalakítása
 - i) tartós ápolás
 - j) gyógyászati segédeszközök kölcsönzése
 - k) kiegészítő gyógyászati tevékenységek, nem konvencionális gyógyászati módok:
- I. Orvos által végezhető gyógyászati módok:**
- homeopátia,
 - hagyományos kínai orvoslás (ezen alapuló egyéb technikák),
 - manuálterápia (gyógytornász/gyógytornász-fizioterapeuta által is végezhető),
 - indiai (ájurvédikus gyógyászati eljárások),
 - méregtelenítő módok,
 - tibeti gyógyító eljárások,
 - pszichológiai eljárások,
 - neurálterápia.
- II. Szakképesítéssel végezhető tevékenységek:**
- akupresszúra,
 - keleti mozgás- és masszázsterápia,
 - életmód oktatás és tanácsadás,
 - eflexzóna terápia.
- III. Vizsgával záruló képzésben szerzett képesítéssel végezhető tevékenységek, kiegészítő fizioterápiás módszerek:**
- fitoterápia,
 - fülakupunktúrás addiktológiai eljárások,
 - kineziológiai módszerek,
 - szemtréning eljárások.
- 3.9. **Gyógyszer és gyógyászati segédeszköz költsége nem téríthető meg a szolgáltatási keretösszeg terhére.**
- 3.10. A Kedvezményezett által igénybe vett 3.8. szerinti egészségügyi szolgáltatások számlával igazolt költségét a Biztosító csak a szolgáltatási keretösszeg erejéig téríti meg. Amennyiben a szolgáltatási keretösszeg csak részben fedezi az egészségügyi szolgáltatás költségét, a Biztosító csak a szolgáltatási keretösszeg erejéig téríti meg annak költségét, a fennmaradó összeg megfizetése a Kedvezményezettet terheli.
- 3.11. Az egészségügyi szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 3. naptári évet követő nap 0. órájáig lehet igénybe venni. Amennyiben a fenti határidőig igénybe vett egészségügyi szolgáltatások megtérített költségei nem merítik ki a szolgáltatási keretösszeget, a fennmaradó összeg tekintetében a Kedvezményezett nem jogosult további egészségügyi szolgáltatások költségének megtérítésére.
- 3.12. A 3.8. szerinti egészségügyi szolgáltatások számlával igazolt költségét a Biztosító az Egészségpénztárnak fizeti meg és ezt az összeget az Egészségpénztár utalja tovább az arra jogosult Egészségügyi szolgáltatónak vagy amennyiben az igénybe vett egészségügyi szolgáltatást a Kedvezményezett fizette meg, akkor közvetlenül a Kedvezményezettnek.
- 3.13. A Biztosító a számla beérkezését követő 15 munkanapon belül teljesít kifizetést az Egészségpénztár felé.

4. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- 4.1. A Biztosító jelen feltételek szerinti biztosítási fedezetet az Egészségpénztár Szolidáris Alap szolgáltatásának igénybevételére jogosult Biztosítottakra vonatkozóan nyújtja.
- 4.2. A Kedvezményezett által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások költségét a Biztosító abban az esetben téríti meg, ha
- a költséget a Kedvezményezett nevére az Egészségügyi szolgáltató által kiállított és a Kedvezményezett nevére szóló számla igazolja;
 - az egészségügyi szolgáltatás megfelel 3.8. pontban meghatározott kategóriák valamelyikének;
 - a szolgáltatási keretösszeg erre részben vagy egészben fedezetet nyújt;
 - ha a Biztosító a vonatkozó szolgáltatást indokoltan ítélte meg.
- 4.3. A Biztosító az igénybe vett szolgáltatások indokoltságának ellenőrzése céljából a Kedvezményezettől bekérheti a szakorvosi javaslatot, illetve más az indokoltsgát alátámasztó iratot és ezek alapján dönthet a szolgáltatási igény elfogadásáról vagy elutasításáról. A Biztosító a benyújtott szolgáltatási igény ellenőrzésénél bekérheti az egészségügyi szolgáltató működési engedélyére vonatkozó adatokat. Amennyiben azok nem felelnek meg a vonatkozó jogszabályok rendelkezéseinek a szolgáltatási igényt elutasíthatja.
- 4.4. Amennyiben a Kedvezményezett a Szolgáltatásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatást veszi igénybe annak költségéről az Egészségügyi szolgáltató számlát állít ki a Kedvezményezett nevére. Az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás ellenértékét a Biztosító a szolgáltatási keretösszeg terhére az Egészségpénztáron keresztül megtéríti az Egészségügyi szolgáltató részére. A Kedvezményezett csak az egészségügyi szolgáltatás ellenértékének szolgáltatási keretösszege felül részét köteles megfizetni az Egészségügyi szolgáltatóknak.
- 4.5. Az igénybe vett egészségügyi szolgáltatásról kiállított, a Kedvezményezett nevére szóló számlát a Szolgáltatásszervezőhöz kell benyújtani a számla kiállítását követő 30 napon belül.

