

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 biztosítási kötvényen leírt kiegészítő biztosítások biztosítási eseményeinek bekövetkezése esetén a szerződés szerinti szolgáltatást nyújtja.

A kiegészítő biztosítási szerződés jelen feltételek, valamint a Netrisk Élet Klub Különös Biztosítási Feltételei (továbbiakban alapbiztosítás) alapján jön létre. Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag a Netrisk Élet Klub életbiztosítási szerződés mellé köthető meg.

#### 1. A biztosított

1.1. Az a természetes személy, aki a biztosítónál érvényes alapbiztosítási szerződés biztosítottjaként szerepel, és a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttkor az életkora a 18. évet elérte.

1.2. **A biztosított életkora a kiegészítő biztosítás tartamának lejártakor nem haladhatja meg a 75. évet.**

#### 2. A kiegészítő biztosítás létrejötte

A kiegészítő biztosítás megköthető az alapbiztosítással egy időben, illetve meglévő alapbiztosítás mellé az alapbiztosítás évfordulóján tartam közben is, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja, és az alapbiztosítás az évforduló után díjfizetéssel érvényben marad.

#### 3. A kiegészítő biztosítás tartama

3.1. A kiegészítő biztosítás határozott, legalább 1, legfeljebb 40 éves tartamú lehet.

3.2. A kiegészítő biztosítás lejáratának a napja az alapbiztosítás tartamának utolsó napja, de legfeljebb a 40. biztosítási évforduló napja.

3.3. A kiegészítő biztosítás évfordulója az alapbiztosítás évfordulóján történő évváltás.

#### 4. A kiegészítő biztosítás kezdete

4.1. A kiegészítő biztosítás kezdete – amennyiben azt az alapbiztosítással egyidejűleg kötötték – megegyezik az alapbiztosítás kezdetével.

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

4.3. A szerződőt a kiegészítő biztosítás kezdetének napjától terheli a díjfizetés kötelezettsége.

#### 5. A biztosító kockázatviselése

5.1. Jelen Kiegészítő Biztosítási Feltételek 4.1. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapbiztosítás kockázatviselésének kezdetével.

5.2. Jelen Kiegészítő Biztosítási Feltételek 4.2. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapbiztosítás biztosítási évfordulójának napjával.

5.3. A biztosító kockázatviselése csak azon a Magyarországon működő, a szakmai felügyelet által elismert, működési engedéllyel rendelkező egészségügyi intézményekben történt ellátásokra terjed ki, amely intézmények állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt állnak, és érvényes felelősségbiztosítási szerződéssel rendelkeznek. **Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek gyógyintézetnek a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriatríai intézetek, szociális otthonok, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai. Külföldi gyógyintézetben végzett műtétekre jelen biztosítás nem terjed ki.**

#### 6. Várakozási idő

6.1. **A biztosító jelen Kiegészítő Biztosítási Feltételek szerint valamennyi szolgáltatási igény megnyílásához a biztosítottnak a kockázatviselés kezdetére 3 havi várakozási időt köt ki.**

6.2. Ha a biztosító kockázatviselése az általa előírt orvosi vizsgálatot követően kezdődik meg, a biztosító a várakozási időtől elteltéig, feltéve, hogy a vizsgálat költségeit a szerződő fedezi.

6.3. Amennyiben a biztosított azonnali kockázatviselést igényel, de a biztosító nem írta elő az orvosi vizsgálatot, a vizsgálat költségeit a szerződő fél fedezi.

#### 7. A kiegészítő biztosítások megszűnése

A kiegészítő biztosítás az Általános Életbiztosítási feltételek 6. pontjában foglaltakon túlmenően megszűnik:

a) a biztosított 75. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján,

b) a határozott tartam elteltével, a tartam utolsó napjának 24. órájával,

c) a kiegészítő biztosítás felmondása esetén a biztosítási időszak utolsó napján,

d) az alapbiztosítás bármely okból való megszűnése esetén az alapbiztosítással egyidejűleg,

e) a 10.1.d) pontja szerinti biztosítási esemény szolgáltatási igényének teljesítésével

f) a 15.4. pontban leírtak szerint, ha a szerződő a díjmódosítást nem fogadja el.

g) a maradandó egészségkárosodási összeg kifizetésével a kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik.

A 7. e) és g) pontja szerinti megszűnés esetén ugyanazon biztosítottra vonatkozóan nem köthető újabb kiegészítő biztosítás.

#### 8. A kiegészítő biztosítás díja

8.1. A biztosítás díjfizetési időszaka 1 év.

8.2. A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő. Az alapbiztosítás díjfizetési gyakoriságára kiszámított pótdíj a jelen kiegészítő biztosításra nem vonatkozik.

