

Csoportos balesetbiztosítás

feltételek



TARTALOM

Balesetbiztosítási Általános Feltételek	1
Csoportos balesetbiztosítás Különös Feltételei (A1500)	9
Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás Különös Feltételei (A1550)	11
Csoportos balesetbiztosítás Különös Feltételei, meghatározott helyre és időre (A1600)	13
Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás Különös Feltételei, meghatározott helyre és időre (A1650)	15
Csoportos balesetbiztosítás Különös Feltételei, meghatározott helyre és időre, valamint az adott hely és a lakhely közötti útra (A1700)	17
Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás Különös Feltételei, meghatározott helyre és időre, valamint az adott hely és a lakhely közötti útra (A1750)	19
Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A1910)	21
Baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A1920)	22
Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A1930)	23
Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A1935)	24
Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A1940)	25
Balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A1950)	26
Balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A1955)	27
Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A1960)	29
Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A1970)	32
Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A1980)	34
Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A1990)	36
Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A1995)	37



BALESETBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK

Jelen általános szerződési feltételek, melyek egyben ügyfél-tájékoztatóként is szolgálnak, a hatályos magyar jogszabályok, így különösen a Polgári törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény, valamint a Biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény alapján jött létre.

Jelen biztosítási feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződésre a magyar jog az irányadó.

Az orvosi vizsgálaton részt vett biztosított az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében jogosult a vizsgálati eredményeket az egészségügyi szolgáltatónál megismerni.

A jelen biztosítási feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés díjára és az annak alapján járó szolgáltatásra a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. tv. rendelkezései is irányadók.

A szerződési feltételek a SIGNAL Biztosító Zrt. balesetbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a Balesetbiztosítási Általános Feltételekre hivatkozással kötötték.

Nem alkalmazandók a Balesetbiztosítási Általános Feltételek egyes pontjai akkor, ha azok alkalmazásának kizárását az egyes balesetbiztosítási különös és kiegészítő feltételek kifejezetten előírják.

Jelen biztosítási feltételek, illetve ügyfél-tájékoztató alapján létrejövő biztosítási szerződésre, illetve az annak alapján való igényérvényesítésre vagy az azzal kapcsolatos jogviták elbírálására, az eljárás szabályait is ideértve, a magyar jog az irányadó.

Társaságunk cégneve: SIGNAL Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság

Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás u. 50.

Cégjegyzék száma: 01-10-042159

1. A biztosítási esemény

- 1.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a balesetbiztosítási esemény bekövetkeztekor áll be. Balesetbiztosítási esemény olyan, a biztosított akaratán kívül fellépő hirtelen külső behatás, amelynek következménye a biztosítottnak a baleset megtörténtétől számított egy éven belüli:
 - halála,
 - tartós egészségkárosodása (rokkantsága),
 - illetve a különös és kiegészítő biztosítási feltételekben felsorolt egyéb biztosítási események.
- 1.2. Balesetbiztosítási eseménynek minősülnek az alábbi, a biztosított akaratán kívüli események is:
 - vízbefúvás,
 - égési sérülések, leforrázás, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai.
- 1.3. Betegségek nem minősülnek balesetnek.

2. A biztosítási szerződés alanyai

- 2.1. Biztosítási szerződés megkötésekor a szerződő és a biztosított személye különválhat. Szerződő: a biztosítóval szerződést kötő fél, aki a biztosítási díjat tartozik fizetni. Biztosított: az a személy, akinek a biztosítási tartamon belüli balesete esetén a biztosító szolgáltatási (fizetési) kötelezettsége beáll. Kedvezményezett: a biztosító szolgáltatására jogosult személy, aki lehet:
 - a szerződésben megnevezett személy,
 - a biztosított örököse, ha kedvezményezettet a szerződésben nem jelöltek meg.
- 2.2. A szerződő az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

3. A szerződés létrejötte, a kockázatviselés kezdete

- 3.1. A biztosítási szerződés a szerződő által benyújtott ajánlat alapján, vagy a felek írásbeli megállapodásával, vagy a kötvény kiállításával jön létre.
- 3.2. A balesetbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződő fél és a biztosított nem azonos - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- 3.3. A biztosító kockázatviselése a biztosítás első vagy egyszeri díjának megfizetését követő nap 0. órájában kezdődik, illetőleg amikor a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, vagy a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti, feltéve, hogy a balesetbiztosítási szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön.
- 3.4. Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének fizeti, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni.

