

Biztosító**GB1038 JELŰ RÁKDIAGNOSZTIKAI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
KÜLÖNÖS FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ****1.5 Általános rendelkezések**

(1) A GB1038 jelű Rákdiasztikai kiegészítő egészségbiztosítás (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) a jelen különös feltételek és a Groupama Biztosító Zrt. Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei (továbbiakban: Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek) alapján jön létre a Groupama Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (továbbiakban: szerződő) között.

(2) Amennyiben jelen különös feltételek valamely rendelkezése eltér a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglaltaktól, a különös feltételek rendelkezései az irányadók.

(3) A jelen különös feltételek szerint létrejövő egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított jelen különös feltételekben meghatározottak szerinti megbetegedése (biztosítási esemény bekövetkezése) esetén az itt meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.

2.5 A szerződés létrejötte és tartama

(1) A kiegészítő biztosítás a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 2.5-ában foglaltak szerint jön létre. A szerződés megkötését a szerződő ajánlattal kezdeményezi.

(2) A kiegészítő biztosítási szerződés csak akkor köthető meg, ha a kiegészítő biztosítás szerződője egyben a főbiztosítás szerződője.

(3) A kiegészítő biztosítás a főbiztosítással egyidejűleg vagy a főbiztosítás biztosítási díjfordulóján köthető meg.

(4) A kiegészítő biztosítás tartama a főbiztosítás tartamának végéig tart, de legfeljebb addig az évig, amikor a biztosított 65. életévét betölti. A szerződés legalább 5 éves tartamra jöhet létre. A biztosítási szerződés lejáratának napja a tartam utolsó évének biztosítási évfordulója.

3.5 Fogalmak

Jelen különös feltételek alkalmazása szempontjából:

(1) Daganatos megbetegedés: a szervezetben kialakuló kóros növekedésforma (kóros sejtburjánzás), amelyben a génhibákat hordozó sejtek a daganatos átalakulásuk következtében – elveszítve a normális növekedési, osztódási kontrollra adott válaszkészséget – képesek a sejtosztódási folyamatszabályozó hatásainak érvényesülése nélküli, szabálytalan, korlátlan növekedésre, osztódásra.

(2) Jóindulatú daganat: rendszerint jól körül határolt, az adott szerv vagy szövet határain belül, ahhoz hasonló szöveti szerkezettel rendelkező kóros sejtburjánzás, amely általában lassan növekszik, s mivel határait hártya borítja, amely elszigeteli a környezetétől, így nem hatol be a véráramba, nem képez áttéteket. Panaszt ugyan okozhat, mert nyomhatja az idegeket, növekedése folytán akadályozhatja az adott szervet a rendes működésben, ám rendszerint eltávolítható vagy gyógyítható, a kiújulása általában ritka.

(3) Kivizsgálási folyamat: az a folyamat, amely a szolgáltatóhoz történő bejelentkezéstől a szolgáltató által megadott írásbeli terápiás eljárásnak a biztosított részére történő átadásáig tart. A kivizsgálási folyamat csak akkor kezdődik, amikor orvos szakmai szempontok alapján 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 tel-

jes 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 biztosított komplex kivizsgálása, a szükséges vizsgálatok elvégzése a fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást követő időszakban kerül megvalósításra.

Amennyiben a biztosított állapota nem teszi lehetővé egy-egy adott vizsgálat elvégzését, vagy a vizsgálati eredmény értékelését kétségesé teszi, akkor a szükséges vizsgálatok lebonyolítása abban az időpontban történik, amikor a biztosított alkalmassá válik az adott vizsgálat elvégzésére.

(4) Szolgáltató: a biztosító egészségügyi szolgáltató partnere, akivel a biztosító szerződik a biztosítási szolgáltatásnál felsorolt szolgáltatások nyújtására. A biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató: ONKOMPLEX Rákdiasztikai és Asszisztencia Kft. (Levelezési cím: ONKOMPLEX Kft., 1583 Budapest, Pf. 38. Telefon: +36 1 506 0527, E-mail: groupama@onkomplex.hu) és partnerei.

(5) Szakasszisztens fogalma és feladatai: a szakasszisztens az orvos utasításai alapján önállóan vagy a szakorossal közösen elvégzi a diagnózis megállapításához szükséges teendőket, elmagyarázza a biztosítottaknak a kezelés lényegét, tanácsot ad a kezelés során potenciálisan előforduló mellékhatások megelőzésére, csökkentésére, gyakorlati tanácsokkal segíti a biztosítottak megfelelő életvezetését, biztosítottakról és a vizsgálati eredményekről számítógépes nyilvántartást vezet.