8.3. A biztosítási díj megállapítására a szerződésben meghatározott szolgáltatási összeg figyelembevételével a biztosító kockázatbírálása alapján kerül sor.

#### 9. A biztosítási összeg

Az aktuális biztosítási összeg a biztosítás első évében azonos az ajánlaton megválasztott biztosítási összeggel, míg folyamatos díjfizetés esetén az első biztosítási évfordulót követően a jelen feltételek 15. pontjában meghatározott értékkevetési eljárás szerint meghatározott összeg.

#### 10. Biztosítási esemény

10.1. Jelen feltételek szerint biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett:

a) betegsége miatti kórházi tartózkodása fekvőbeteg-ellátás esetén,

b) betegsége miatti műtete, valamint

c) bármely (betegségi vagy baleseti) ok miatti 79%-ot meghaladó, nem rehabilitálható egészségromlása,

d) kritikus betegsége.

10.2. E szerződési feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség és következményei minősülnek biztosítási eseménynek.

10.3. A biztosítási esemény a betegség megállapításának napjával és a gyógykezelés elrendelésével kezdődik, és addig tart, míg a biztosított az orvosi dokumentáció alapján további kezelést nem igényel, illetve addig a napig, míg az egészségügyi hatóság az egészségromlás mértékét határozattal megállapítja.

10.4. Új biztosítási eseménynek minősül, ha az egészségromlás vagy a gyógykezelés olyan betegségi ok következménye, amelyre a kockázatviselés tartama alatt korábban már alkalmazott orvosi beavatkozások nem vonatkoztak.

#### 11. Kizárások

Az Általános Életbiztosítási Feltételek 13. pontjában foglaltakon túlmenően nem biztosítási esemény:

11.1. 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 megoldás abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt történt (a fogamzás időpontjának a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni),

11.2. a művi megtermékenyítéssel és fogamzásgátlással összefüggésben bekövetkező műtéti megoldások, kórházi ápolás,

11.3. a művi terhesség-megszakítással kapcsolatos műtéti beavatkozások, kórházi ápolás,