4. A biztosítási időszak, a szerződés megszűnésének esetei, maradékjogok

- 4.1. A biztosítás határozott vagy határozatlan időtartamra köthető. Biztosítási időszaknak - kivéve, ha a megkötött szerződés rövidebb időre szól - egy éves időtartam tekintendő (biztosítási év).
- 4.2. A szerződés megszűnhet:
 - a biztosított személy elhalálozásával
 - díj nemfizetés miatt
 - felmondással



-határozott idejű szerződések esetén a szerződésben megjelölt időpontban.
A balesetbiztosítási szerződést írásban a biztosítási időszak végére kell felmondani. A felmondási idő 30 nap.

- 4.3. A biztosítás maradékjogokkal nem rendelkezik, így nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, valamint nincs lehetőség kölcsön felvételére sem.

5. A biztosítási díj

- 5.1. A biztosítási díj fizetése lehet egyszeri vagy folyamatos. A folyamatos díj éves díj. Az egyszeri díj illetve az első biztosítási évre szóló díj a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. Biztosítási évnek egy éves időtartamot kell tekinteni, amely nem minden esetben azonos a naptári évvel (biztosítási időszak).
- 5.2. Ha a szerződő az első vagy az egyszeri díjat a szerződés hatálybalépése előtt befizeti, ezt az összeget a hatálybalépés időpontjáig a biztosító kamatmentesen kezeli.
- 5.3. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosítót az egész biztosítási évre járó díj megilleti.
- 5.4. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben annak a hónapnak az utolsó napjáig járó díjnak megfizetését kérheti a biztosító, amelyben a kockázatviselés véget ért.

6. Késedelmes díjfizetés

- 6.1. Ha a szerződő az első időszakra járó díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, és halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette, a szerződés megszűnik.
- 6.2. Ha a szerződő a későbbi díjakat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az esedékességtől számított 45 napig viseli, ez alatt az idő alatt a szerződő az elmulasztott díjat pótolhatja, ha ez nem történik meg, a szerződés megszűnik.

7. Újra érvénybe helyezés (reaktíválás)

- 7.1. Ha a szerződő a szerződés díjnyemfizetés miatti megszűnésétől számított 5 hónapon belül díjat fizet, és a biztosító vállalja a kockázatot, a szerződés a díjfizetést követő nap 0. órájától újra hatályba lép, feltéve, hogy biztosítási esemény nem következett be, és az utólagos díjfizetés fedezi a folyó biztosítási év még kiegyenlített díját, levonva abból azt a díjrészt, amely arra az időre vonatkozik, amíg a biztosító nem viselte a kockázatot.
A szerződés díjnyemfizetés miatti megszűnésétől számított 5 hónap után beérkező díjak nem eredményezik a szerződés újbóli hatálybalépését és a biztosító kockázatviselését.

- 7.2. Újra érvénybehelyezéskor a biztosító vizsgálhatja a biztosított személy egészségi állapotát.
- 7.3. A biztosítás tartama alatt újra érvénybe helyezést legfeljebb kétszer lehet igénybe venni.
- 7.4. A biztosítás újra érvénybe helyezését csak az első biztosítási év eltelte után lehet igénybe venni.