(6) Diagnózis: a szolgáltató által meghatározott szakértői csoport véleménye és kezelési javaslata, amely tartalmazza a következőket: a biztosított állapotához, klinikai profiljához optimálisnak tekintendő, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában már törzskönyvezett terápiás lehetőségek, továbbá a közép- és hosszú távú kezelési és rehabilitációs stratégia kialakítása.

4.5 A biztosító kockázatviselésének kezdete

A kiegészítő biztosítás esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a főbiztosítással egyidejűleg történő kötés esetén az ajánlat biztosító vagy alkusz részére történt átadását követő nap, a főbiztosítás tartama alatt történő kötés esetén az ajánlat átadását követő díjfizetési időszak első napja.

5.5 Kockázatelbírálás, egészségügyi kockázatfelmérés

(1) A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben foglalt szabályozáson túl jelen kiegészítő biztosítási szerződés megkötésének előfeltétele lehet a biztosított írásban tett egészségi nyilatkozata.

(2) Ajánlattételkor a már meglévő betegség, rokkantság, egészségkárosodás megfelelő dokumentálásának kötelezettsége az ajánlattevőt terheli.

(3) Ajánlattételkor a már meglévő betegség vonatkozásában a biztosító további orvosi vizsgálatot vagy kezelőorvosi dokumentációt, vizsgálati eredményeket, orvosszakértői véleményezéseket kérhet.

(4) Az egészségügyi kockázatfelmérés során a biztosító kötelező orvosi vizsgálatot is előírhat, melynek költsége a biztosítót terheli.

6.5 A biztosítási szerződés alanyai

(1) Szerződő: a kiegészítő biztosítás szerződője, aki azonos a főbiztosítás szerződőjével.

(2) Biztosított: az ajánlattételkor 18–60 év közötti természetes személy, akit az ajánlatban a szerződő biztosítottként nevezett meg, és aki a szerződés megkötésekor biztosítható volt.

(3) Kedvezményezett: a biztosított, aki a jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás szerint a biztosító szolgáltatására jogosult.

7.§ Biztosítási esemény

(1) A kiegészítő biztosítás szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítás tartamán belül a kockázatviselés kezdetét követően:

- diagnosztikus vizsgálat alapján daganatos betegség gyanúja miatt a háziorvos, az illetékes szakorvos vagy magánorvos a biztosított számára további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálatot ír elő;
- az (1) pont a. bekezdéstől eltérően bőrgyógyászati daganatok esetében a rosszindulatú daganatot bőrgyógyász szakorvos diagnosztizálta, és a rosszindulatú betegség vonatkozásában a biztosított számára további kivizsgálást javasol.

(2) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az (1) a. és b. pontjaiban meghatározott orvos általi további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálat előírásának időpontja.

(3) Az (1) a. pont szempontjából diagnosztikus vizsgálatnak minősülnek a különböző képalkotó vagy szűrővizsgálatok, endoszkópos vizsgálatok, szövettani vagy citológiai vizsgálatok, az adott terület szakorvosa által végzett fizikális vagy eszközös vizsgálatok

(4) Jelen különös feltétel vonatkozásában nem minősül diagnosztikus vizsgálatnak a hőterkép, a biorezonancia vagy a genetikai vizsgálati eredmény, önmagában a tumor marker szinteket meghatározó vizsgálat, illetve egyéb, nem konvencionális vizsgálati eljárásnak tekintendő vizsgálatok.

8.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító jelen különös feltételek alapján a 7.§-ban felsorolt biztosítási események esetén az alábbi pontokban felsorolt szolgáltatásokat nyújtja.

a. Szóbeli indító konzultációs lehetőség biztosítása a biztosítási esemény bejelentésétől számított 5 munkanapon belül, ha a biztosított állapota orvosilag lehetővé teszi.