11.4. a csőtükrözéssel végzett diagnosztikus és terápiás beavatkozások,

11.5. az egészségügyi ellátás, az orvosi beavatkozás következtében,

<p>11.6. annak következményeként elszenvedett ártalom miatt bekövetkező műtéti beavatkozások, kórházi ápolás, az olyan orvosi vizsgálat vagy egészségügyi beavatkozás miatt bekövetkező műtéti ellátás, kórházi ellátás, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés, rehabilitáció, utógondozás, gyógypedagógia, logopédia, gyógytorna, fizio- és fizioterápia, masszázs, fürdőkúra vagy geriatrai ellátás, kivéve, ha az valamely betegség vagy baleset következménye,</p> <p>11.7. nemek megváltoztatását célzó műtétek,</p> <p>11.8. a biztosított HIV-fertőzése vagy ezzel okozati összefüggésben bekövetkezett megbetegedése, illetve ezzel kapcsolatos műtéte, kórházi kezelése,</p> <p>11.9. a biztosított öngyilkossági, öncsonkítási kísérlete vagy annak bekövetkezése miatti műtéti beavatkozás, kórházi kezelés még akkor sem, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el,</p> <p>11.10. az alkohol-, illetve a drogfüggőséggel összefüggésben bekövetkezett megbetegedések, műtétek, kórházi ápolás,</p> <p>11.11. a biztosított pszichiátriai megbetegedése, kóros elmeállapota, beszámítási képességének hiánya, illetve ezzel okozati összefüggésben történt kórházi gyógykezelése.</p> <p>11.12. a foglalkozási megbetegedés, és annak következményei.</p> <p>12. <b>A biztosító mentesülése</b> Az Általános Életbiztosítási Feltételek 14. pontjában foglaltakon túlmenően mentesül a biztosítási összegnek kifizetése alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a betegséget a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. A betegséget súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak kell tekinteni akkor, ha az a biztosított</p> <p>a) diagnosztizált betegség esetén, amennyiben az ügyfél az orvosi utasításokat (gyógyszereszedés, kezelések stb.) nem tartja be és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következik be, ami megelőzhető lett volna,</p> <p>b) amennyiben a biztosított a belépésekor egészségi nyilatkozatot állított ki, és a szolgáltatáskor közlési kötelezettség sértést állapít meg a biztosító.</p> <p>13. <b>A biztosító szolgáltatása</b> Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a szolgáltatás jogosultja a biztosított.</p> <p>13.1. <b>Betegségi kórházi ápolás</b> Amennyiben a biztosítottnak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkezett betegsége miatt, a gyógyulása érdekében, orvosi szempontból igazoltan, legalább 5 napot elérő folyamatos kórházi kezelése válik szükségessé, melyet a fekvőbeteg intézmény zárójelentéssel igazolt, úgy a biztosító a kórházi ápolás kockázatának a biztosítási összegét minden kórházi ápolási napra kifizeti.</p> <p>13.1.1. Amennyiben egy biztosítási eseményből eredően a biztosított többször kerül kórházi ápolásra, úgy a biztosító az első 5 napot meghaladó időszak után a következő ápolási időszaknál nem vizsgálja az 5 nap folyamatos meglétét.</p> <p>13.1.2. Egy biztosítási esemény kapcsán a szolgáltatás legfeljebb 365 napra korlátozódik.</p> <p>13.1.3. A napi térítés összege megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában fennálló aktuális biztosítási összeggel.</p> <p>13.2. <b>Betegségi műtéti térítés</b> A biztosított gyógyulása érdekében, a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkezett betegség miatt orvosi szempontból szükségessé váló, szakorvos által végzett, zárójelentéssel igazolt, a WHO műtéti besorolásában is elismert műtéte.</p> <p>13.2.1. 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 WHO műtéti listájában, és a biztosító feltételeiből nem került kizárára.</p> <p>13.2.2. A műtétek veszélyességi besorolása objektív feltételek (műtéti halálozás kockázata, szövődmények gyakorisága, súlyossága, műtéttechnikai bonyolultsága, beteg által elviselendő megterhelés nagysága) alapján került meghatározásra. Ennek alapján a biztosító négy térítési csoportot állapít meg.</p> <p>13.2.3. Amennyiben az adott műtét nem szerepel a WHO listájában és kizárára sem kerül, abban az esetben a műtét besorolását a megismert körülmények és adatok alapján a biztosító szakorvosa állapítja meg.</p> <p>13.2.4. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító kifizeti a biztosítotton végrehajtott műtéti kategóriának megfelelő, az alábbiak szerinti, a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget: I. térítési csoport: a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a biztosító, II. térítési csoport: a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki a biztosító,</p>	<p>III. térítési csoport: a biztosítási összeg 50%-át fizeti ki a biztosító, IV. térítési csoport: a biztosítási összeg 25%-át fizeti ki a biztosító, V. térítési csoport: nem téríthető beavatkozás.</p> <p>13.2.5. Egy biztosítási eseményből eredően maximálisan a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a biztosító.</p> <p>13.2.6. Amennyiben egy műtét során ugyanazon testrészen vagy szerveen több sebészeti beavatkozást végeznek, akkor az adott szerveen vagy testrészen végzett sebészeti eljárások közül a műtéti térítés meghatározására a legmagasabb kategóriájú eljárás alapján kerül sor.</p> <p>13.2.7. Ha egy műtét során több testrészen vagy szerveen végeznek sebészeti beavatkozást, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken vagy szerveken végzett beavatkozások együttes összege, de nem haladhatja meg a 13.2.4. pontban meghatározott biztosítási összeget.</p> <p>13.3. 79% mértéket meghaladó, nem rehabilitálható egészségkárosodás Ha a biztosított a kockázatviselés alatt bekövetkező betegség vagy baleset folytán teljesen és véglegesen munkaképtelenné válik, akkor a biztosító a biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget kifizeti. Jelen szerződési feltételek szerint teljes és végleges munkaképtelenségnek minősül, ha a biztosított munkavégző képességét 79% mértéket meghaladóan elvesztette, továbbá esetenként életviteléhez mások segítségére szorul. A biztosító szolgáltatása a társadalombiztosítási hatósági határozat biztosítóhoz történt benyújtása után aktuális.</p> <p>13.4. <b>Kritikus betegségek</b> Ha a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt az alábbi betegségek egyikét diagnosztizálják, vagy egy, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező betegség miatti szervátültetést végeznek, a biztosító kifizeti ezen kiegészítő biztosítás biztosítási összegét a biztosítottnak.</p> <p>13.4.1. <b>Rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat)</b> Rosszindulatú daganat, amelyet a sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, a szövetek megtámadása jellemez. A rákos megbetegedés jelen feltételek szerint magában foglalja a leukémiát, a krónikus lymphoid leukémia kivételével a lymphomát, a Hodgkin betegséget a II. fokozattól kezdődően, a rosszindulatú melanomát a III. Clark fokozattól kezdve. A bekövetkezés időpontja: a betegség diagnosztizálásának a kezelőorvos által igazolt időpontja, a szövettani lelet és a megbetegedés nemzetközi tumor csoportba (TNM) sorolása alapján. <b>A biztosításból kizárt:</b> – minden jóindulatú tumor, – a helyi, a környezetét nem megtámadó, ún. lokális daganatok (carcinoma-in-situ, beleértve a cervixdysplasia /CIN-1, CIN-2 és CIN-3/ vagy a rákmegelőző formák), – a bőr minden hyperkeratózisa és baziljejes carcinómája, – Kaposi-szarkóma és más daganatok egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés vagy AIDS megbetegedés esetén, – TNM-T1 osztályú, szövettanilag igazolt prosztaták (beleértve T1(a), T1(b) vagy más összehasonlítható vagy alacsonyabb osztályozást), – emberi immunrendszer megbetegedését okozó vírus jelenlétében meglévő daganatok.</p> <p>13.4.2. <b>Szívinfarktus</b> A szívizom egy részének olyan elhalása, amelyet az adott terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége okoz. A diagnózisnak a következőkön kell alapulnia: a) jellegzetes mellkasi fájdalom a korrelációban, b) az infarktusra jellemző elváltozások az EKG-ban, c) szívizom-specifikus enzimaktivitások emelkedése. A szolgáltatás akkor is jár, amennyiben az infarktus korai diagnózisa esetén vérrög-oldó kezelés (lízisterápia) vagy ballonos tágitás kerül végrehajtásra, és ezáltal a szívizom-specifikus enzimaktivitások nem igazolhatóak. A bekövetkezés időpontja: a kezelőorvos által megállapított és igazolt időpont. <b>Nem minősül biztosítási eseménynek a tünetmentes szívinfarktus.</b></p> <p>13.4.3. <b>Agyi érkatasztrófa</b> Olyan, az agyi erekben lezajló váratlan folyamat, az agy szövetének trombózisa, koponyán belüli vérzés, koponyán kívüli forrásból származó embólia, amelynek akut tünetei 24 óránál, neurológiai következményei 60 napnál tovább tartanak. A szélütésre visszavezethető, folyamatosan fennálló idegrendszeri károsodást neurológus által kell igazolni. A bekövetkezés időpontja: a kezelőorvos által megállapított és igazolt időpont. <b>A biztosításból kizárt:</b> a) migrénből származó cerebrális (agyi) tünetek, valamint trauma (baleset) vagy a fentiekől eltérő eredetű hypoxia (oxigénhiányos állapot) következtében fellépő agyi károsodások, b) érrendszeri megbetegedések, melyek a szemet érintik.</p>
--	---