5. Kritikus betegség típusok definíciói, illetve a kárelbíráláshoz benyújtandó iratok

- 5.1.1. **Rosszindulatú daganat (rák):** rosszindulatú daganat a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan osztódása és az egészséges szövetek közé terjedése, azok elpusztítása. A rák meghatározása magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin és Non-Hodgkin lymphoma), a myeloma multiplexet, a leukémiát. **A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:**

- körülírt, a környezetét nem elárasztó ún. lokális daganatok (carcinoma in situ), a szövettanilag premalignus, korai stádiumú,
- non-invazív daganatok (ide számítva az in situ mell-daganatokat és a CIN-1, CIN-2, CIN-3 méhnyaki diszpláziákat),
- korai stádiumú prosztatarák (T1a, 1b, 1c),
- bazálsejtes rák (basalioma), pikkelyes bőrrák (epithelioma), áttét nélküli melanoma, ha a tumor vastagsága 1,5 mm alatt van vagy a Clark osztályozás szerint a 3-as szint alatti
- HIV vírus jelenléte mellett kialakult malignus tumorok,
- pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 besorolású papilláris mikrocarcinómája,
- húgyhólyag papilláris mikrocarcinómája,
- RAI III stádiumnál alacsonyabb besorolású krónikus lymphoid leukémia.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

Benyújtandó iratok: onkológiai szakorvosi vélemény, zárójelentés, a daganatot bizonyító szövettani vizsgálat lelete.

- 5.2. **Szívinfarktus:** a szívizom egy részének elhalása az érintett terület elégtelen vérellátása következtében. A diagnózis az alábbi kritériumokon alapszik:

- típusos mellkasi fájdalom
- friss és szívinfarktust bizonyító EKG eltérés, ST-szakasz elevációval járó szívinfarktus (STEMI) kialakulása,
- szívizom elhalást jelző specifikus enzimek szintjének típusos emelkedése a vérben (CK-MB, Troponin T vagy I, egyéb biokémiai markerek).

A biztosítás nem terjed ki a nem ST-szakasz elevációval járó, emelkedett Troponin I vagy T-vel kísért szívinfarktusra (NSTEMI).

A diagnózist kardiológus szakorvos állítja fel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

Benyújtandó iratok: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés (a típusos mellkasi fájdalom leírása, az akut ST-szakasz elevációval járó, jellemző EKG-eltérések igazolása, a szívizom elhalást jelző specifikus enzimek szintjének emelkedésének dokumentálása).

- 5.3. **Egyéb súlyos szívkoszorúér betegség:** A szívkoszorúér átmérőjének, koszorúér-festéssel igazolt, legalább 75%-os beszűkülése, vagy másik két artéria 60%-os átmérő csökkenése, függetlenül attól, hogy műtéti beavatkozás történt-e. A jelen definíció szempontjából a szív koszorú-érrendszer részei a következők: bal főtrzs, bal első leszálló ág (LAD, RDA), a körbefutó ág RCX) és a jobb koszorúér (RCA, ACD). A diagnózist kardiológus szakorvos állítja fel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.

Benyújtandó iratok: kardiológiai szakvélemény, zárójelentés, a koszorúér-festés (coronarographia) lelete.

- 5.4. **Agyi érkatasztrófa:** Az agyi érkatasztrófa olyan idegrendszeri történés – agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embóliaforrásból eredő agyi embólia – melynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak és a következményeként maradandó idegrendszeri károsodás keletkezik. A neurológiai szakorvosi diagnózist meg kell erősítenie az agy CT vagy MRI vizsgálatának, amely friss agyi elváltozást mutat.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- átmeneti agyi vérkeringési zavarok (TIA),
- balesetből eredő koponyaűri vérzés,
- migrén okozta idegrendszeri tünetek,
- lacunaris stroke idegrendszeri jelek nélkül.