8. Közlési kötelezettség

- 8.1. A szerződő (ha a szerződő és a biztosított nem azonos személy, akkor a biztosított is) köteles szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. Az ajánlattételkor a biztosító által írásban feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válasszal a felek eleget tesznek közlési kötelezettségüknek.
- 8.2. A biztosított egészségi állapotával, foglalkozásával, szabadidős tevékenységével kapcsolatosan baleseti kockázatának elbírálása érdekében a biztosító jogosult kérdéseket feltenni, továbbá orvosi vizsgálatot és egészségi nyilatkozat kitöltését is kérheti.
- 8.3. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményeket a szerződéskötéskor a biztosító ismerte, vagy az nem volt kihatással a biztosítási esemény bekövetkeztére.
- 8.4. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a biztosító kockázatelbírálási szabályzata értelmében nem vállalhatja – a szerződést 30 nappal írásban felmondhatja. A kockázatelbírálási szabályzat a SIGNAL Biztosító Zrt. Vezérigazgatóságán található.
Ha a biztosított a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik.

9. A biztosított a biztosítási ajánlatban közölt szakmája ill. foglalkozása megváltozásának bejelentése

- 9.1. A szerződő és a biztosított köteles a biztosítónak 5 munkanapon belül bejelenteni, ha a biztosított ajánlatban közölt szakmája ill. foglalkozása megváltozott.
- 9.2. A tartalékos katonai szolgálat teljesítése nem jelenti a szakma, illetve a foglalkozás megváltozását.
- 9.3. A biztosító a biztosított új szakmájára illetve foglalkozására vonatkozóan 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetve ha a kockázatot a kockázatelbírálási szabályzat



értelmében nem vállalhatja, a biztosítási szerződést a bejelentéstől számított 30 napos határidővel írásban felmondhatja.

- 9.4. Amennyiben a biztosítottak új szakmája alapján a bejelentés időpontjában érvényes díjszabás szerint a korábbinál alacsonyabb díjat kellene fizetni, a bejelentés beérkezésének időpontját követő hó elsejétől a szerződő csak ezt a díjat köteles fizetni. A biztosító az új díjról új kötvényt állít ki.
- 9.5. Ha a változás után fizetendő díj magasabb a korábbinál, attól az időponttól kezdődően, amikor a változásra vonatkozó bejelentésnek a biztosítóhoz be kellett volna érkeznie, a biztosító három hónapon át a biztosított új szakmájára vonatkozóan is teljes egészében viseli a kockázatot. Ha a három hónap eltelte után a biztosított új szakmájára ill. foglalkozására visszavezethető biztosítási esemény következik be, azonban a biztosított az erre vonatkozó bejelentési kötelezettségének nem tett eleget, a biztosító a fizetendő szolgáltatás mértékét az eredeti biztosítási kötvényben megállapított díj és az új szakma illetve foglalkozás után fizetendő magasabb díj arányában állapítja meg.

10. Egyéb változások bejelentése

A szerződés tartama alatt bekövetkezett lakcímváltozást, személyi adatokban bekövetkezett változást, illetve egyéb a kockázatvállalás szempontjából lényeges változást (versenyszerű sport- és veszélyes hobbytevékenység miatt) mind a szerződőnek, mind a biztosítottak 5 munkanapon belül közölnie kell a biztosítóval.

11. A szerződés területi hatálya

A balesetbiztosítási szerződés alapján a biztosító kockázatviselése - ezzel ellentétes szerződéses kikötés hiányában - egyaránt kiterjed belföldön és külföldön bekövetkezett biztosítási eseményekre.

12. Nem biztosítható személyek

- 12.1. Nem biztosíthatók a súlyos idegbetegek, az elmebetegek és az állandó gondozásra szorulóak. Állandó gondozásra szorulóknak tekintendő, aki mindennapi életviteléhez állandóan és tartósan külső segítséget kényszerül igénybe venni. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt válik biztosíthatatlanná, a biztosító teljesítési kötelezettsége csak akkor áll fenn, ha a biztosítási esemény bekövetkezése és a biztosított állapota között nincs ok-okozati összefüggés. Amennyiben a biztosító tudomást szerez a biztosított biztosíthatatlanná válásáról, és a kockázatot a kockázatelbírálási szabályzata értelmében nem vállalhatja, a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.
- 12.2. Nem biztosíthatók a 70. életévüket betöltött személyek. A biztosító a biztosított életkorát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt válik biztosíthatatlanná, függetlenül attól, hogy előtte biztosítási esemény bekövetkezett vagy sem, a biztosítottra vonatkozóan a szerződést a biztosító a biztosítási évforduló előtt 30 nappal írásban felmondja.