13.4.4. **Szervátültetés**  
 Vese, csontvelő (kivéve a saját szervezeten belüli átültetést), máj, szív, hasnyálmirigy és tüdő tényleges átültetése a biztosított testébe.  
 Szív-transzplantációnak számít a műszív implantációja is.  
 A bekövetkezés időpontja: a műtét elvégzésének a kezelőorvos által igazolt időpontja.  
 Transzplantáció elvégzése előtt jelentkezhetsz a szolgáltatási igény, amennyiben bizonyított, hogy a biztosított:  
 – hivatalosan elismert transzplantációs várolistán szerepel Magyarországon,  
 – szakorvos igazolja, hogy a megbetegedés életveszélyes és a szerv-transzplantáció rövid időn belül a legjobb kezelési mód.

13.4.5. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító kifizeti ezen kiegészítő biztosításra meghatározott biztosítási összeget, amennyiben a fenti biztosítási események bekövetkeztek az időpontját a biztosított 30 nappal túléli.

**14. A biztosító teljesítése**

14.1. A biztosító teljesítése az Általános Életbiztosítási Feltételek 16. pontjában foglaltak szerint történik.

14.2. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez Általános Életbiztosítási Feltételek 16.6. pontjában meghatározott dokumentumokon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a biztosítóhoz:

14.2.1. **Rákos megbetegedés**  
 az orvosi vizsgálatról szóló, részletes leírást és határozott diagnózist tartalmazó dokumentum (lelettel, zárójelentéssel), amelynek tartalmaznia kell:  
 – a daganatos betegség rosszindulatúságát igazoló diagnózist és a szövettani leletet vagy utóbbi hiányában  
 – a szöveti mintavétel nélkül végzett sebészi beavatkozásról, endoszkópos vagy képalkotó vizsgálatról szóló, az invazív daganatos terjedést egyértelműen kimutató leírást és diagnózist.