A biztosító a szolgáltatón keresztül az által megadott helyszínen és időpontban állapotfelmérő személyes konzultációt tart a biztosítottal (belgyógyászati és/vagy onkológiai vizsgálat).

b. Daganatdiagnosztikai szolgáltatás biztosítása a szóbeli indító konzultáció időpontjától számított 15 munkanapon belül, ha a biztosított állapota orvosilag lehetővé teszi, és a biztosító vizsgálata alapján a jelen különös feltételek 11.§ (5) pontja szerint megállapításra kerül, hogy a biztosított jogosult a szolgáltatásra:

- a biztosító a szolgáltatón keresztül vállalja az adott daganattípus esetén szakmailag indokolt legkorszerűbb diagnosztikai vizsgálatok teljes körű megszervezését és elvégzését, amely magában foglalja az endoszkópos vizsgálatokat, patológiát, képalkotó diagnosztikát, mint pl. PET-CT, MRI, CT, valamint a személyre szabott genetikai és/vagy molekuláris diagnosztikai vizsgálatokat is;
- a biztosító vállalja a jelen különös feltételekben meghatározott vizsgálatok eredménye alapján a szolgáltató által meghatározott diagnosztikus elkészítését.

c. Orvosi betegvezetés: a biztosító vállalja továbbá a szolgáltatón keresztül az alábbi szolgáltatásokat:

- 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

szívnvonalú szakorvosi egyeztetéseket, megszervezi a szakmailag indokolt konzultációkat és/vagy vizsgálatokat, a diagnosztikus elkészítéséig 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 személyes konzultációra, melyen a biztosított részletes tájékoztatást kaphat, felteheti kérdéseit a betegséggel, valamint az állapotával és a rendelkezésre álló kezelési lehetőségekkel kapcsolatban;
- a biztosító vállalja, hogy a szolgáltatón keresztül a jelen pontban meghatározott biztosítási szolgáltatás keretében a fentiekben túl összeállítja a szolgáltató szakértői véleményét és kezelési javaslatát.

d. Szakasszisztensi utánkövetés: 1 éves rendszeres, telefonos szakasszisztensi tanácsadás (mellékhatás management, életmód, rehabilitáció), és probléma esetén szakasszisztensi rendelkezésre állás. A biztosított jóindulatú daganat megállapítása esetén szakasszisztensi utánkövetés igénybevételére nem jogosult. Az 1 éves utánkövetés kezdetének napja a szakértői vélemény és kezelési javaslata kiállításának dátuma.

(2) Jóindulatú megbetegedés diagnosztizálása esetén a kiegészítő biztosítás továbbra is érvényben marad. **Jóindulatú megbetegedés esetén a biztosítás tartama alatt legfeljebb 2 alkalommal vehető igénybe az (1) pontban részletezett szolgáltatás.**

(3) A biztosító a 14.§ (2) pontja kivételével pénzbeli szolgáltatást nem nyújt a biztosítottnak, a szolgáltatások kizárólag a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatón keresztül vehetők igénybe.

(4) A szolgáltatás iránti igénybejelentési kötelezettség kezdő időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja.

(5) A jelen 8.§-ban meghatározott biztosítási szolgáltatások mindenkor helyszíneiről a biztosító a honlapján (www.groupama.hu) ad tájékoztatást. A biztosítás nem terjed ki a vizsgálat helyszínére történő utazás költségeire.

(6) Ha a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási tartam lejártáig a jelen különös feltételekben meghatározott biztosítási esemény nem következik be, akkor jelen kiegészítő biztosítás a biztosítási tartam lejáratakor kifizetés nélkül megszűnik.

(7) A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási események kapcsán a biztosított kizárólag a szóbeli konzultációs lehetőség igénybevételére jogosult.

9.§ A biztosítási díj

(1) Jelen különös feltételek alapján létrejövő kiegészítő biztosítás kizárólag folyamatos díjas lehet.

(2) A biztosítás díja a szerződő választása szerint havonta, negyedévente, félévente vagy évente esedékes. A díjfizetés gyakorisága és módja nem térhet el a főbiztosításnál választott díjfizetési gyakoriságtól és módtól.

(3) A szerződő az első vállalt biztosítási díjat a jelen kiegészítő biztosítási ajánlat átadásakor, a folytatólagos díjat minden ezt követő, díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakra az első díjfizetés napjával megegyező naptári napjáig köteles megfizetni.

(4) A biztosító jogosult évenként a biztosítási díj felülvizsgálatára, és amennyiben a daganatdiagnosztikai szolgáltatások keretében biztosított vizsgálatok költségének növekedése meghaladja a 20%-ot, akkor írásban díjemelést kezdeményezhet a biztosítási évfordulót megelőzően 90 napig. A biztosító a biztosítási díjat biztosítási időszakonként egyszer, a megváltozott körülményekkel arányos mértékben, de legfeljebb 100%-os mértékben módosíthatja.