- 12.3. Nem biztosítható személyekre vonatkozóan biztosítási szerződés nem köthető.

13. Csökkentett biztosításképesség

Azok a személyek, akik testi fogyatékoságban vagy betegségben szenvednek, súlyos betegségben vagy műtéten estek át, a biztosító és a biztosított megállapodása szerint külön feltételekkel (pótdíj ellenében, esetleg kizárásokkal) biztosíthatók, amennyiben a fentieknek baleseti eseményre kihatása lehet.

Ide tartoznak:

- szív- és érrendszeri betegségek, ájulás, szédülés, a gerincoszlop és a gerincvelő betegségei, továbbá a csípőízület betegségei, isiász, csontvelőgyulladás, cukorbetegség, nagyothallás, rosszindulatú daganatok, beleértve az ideg- és agymegbetegedéseket is,
- szempanaszok erősen korlátozott látással (rövidlátás 8 dioptriától).

A megállapodás szerinti külön feltételeket a biztosító a biztosítási kötvényben, illetve a szerződésben feltünteti.

14. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok

Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

- 14.1. Az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetek akkor, ha az ittaságon, kábító- illetve bódító szerek fogyasztásán alapul, valamint agyvérzés, epilepsziás roham és egyéb, a biztosított egész testére kiterjedő görcsös roham következtében bekövetkező balesetek. Ha az említett roham olyan baleset következménye, amelyre a kockázatviselés kiterjed, a biztosítási védelem fennáll.
- 14.2. A biztosított testén saját maga, vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodás, amennyiben erre nem valamely biztosítási esemény miatt került sor.
- 14.3. A biztosítottat ért szívinfarktus folytán bekövetkező balesetek. A szívinfarktus semmilyen körülmények között nem tekinthető baleseti következménynek.
- 14.4. Háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskíséret, népi megmozdulás során bekövetkezett balesetek, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől volt szó.
- 14.5. Felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelesség teljesítése közben került sor.



- 14.6. Motor nélküli légijármű (repülő szerkezet), segédmotoros vitorlázórepülőgép, motoros sárkányrepülő valamint ejtőernyő használata közben bekövetkezett balesetek.
- 14.7. Légi jármű pilótájaként vagy légi jármű személyzeteként elszenvedett, valamint légi járművel folytatott egyéb hivatás gyakorlása közben bekövetkezett balesetek.
- 14.8. Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.
- 14.9. Megemelés, rándulás, napszúrás, hőguta, fagyás, habituális ficam, patológias törés, kivéve, ha az baleset következménye.
- 14.10. Autó-motorsport, motorcsónak versenyeken (ideértve a teszttúrákat és rally versenyeket is) és ezekkel kapcsolatos edzéseken való aktív részvétel során bekövetkező balesetek, ideértve a jármű személyzetét (sportolók) és a kisegítő személyzetet.
- 14.11. Közvetve vagy közvetlenül radioaktív sugárzás illetve ionizáló sugárzás (pl. röntgen) által okozott balesetek.
- 14.12. Fertőzések esetén fennáll a biztosítási védelem, ha a kórokozó olyan baleseti sérülés következtében kerül a szervezetbe, amelyre a kockázatviselés kiterjed. Kismértékű bőr- és nyálkahártyasérülések nem tartoznak ezen baleseti sérülésekhez. Ha a kórokozó ezen keresztül jut a szervezetbe (azonnal vagy később), a biztosítási védelem nem áll fenn. Ez a korlátozás a veszettségre és a tetanuszra nem vonatkozik. Gyógykezelés következtében bekövetkező fertőzésekre a biztosítási védelem nem terjed ki.
- 14.13. Nem minősül balesetnek a szilárd vagy folyékony anyagok okozta mérgezés, ha az szájon keresztül került a szervezetbe.
- 14.14. Recehártyaleválás és annak következményei nem minősülnek balesetnek.
- 14.15. A szerződés megkötésének időpontjában már bármely okból sérült vagy csonka, funkciójában korlátozott (nem ép) testrészek a biztosításból ki vannak zárva.