14.2.2. **Szívinfarktus**  
 a szívinfarktus bekövetkeztét és időpontját egyértelműen megállapító olyan egészségügyi dokumentumok (orvosi lelet, zárójelentés), amelyeknek tartalmazniuk kell:  
 – a friss szívinfarktusra utaló EKG felvételeket és leleteket,  
 – a szívinfarktust jellemző enzimérték változásokat dokumentáló orvosi leleteket,  
 – a klinikai tünetek leírását.

14.2.3. **Agyi érkatasztrófa**  
 – az agyi érkatasztrófa bekövetkeztét, és a bekövetkezés időpontját megállapító egészségügyi dokumentum (orvosi lelet, zárójelentés), és  
 – a neurológiai szakvélemény, amely az esemény után legalább 60 nappal, az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket állapít meg.

14.2.4. **Szervátültetés**  
 A műtét indokoltságát igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó egészségügyi dokumentumok (orvosi leletek, zárójelentés).

14.3. A biztosító indokolt esetben a teljesítést szakorvosi, szakértői felülvizsgálathoz kötheti.

14.4. Bármilyen betegség bekövetkeztét követően a biztosítottnak a lehető legrövidebb időn belül gyakorló szakorvoshoz kell fordulnia, és kárenyhítési kötelezettségéből adódóan annak orvosi tanácsait pontosan betartani. A biztosító nem felelős azokért a következményekért, amelyek a biztosítottnak a biztosítási esemény káros következményei elhárítására, illetve enyhítésére vonatkozó kötelezettségeinek elmulasztásából erednek.

**15. Értékkövetés**

15.1. A kiegészítő biztosítások díja az alapbiztosítás díjával egyidejűleg a biztosítási évfordulón növekszik, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás az évforduló után még érvényben marad.

15.2. A kiegészítő biztosítások szolgáltatása a díjkalkulációs elveknek megfelelően, a díjjal nem azonos mértékben nő.

15.3. Az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítások díja egymástól függetlenül nem módosulhat.

15.4. A biztosító vállalja, hogy a műtéti kiegészítő biztosítás díjtételét a biztosítási szerződés megkötésétől számított 5 évig nem változtatja. **Az 5 éves időszak elteltével a biztosító a díjat az orvosi technika, valamint a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős változása miatt évente felülvizsgálhatja és új díjkalkuláció, illetve díjszabás alapján új díjtételt állapíthat meg.** A módosítás mértékéről a biztosító az új díj érvénybelépése előtt két hónappal írásban tájékoztatja a szerződőt. Az így módosított díj a biztosítás évfordulójával kezdődően érvényes a következő évfordulóig. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, és az erre vonatkozó nyilatkozatát az új díj életbelé-

pése előtt 30 nappal megküldi a biztosítónak, akkor a kiegészítő biztosítás megszűnik az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájában. Írásbeli nyilatkozat hiányában a módosított díj a módosításkori biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan hatályba lép.

## 16. Egyéb rendelkezések

- 16.1. A szolgáltatási igény a biztosítási, illetve kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében annak esedékességétől számított egy év alatt évül el.**
- 16.2. A kiegészítő biztosítások nem reaktíválhatók.
- 16.3. Jelen biztosítási szerződésben nem szabályozott kérdésekben az Általános Életbiztosítási Feltételek rendelkezései az irányadók.

**UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**

Melléklet

Példák műtétek szolgáltatási besorolásához

### I. súlyossági fokozat:

- kiterjedt, agyállományt, gerincvelőt érintő elváltozások műtétei,
- nyitott szívűműtétek,
- szervátültetés.

### II. súlyossági fokozat:

- nagyerek helyreállító műtétei, idegátültetés,
- zárt szívűműtétek,
- nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomorkiirtás),
- féoldali tüdőkiirtás,
- csontvelő-átültetés.

### III. súlyossági fokozat:

- agyállományt nem érintő koponya-elváltozások műtétei,
- izolált gerincelváltozások műtétei (pl. porckorongműtét),
- közepes műtét ereken, érptételek, nagyobb idegvarratok,
- helyreállító szemműtétek,
- emlő részleges vagy teljes eltávolítása,
- lépeltávolítás,
- kismencedei műtétek.

### IV. súlyossági fokozat:

- erek kisebb műtétei,
- légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronchoscóppal,
- bordaresectio,
- hasfali helyreállító műtétek, kisebb sérvműtétek,
- főregnyúlvány-eltávolítás.

### V. súlyossági fokozat:

- mandulaműtét,
- bőrvarratok és szövődményeik ellátása,
- csőtükrözéssel végzett diagnosztikus vagy terápiás beavatkozások.