A biztosítási esemény időpontja megegyezik az akut esemény napjával, feltéve, hogy az ettől számított 90 nap elteltével a maradandó idegrendszeri károsodást neurológiai szakvélemény igazolja. Benyújtandó iratok: ideggyógyászati szakvélemény, zárójelentés, CT vagy MRI vizsgálat lelete az akut eseményről, valamint ideggyógyászati szakvélemény a 90 napon túl fennálló, maradandó idegrendszeri károsodásról.

- 5.5. **Vakság:** mindkét szem látóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében. *Nem képez biztosítási eseményt a súlyos látásgyengülés, részleges vakság, látótér-csökkenés.*

A biztosítási esemény bekövetkezési időpontját szemész szakorvos állapítja meg.

Benyújtandó iratok: a látóképesség teljes elvesztését igazoló vizsgálatok leletei, szemészeti szakvélemény.

- 5.6. Süketség:** mindkét fül hallóképességének teljes, végleges elvesztése betegség vagy baleset következtében. A biztosítási esemény bekövetkezését (a hallás minden frekvencia tartományában legalább 80 decibeles hallás csökkenését jelenti) és annak időpontját audiometriás és hallásküszöb-vizsgálattal fül-orr-gégész szakorvos állapítja meg.
A biztosítási esemény a hallásvesztés diagnosztizálásának időpontja.
Benyújtandó iratok: a teljes hallásvesztést igazoló vizsgálatok leletei, fül-orr-gégészeti, audiológiai szakvélemény.
- 5.7. Beszédképesség elvesztése:** A beszédképesség teljes és visszafordíthatatlan elvesztése a hangszálak betegsége vagy sérülése következtében.
A biztosítási esemény időpontja megegyezik a beszédképesség elvesztésének időpontjával feltéve, hogy az ettől számított 6 hónap után igazoltan fennáll.
Benyújtandó iratok: a diagnózis felállításakor és az azt követő 6 hónap elteltével elvégzett vizsgálatok leletei és fül-orr-gégészeti szakvélemény.
- 5.8. Előrehaladott bőrkérgesedés (scleroderma progressiva):** szisztémás kötőszövet-érrendszeri megbetegedés a bőrben, erekben és belső szervekben.
A biztosítási eseményt biopsziás és szerológiai vizsgálat egyértelmű eredményével kell alátámasztani, és bizonyítani kell egy vagy több belső szerv (szív, tüdő, vese) érintettségét.
A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:
- helyi bőrkérgesedés (scleroderma lineáris, morphoea),
 - Fasciitis eosinophyllica,
 - CREST szindróma.
- A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.
Benyújtandó iratok: immunológus szakvélemény, szerológiai, szövettani vizsgálatok eredményei.
- 5.9. Szisztémás lupus erythematosus nephritisszel (SLE):** több szervet érintő autoimmun betegség, amelyben a veseszövetet autoantitestek és immunkomplexek lerakódása károsíthatja, amelynek eredményeképpen lupus nephritis alakulhat ki. Ebben a biztosításban az SLE diagnózisát azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor az SLE érinti a veséket.
A biztosítás kiterjed a WHO szerinti III-VI osztályú lupus nephritisre. A lupus nephritis WHO szerinti klasszifikációja:
- Class I. Lupus glomerulonephritis minimális elváltozás,
 - Class II. Mesangiális lupus glomerulonephritis,
 - Class III. Focalis segmentalis vagy proliferatív glomerulonephritis,
 - Class IV. Diffúz proliferatív glomerulonephritis,
 - Class V. Diffúz membranózus glomerulonephritis,
 - Class VI. Előrehaladott, szklerotizáló glomerulonephritis.
- A biztosítás nem terjed ki a WHO szerinti I-II osztályú lupus nephritisre, a discoid lupusra.**
A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának napja.
Benyújtandó iratok: nephrológus, immunológus, reumatológus szakvéleménye, zárójelentések, vesebiopszia lelete.
- 5.10. Csontvelő-elégtelenség (aplasztikus anaemia):** Krónikus csontvelő elégtelenség, mely vérszegénységben, csökkent neutrophyl fehérvérsejt és thrombocytaszámban nyilvánul meg.
A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának a napja.
A biztosítás nem terjed ki a vérszegénység nem csontvelő elégtelenség miatt kialakult eseteire.
Benyújtandó iratok: haematológiai, immunológiai szakvélemény, kórházi zárójelentés, a diagnózist alátámasztó laboratóriumi és csontvelő vizsgálat leletei.
- 5.11. Végállapotú tüdőbetegség:** a krónikus légzőszervi elégtelenség következtében kialakuló végállapotú tüdőbetegség. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:
- FEV1 teszt eredménye három egymást követő vizsgálat alkalmával kevesebb, mint 1 liter. A FEV1 az egy másodperc alatt erőltetett lélegzéssel kilégzett levegő mennyisége;
 - Állandó oxigénpótló kezelést igénylő állapot;
 - Nyugalmi nehézlégzés.
- A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fent leírt feltételek bekövetkezésének a tüdőgyógyász szakorvos által megállapított időpontja.
Benyújtandó iratok: tüdőgyógyászati szakvélemény, légzésfunkciós vizsgálatok eredményei.
- 5.12. Krónikus veseelégtelenség:** mindkét vese működésének krónikus, visszafordíthatatlan, végállapotnak megfelelő beszűkülését jelenti, mely rendszeres vese dialysist (haemodialysis, peritoneális dialysis) vagy veseátültetést tesz szükségessé.
A biztosítás nem terjed ki az akut vesekárosodás miatti átmeneti időre szükséges vese dialysisre illetve a szerződés-kötéskor már várólistán levő egyénre.
A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a legalább 60 napot meghaladó *rendszeres dialysis kezelés igazolása a dialysist végző intézmény által* vagy a veseátültetés napja (attól függően, hogy melyik következik be előbb).
Benyújtandó iratok: a kivizsgálás, a dialysis szükségességét igazoló nephrológiai leletek, kórházi zárójelentések, a legalább 60 napot meghaladó rendszeres dialysis igazolása a dialysist végző intézmény által, veseátültetés esetén a beültetést végző intézmény zárójelentése.
- 5.13. Kóma:** kómának minősülő állapot, amikor az eszméletvesztés legalább 96 óráig folyamatosan fenn áll. A diagnózis alátámasztásához az alábbi feltételek mindegyikének a teljesülése szükséges:
- legalább 96 óráig nincs válasz a külső ingerekre,
 - az életfontos funkciók műszeres fenntartása szükséges;
- közvetlenül az alkohol és drogfüggőség következtében kialakult eszméletvesztésre a biztosítás nem terjed ki.*
A biztosítási esemény időpontja a Kóma állapot bekövetkezésének napja.
Benyújtandó iratok: intenzív terápiás szakorvosi vélemény, zárójelentés.
- 5.14. Szklerózis multiplex:** a szklerózis multiplex krónikus, a központi idegrendszer fehérállományának gyulladással járó betegsége, melynek következtében károsodik az idegsejteket körülvevő, úgynevezett myelinhüvely és az idegsejtállomány is.
A biztosítás nem terjed ki az idegrendszer vírus eredetű demyelinizációval járó betegségeire, illetve a neuritis optikára (neuritis retrobulbaris).
A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.
Benyújtandó iratok: ideggyógyász szakorvosi vélemény, zárójelentés.
- 5.15. Parkinson kór:** parkinson-kór idült, betegség, mely az agyi ún. extrapiramidális, dopamin ingerületátvivő anyaggal működő agyi területek pusztulásával jár.