(5) A szerződő a díjemelésről szóló értesítés kézhezvételétől számított 30

napon belül írásban elutasíthatja a díjmódosítást. Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül elutasítja a díjmódosítást, a szerződés a biztosítási évfordulót megelőző nap 24.00 órákor megszűnik. Ha a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el írásban a díj módosítását, vagy a szerződő a díj esedékességekor már a módosított díjat fizeti meg, az a szerződő részéről a díjmódosítás elfogadásának minősül, és a szerződés a biztosítási évforduló napján a díjmódosításnak megfelelő tartalommal marad hatályban.

10.§ Értékkövetés

(1) Jelen kiegészítő biztosítási szerződés értékkövetése, azaz indexálása, valamint az indexálással kapcsolatos ügyféltájékoztatás a főbiztosítás indexálási eljárásával, valamint az arról szóló tájékoztatással egyidejűleg történik az alábbiak szerint.

(2) Az index mértéke minden biztosítási évben 2%.

(3) Az index a szerződés éves díját a tartam végéig a megadott index mértékével minden biztosítási évfordulón megnöveli.

(4) Jelen kiegészítő biztosítás esetén az index mértéke eltér a főbiztosításnál alkalmazott index mértékétől.

(5) Amennyiben az indexálást az ügyfél évforduló előtt legalább 15 nappal írásban elutasítja, az a kiegészítő biztosítás ügyfél általi felmondásának minősül, és a kiegészítő biztosítás a biztosítási évforduló napján megszűnik.

11.§ A biztosító teljesítése, a szolgáltatási igény bejelentése

(1) A biztosított köteles a biztosítási eseményt a szolgáltatás iránti igénnyel együtt annak bekövetkeztétől számított 8 napon belül **a szolgáltatónál telefonon** bejelenteni.

(2) A szolgáltató a jelen különös feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosításra benyújtott szolgáltatási igényeket a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeknek 17.§ (4) pontjában felsoroltakon kívül az alábbi dokumentumok benyújtása esetén fogadja el:

- orvosi-, szakorvosi beutaló vagy javaslat a kivizsgálási folyamat megkezdésére;
- az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció, különösen szakorvosi vizsgálati lap vagy ambuláns lap.

(3) A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban felsorolt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítsa magát.

Azonosításhoz szükséges adatok:

- életbiztosítási szerződés szerződésszáma;
- szerződő neve;
- biztosított neve;
- biztosított édesanyjának neve;
- biztosított születési ideje.

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

(4) A szolgáltató által megszervezett egészségügyi ellátás megkezdése előtt a szolgáltató azonosítja a biztosítottat a személyes adatai alapján. Amennyiben a biztosított személye nem azonosítható, a biztosított a biztosítási szolgáltatás igénybevételére nem jogosult.

(5) A biztosító a szóbeli konzultációt követő 5 munkanapon belül megvizsgálja és ellenőrzi a benyújtott dokumentumok alapján a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét. A vizsgálat eredményeképpen **a biztosító megtagadhatja a biztosítási szolgáltatások nyújtását azokban az esetekben, amelyekben jelen különös feltételek értelmében a biztosított nem jogosult a szolgáltatásra.**

12.§ Kizárt kockázatok

(1) A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben felsorolt kizárásokon túl a biztosító nem teljesít szolgáltatást a műtétet, sebészeti beavatkozást igénylő mintavétel költsé-

geire, különösen a gátüreg endoszkópos vizsgálatával (mellkastükrözés) egybekötött sebészeti mintavétel, a videóasszisztált mellkastükrözés során történő sebészeti eljárások (VATS), agyi biopszia, a has megnyitásával járó sebészeti beavatkozások/vizsgálatok (laparotomia).

(2) A Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekben felsorolt kizárásokon túl a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatos betegség gyanújának következő eseteire:

- a. HIV vírus fertőzöttség, AIDS betegség következményeként, azzal összefüggésben fellépő bármely daganat gyanúja;
- b. korábbi, kockázatviselés kezdete előtt már diagnosztizált, illetve kezelt daganatos betegséggel összefüggésbe hozható, annak kiújulásaként jelentkező daganat gyanúja; kivéve azon daganatos betegségek, melyekről az egészségi nyilatkozat alapján, orvosi dokumentumokkal igazoltan a biztosító tudott, és ennek ismeretében kötötte meg a biztosítási szerződést.