15. A kockázatviselés korlátozása

- 15.1. Hasfali és lágyéksérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha a sérvet olyan kívülről jövő behatás okozta, amelyre a kockázatviselés kiterjed és az nem öröklött tényezők (adottságok) következményeként jelentkezett.
- 15.2. Porckorongsérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha ez a gerincoszlopot ért közvetlen mechanikus behatás, nem pedig egy korábbi, már a baleset előtt is meglévő betegség súlyosbodásának a következménye.

15.3. Belső szervek vérzései és agyvérzés esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozza.

15.4. Pszichikai reakciók okozta káros zavarok esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozta.

16. A biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól

A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála, illetve sérülése:

- a kedvezményezett szándékos magatartása következtében,
- a biztosított szándékosan elkövetett bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- a biztosított súlyosan gondatlan vagy jogellenes magatartása folytán következett be.

17. A biztosítási szolgáltatások

17.1. Tartós egészségkárosodás (rokkantság)

17.1.1. Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan károsodott (rokkant marad), a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

A rokkantság fokát az alábbiak szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása:	Térítés:
Egy kar vállizületből való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70 %
Egy kar könyökizület felettig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65 %
Egy kar könyökizület alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60 %
Egy kéz teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	55 %
Egy hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20 %
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10 %
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5 %
Egy láb combközép felettig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70 %



Egyik láb combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60 %
Egy láb térd alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	50 %
Egyik láb lábszár közepéig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	45 %
Egyik lábfej teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	40 %
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5 %
Bármely másik lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2 %
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100 %
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50 %
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60 %
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30 %
A szaglóérzék teljes elvesztése	10 %
Az ízelelképesség teljes elvesztése	5 %

17.1.2. Az előző pontból adódó egészségkárosodási százalékok összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. Ennek megfelelően tehát amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal az egészségkárosodási százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán az egészségkárosodási százalékok összegződnek és a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott egészségkárosodási százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni.

Ha a rokkantság foka az egészségkárosodási tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe.

A tartós egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa állapítja meg.

17.1.3. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított tartós egészségkárosodás mértékével nem ért egyet, saját maga is szerezhethet be orvosi véleményt. Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvosszakértőt kell felülvizsgálatra felkérni. A független orvosszakértői felülvizsgálattal kapcsol-

latban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvosszakértő magasabb egészségkárosodási százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.

17.1.4. A baleset utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Miután a biztosító fizetési kötelezettsége megállapítást nyert, a biztosított előlegként követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki az ebben az időpontban megállapítható károsodási fok szerint járó kifizetést.

17.1.5. Amennyiben a tartós rokkantság foka nem tisztázott egyértelműen, mind a biztosítottaknak, mind a biztosítónak joga van a baleset napjától számított 4 évig évenként a rokkantság fokának újbóli megállapítását kérni. Ha a felülvizsgálat magasabb rokkantsági fokot állapít meg, a biztosító ennek megfelelően térít. Ha a felülvizsgálat alacsonyabb rokkantsági fokot állapít meg, a biztosítottnak nem kell a korábban kifizetett és a felülvizsgálaton megállapított alacsonyabb szolgáltatás különbségét a biztosítónak visszatérítenie.