A biztosítás nem terjed ki az azonosítható okból (gyógyszerhatás, baleset, vérzés, stb.) kialakuló Parkinson szindróma eseteire.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.
Benyújtandó iratok: ideggyógyász szakorvosi vélemény, zárójelentés.

5.16. Alzheimer kór/Súlyos elbutulás (60 éves kor betöltése előtt): Alzheimer kór vagy visszafordíthatatlan szervi rendellenesség következtében kialakult értelmi képesség hanyatlás, ami olyan magatartásváltozással jár, hogy a biztonságos mindennapi életvitel folyamatos külső felügyeletet igényel.

A biztosítás nem terjed ki a pszichiátriai betegségek vagy az alkoholfüggőség okozta elbutulás eseteire, és a 60 éves kor betöltését megelőzően felállított diagnózisokra.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.
Benyújtandó iratok: ideggyógyász szakorvosi vélemény, zárójelentés.

5.17. Agyvelőgyulladás: az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladását okozó fertőzés, amely tartós idegrendszeri károsodáshoz vezet.

A biztosítás nem terjed ki a HIV vírus okozta agyvelőgyulladásra.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.
Benyújtandó iratok: ideggyógyász vagy infektológus szakorvosi vélemény, zárójelentés.

5.18. Bakteriális agyhártyagyulladás: bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladós folyamatainak keresztül súlyos ideggyógyászati károsodást okoz.