13.§ A szerződés megszűnésének esetei

A kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik:

- a főbiztosítás megszűnésével egyidejűleg;
- ha a főbiztosítás díjmentessé válik, akkor a díjmentessé válás napján;
- a biztosított halála esetén a biztosított halála napján;
- a biztosítási esemény bekövetkezését követően a biztosító szolgáltatásának teljesítésével, kivéve a 8.§ (2) pont esetét;
- annak a biztosítási évnek a végén, amelynek során a biztosított a 65. életévét betölti;
- az indexálás szerződő általi elutasításával a biztosító évforduló napján;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek a 2.§ (9)-(10) pontokban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek a 2.§ (11) pontban foglalt szerződő általi felmondása esetén;
- a Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 4.§ (2) pontban feltüntetett esetben;
- a díjfizetés elmulasztása esetén a biztosító által küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével az esedékességre visszamenő hatállyal;
- a biztosító által kezdeményezett, a 9.§ (4) bekezdésében meghatározott díjmódosítás határidőben történő elutasításakor a biztosítási évfordulót megelőző nap 24.00 órákor;
- a biztosító és a szolgáltató szolgáltatási szerződése megszűnése esetén a biztosítás tartamának megváltozása esetén a szolgáltatási igény lezárásával a lezárás napján.

14.§ Egyéb rendelkezések

(1) Amennyiben a jelen különös feltételekben megnevezett szolgáltató partnerrel megszűnik a biztosító szolgáltatás nyújtására irányuló szerződése és más szolgáltató partnerrel állapodik meg, a biztosító erről legkésőbb a szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés megszűnése előtt 15 nappal értesíti a szerződőt. A szerződő jogosult a biztosítási szerződést az erről szóló írásbeli értesítést követő 30 napon belül felmondani. Ebben az esetben a biztosítási szerződés további szolgáltatás nyújtása nélkül megszűnik a felmondás biztosítóhoz történő beérkezése napja 24.00 órákor. Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül nem mondja fel a biztosítási szerződést, akkor a biztosítási szerződés a szolgáltatást nyújtó partner személyében bekövetkezett változástól eltekintve változatlan feltételekkel folytatódik tovább.

(2) Amennyiben a jelen különös feltételekben megnevezett szolgáltató partnerrel megszűnik a biztosító szolgáltatás

nyújtására irányuló szerződése és a biztosító rajta kívül álló okok miatt nem tud megállapodni más szolgáltató partnerrel, a biztosító erről legkésőbb a szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés megszűnése előtt 15 nappal értesíti a szerződőt. A szerződő jogosult a biztosítási szerződést az erről szóló írásbeli értesítést követő 30 napon belül felmondani. Ebben az esetben a biztosítási szerződés további szolgáltatás nyújtása nélkül megszűnik a felmondás biztosítóhoz történő beérkezése napja 24.00 órakor. Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül nem mondja fel a biztosítási szerződést, annak tartalma az alábbiak szerint módosul:

a. a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosított a szolgáltatási igénnyel együtt a biztosítónak köteles bejelenteni személyesen vagy írásban a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 8 napon belül a 11.§ (2) bekezdésében megadott dokumentumok egyidejű benyújtásával;

b. a szolgáltatási igényt a biztosító a Baleset- és Egészség-biztosítás Általános Feltételei 17.§-ban rögzített vonatkozó rendelkezései szerint bírálja el;

c. a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezte esetén megtéríti a biztosítottnak a biztosítási esemény kivizsgálásával kapcsolatos – számlával igazolt – költségeit, legfeljebb 1 500 000 forint erejéig;

d. jóindulatú daganatos megbetegedés esetén megtéríti a biztosítottnak a biztosítási esemény kivizsgálásával kapcsolatos – számlával igazolt – költségeit, legfeljebb 200 000 forint erejéig;

e. a kiegészítő biztosítási szerződés a szolgáltatási igény lezárásával megszűnik.

(3) A biztosító mentesülésének, a biztosító szolgáltatása korlátozásának feltételeit és a biztosítási szerződésben alkalmazott kizárásokat a szerződési feltétel figyelemfelhívó módon, félkövér betűtípussal tartalmazza.