17.1.6. Ha a biztosított halála

- a balesetet követő egy éven belül a balesetből kifolyólag következik be, rokkantsági szolgáltatásra vonatkozó igény nem támasztható,
- a balesetet követő egy éven belül, de a balesettel össze nem függő okból vagy bármely okból, de a balesettől számított egy év eltelte után következik be, olyan rokkantsági fok után teljesítendő a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása alapján számolni kellett volna.

17.2. Baleseti halál

17.2.1. Ha a halál a balesetet követő egy éven belül, a balesetből kifolyólag következik be, a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére megállapított összeget fizeti ki. A haláleseti kifizetésből az ugyanazon eseményből eredően tartós rokkantsági szolgáltatásként már kifizetett összegeket levonja, s csak a különbözetet fizeti ki.

17.2.2. Amennyiben a biztosító a baleseti rokkantsági szolgáltatást már kifizette a biztosított halála előtt, és a baleseti halál szolgáltatási összege alacsonyabb, mint a rokkantsági szolgáltatásé, a többletkifizetést nem követelheti vissza.

18. A biztosítási esemény bejelentése

18.1. A biztosított, a biztosítási szolgáltatásra igényt tartó személy, illetve azok képviselője köteles a biztosítónak a biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban bejelenteni, a szükséges felvilágosításokat megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.



- 18.2. Halálesetet a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül kell jelenteni a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet korábban már jelentették.
- 18.3. Baleseti rokkantságra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.
- 18.4. A bejelentési határidők elmulasztása esetén a biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási szolgáltatás kifizetését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

19. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

- 19.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a biztosított, illetve a szolgáltatásra jogosult a szolgáltatási kötelezettség beálltának és összegszerűségének megállapításához szükséges iratokat maradéktalanul a biztosító rendelkezésére bocsátotta.
- 19.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő iratok bemutatását kéri:
- a) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
 - b) az utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - c) a biztosított, illetve a kedvezményezett érvényes személyi igazolványa vagy születési anyakönyvi kivonata,
 - d) halál esetén
 - a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
 - a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
 - a halál közlelőbbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
 - e) hatósági eljárás esetén
 - az eljárást lezáró jogerős határozat,
 - a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat vagy vádirat,
 - f) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
 - g) örökös minőség igazolására
 - jogerős hagyatékátadó végzés,
 - h) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve a biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.
- 19.3. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíti.
- 19.4. A biztosított, illetve a kedvezményezett a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartásával, a biztosítási szerződés létrejöttével, vagy a kárigény érvényesítésével egy-

idejűleg felhatalmazhatja a biztosítót, hogy a biztosítási szerződéssel, illetve a szolgáltatási kötelezettség beálltával összefüggésben más biztosítótól információkat szerezzen be, valamint azoktól az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a biztosítottat kezelték, vizsgálták, a szükséges felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat közvetlenül beszerezze. A felhatalmazás megadását követően is köteles azonban a biztosított, illetve a szolgáltatásra igényt érvényesítő az adatok, dokumentumok beszerzése során a biztosítóval együttműködni.

20. A biztosított egyéb kötelezettségei

- 20.1. A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy baleseti halála esetén holttestét orvosokkal megvizsgáltsa, ha szükséges felboncoltsa.
- 20.2. A baleset után a biztosítottnak haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejeztéig folytatni kell, gondoskodni kell a baleset következményeinek - a lehetőség szerint - elhárításáról és enyhítéséről.
- 20.3. A biztosító előírhatja, hogy a biztosított a biztosító által megnevezett orvosokkal indokolt esetben megvizsgáltsa magát.

21. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók

A biztosító a biztosítási ügynök, a biztosítási alkuusz, a biztosított (szerződő, kedvezményezett, károsult) személyes adatait, annak hozzájárulásával kezelheti. Különleges személyes adatok kezeléséhez, illetőleg a személyes adatok külföldi adatkezeléséhez a biztosított írásbeli hozzájárulására van szükség. A biztosított (szerződő, kedvezményezett) személyes adatairól jogosult tájékoztatást kapni, a biztosító - kérésére - adatait nyilvántartásaiban módosítja.