A biztosítási esemény időpontja a diagnózis felállításának időpontja.

Benyújtandó iratok: ideggyógyász vagy infektológus szakorvosi vélemény, zárójelentés.

5.19. Aortaműtét: nyitott mellkasban vagy hasban végzett nagyműtét az aorta szűkületének, elzáródásának, aneurizmájának (verőértágulat), dissectiojának (az aorta belső rétegének hosszanti, tovafutó berepedése) megszüntetése céljából. Ebben a megfogalmazásban a mellkasi és hasi aorta műtétéről van szó, az oldalágak nélkül.

A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra.

A biztosítási esemény időpontja a műtét napja.
Benyújtandó iratok: kardiológiai, szívsebészeti szakvélemény, zárójelentés, műtéti leírás.

5.20. Szívbillentyűműtét: egy vagy több műbillentyű (aorta, mitrális, pulmonális, tricuspidális) nyitott mellkasban való műtéti behelyezése a billentyű szűkület, elégtelenség vagy a kettő kombinációja miatt. A billentyűbetegség diagnózisát szívkatéteres és szívultrahang vizsgálattal kell igazolni, a műtét szükségességét kardiológus, szívsebész szakvéleményével kell alátámasztani.

A biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:

- **valvuloplasztika,**
- **valvulotómia.**

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének napja.

Benyújtandó iratok: kardiológiai szakvélemény, szívsebészeti zárójelentés, műtéti leírás.

5.21. Koponya megnyitásával járó műtét: a koponya és az agyhártyák megnyitásával járó műtéti eljárás, melyet betegség vagy baleset okozta elváltozás vagy állapot miatt válik indokolttá.

A biztosítás nem terjed ki a katéteres eljárásokra.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét elvégzésének napja.

Benyújtandó iratok: ideggyógyászati szakvélemény, idegsebészeti zárójelentés, műtéti leírás.

5.22. Szervátültetés: a szervátültetés olyan műtéti beavatkozást jelent, amelynek során a Biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe az adott szerv végállapotú károsodása miatt, más személy (donor) testéből szívet, tüdőt, májat vagy vesét első alkalommal ültetnek át.

Az itt felsoroltakon kívül más szervekre nem terjed ki a kockázatviselés, így összejt, csontvelő, bőr, csont beültetésre, vérátömlesztésre sem.

A biztosítási esemény időpontja a beültetés napja.

Benyújtandó iratok: a transzplantációt megelőző kivizsgálás, a transzplantációt végző intézmény zárójelentései.

5.23. Nagyfokú égés: harmadfokú (teljes bőrvastagságot érintő) égési sérülés, amely a Biztosított testfelületének legalább 20%-át érinti. Az égési sérülés a hőforrás (tűz, forró felület, gőz) vagy elektromos áram által kiváltott élőszöveti sérülés.

A biztosítás nem terjed ki nap-, röntgen-, radioaktív-, infrasugárzás, lézer, mikrohullám által okozott égési sérülésekre.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a harmadfokú égési sérülés bekövetkezésének időpontja, amelyet bőrgyógyász, sebész szakorvos igazol.

Benyújtandó iratok: bőrgyógyászati, sebészeti szakvélemény.

6. Fejezet: a kockázatviselés korlátozása

6.1. A Biztosító mentesül a Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételekben megfogalmazott kizárások és mentesülések esetén a szolgáltatás teljesítése alól.

6.2. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosított olyan betegsége, amely a Biztosított Szolidáris Alaphoz való csatlakozása előtti három évben bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy mely ez idő alatt gyógykezelést igényelt.

6.3. A Biztosító kizárja azon káreseményeket, ahol az esemény hátterében ugyanaz az elsődleges kórfolyamat áll, melyre a kár bekövetkezte előtti 3 évben a biztosítási keretösszeget már megítélte.

7. A biztosítási esemény bejelentéséhez szükséges iratok

7.1. Az 5. fejezetben az egyes kritikus betegség típusok leírásánál részletezett dokumentáció Biztosítóhoz történő benyújtása szükséges a károk elbírálásához.

7.2. A Biztosító a káresemény elbírálásához szükséges utolsó dokumentum benyújtásától számított 15 munkanapon belül értesíti a Biztosítottat a kárigény elutasításáról, illetve annak elfogadása esetén a biztosítási szolgáltatás igénybe vételének a 4. pontban meghatározott feltételeiről.

7.3. A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Kedvezményezett nem jelenti be 8 munkanapon belül a kár iránti igényét, illetve a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.