22. Titoktartási kötelezettség

- 22.1. Biztosítási titok minden olyan - államtitoknak nem minősülő -, a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- 22.2. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a következő bekezdésében meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával és a szol-



gáttatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

- 22.3. Az előző bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
- 22.4. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító, a független biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 22.5. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
- a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
 - e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.
- 22.6. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
- a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
 - büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
 - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
 - az adóhatósággal, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
 - a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,

- a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető Hivatallal,
- az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- az európai uniós támogatások felhasználásának szabályszerűségét ellenőrző Európai Csalásellenes Hivatallal (OLAF)
- fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval szemben, ha az a)-j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A k), l), m) és p) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

22.7. Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

22.8. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy biztosítási adata nem állapítható meg,
- fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,



- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

Az előző bekezdésben meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

- 22.9. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- kábítószerek-kereskedéssel,
 - terrorizmussal,
 - illegális fegyverkereskedéssel, vagy
 - a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.
- 22.10. Biztosító, biztosításközvetítői és szaktanácsadói vállalkozás jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító, biztosításközvetítői és szaktanácsadói vállalkozás által kezelt biztosítási titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.

A biztosítási titokra egyebekben a Ptk. 81. §-ában foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

23. A szolgáltatásra jogosult személy

- 23.1. A haláleseti szolgáltatásra a haláleseti kedvezményezett jogosult.
- 23.2. Egyéb szolgáltatásra a szolgáltatás kedvezményezettje a jogosult.

24. A szolgáltatás kifizetése

- 24.1. A biztosító szolgáltatásait a kedvezményezett részére postai utalással vagy banki folyószámlára utalással teljesíti.
- 24.2. A biztosító vállalja, hogy a biztosítási szolgáltatások kifizetéséhez szükséges összes irat kézhezvételétől számított 15, a rokkantság esetén 30 napon belül a szolgáltatás iránti igény jogosságát elbírálja és arról nyilatkozik.
- 24.3. A biztosító vállalja, hogy a szolgáltatás iránti igény jogosságának elismerését illetve a jogosulttal történt megegyezést követő 15 napon belül a biztosítási szolgáltatást kifizeti.

25. A kötvény

- 25.1. A biztosító a szolgáltatásait csak a kötvény bemutatása ellenében köteles kifizetni.
- 25.2. Ha a kötvény elveszett vagy megsemmisült a szerződő (biztosított) köteles azt bejelenteni, amelynek alapján a biztosító másolatot állít ki.

A másolat kibocsátásával egyidejűleg az eredeti kötvény érvénytelenné válik. Ezt a tényt a biztosító a másolaton záradékban feltünteti.

26. Jognyilatkozatok

A jognyilatkozatokat és a bejelentéseket írásban kell a biztosító felé megtenni.

27. A biztosítás értékének megőrzése

- 27.1. A biztosítás értékének megőrzését a biztosítási díj és a biztosítási összeg évenkénti azonos arányú emelése biztosítja. Az emelésre a biztosító tesz ajánlatot a szerződőnek. Az emelést a biztosító a biztosított baleseti kockázatának újabb vizsgálata nélkül hajtja végre.
- 27.2. A díjemelkedés mértéke minden évben a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári év inflációs rátájával egyenlő. A biztosító javaslatot tehet az inflációs rátánál magasabb díjemelésre is.
- 27.3. Ha az inflációs ráta nem éri el a 2 %-ot, akkor az értékkövetés rátája 2%.
- 27.4. A biztosítási díj és összeg emelkedése a biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődik, és évente következik be. Biztosítási évforduló minden év azon hónapjának azon napja, amely a biztosítási kötvényen a hatályba lépés időpontjaként szerepel.
- 27.5. A biztosítási évfordulót megelőzően legalább 30 nappal a biztosító minden évben értesítést küld a megemelkedett díjról és biztosítási összegéről. A szerződőnek jogában áll a díjnövelést visszautasítani, ha ezt a biztosítási évfordulóra nem teszi meg írásban, a biztosító a megnövekedett díjat tekinti érvényesnek. Ha a szerződő egymás után két díjnövelést utasít vissza, a továbbiakban nincs lehetősége újabb növelésre.

28. Elévülés

A balesetbiztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított két év alatt évülnek el.

Fogyasztói panaszokkal foglalkozik a SIGNAL Biztosító Zrt. (1123 Budapest, Alkotás u. 50.), a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.), a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség (1088 Budapest, József krt. 6.), illetve a megyei fogyasztóvédelmi felügyelőségek, továbbá a területi gazdasági kamarák mellett működő békéltető testületek.

A fogyasztói jogviták rendezése a fentiekben túl bírói úton, polgári peres vagy nem peres (fizetési meghagyás) eljárás keretében lehetséges.



CSOPORTOS BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A1500)

Jelen különös feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékelésükkel is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános Feltételek rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő egyidejűleg több, de legalább 4 fő biztosított személy által alkotott csoport (továbbiakban: csoport) vonatkozásában jelen különös feltételekre való hivatkozással köti meg.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül:

- elhalálozik, vagy
- végleges, teljes egészségkárosodást (100%-osan megrokkann) szenved, vagy
- tartós, részleges egészségkárosodást (rokkantságot) szenved.

2. Biztosítási szolgáltatások

- Baleseti halál esetén:
a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál eseteire meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- Végleges, teljes baleseti rokkantság esetén:
ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége véglegesen, teljesen károsodott (100%-osan rokkant marad), a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- Tartós, részleges baleseti rokkantság esetén:
ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan, részlegesen károsodott, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

Ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor a 65. életévét már betöltötte, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek, illetve a rokkantság esetén a rokkantsági fok alapján megállapított összegnek csak a 2/3-át fizeti ki. A szerződőnek joga van magasabb biztosítási összegre kiegészíteni a biztosítást.

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik egy adott csoport tagjainak biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- Biztosított lehet az a 2 és 70 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- A biztosító a biztosított biztosítási szerződésbe való belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.
- A balesetbiztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- A szerződő köteles a biztosítónak megadni a csoport létszámát, névsorát és a csoport tagjainak azonosításához szükséges egyéb adatokat, ill. lehetővé tenni, hogy nyilvántartási rendszere alapján a biztosító azt ellenőrizhesse.
- Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 15 főt meghaladja, a biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésétől eltekinthet, de a biztosítottak személyi adatainak megadása ebben az esetben is szükséges lista formájában.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kiterjed mind a belföldön, mind pedig a külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező balesetekre.

6. Létszámváltozás

- A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosított csoportba való belépés napját követő nap 0. órájától kezdődik, ha a csoport teljes. Amennyiben a szerződő nem egy teljes csoport minden tagjára vonatkozóan kötötte meg a biztosítást, úgy a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítottak adatainak a biztosítóhoz való beérkezését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.



- 6.2. A kockázatviselés az azt követő nap 0. órájától megszűnik, melyen a biztosítottnak az adott csoporttal való tagsági vagy egyéb jogviszonya megszűnik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja, amely egy szerződésben valamennyi biztosított esetében azonos.
- 7.2. A biztosítás díja a választott biztosítási összeg nagyságától, a biztosítottak létszámától, a biztosítottak szakmájának, foglalkozásának, illetve szabadidős tevékenységének (hobby) veszélyességétől és a biztosítottak egészségi állapotától függ.
- 7.3. A biztosító a biztosított csoport létszámának függvényében díjengedményt nyújt.
- 7.4. A létszámváltozásoknak megfelelő díjkülönbözetet, amennyiben az az éves díjnak legfeljebb 10%-a, a biztosító a következő díjesedékeségi időpontban számolja el. Amennyiben a díjkülönbözet 10%-nál nagyobb, a biztosító a beérkezést követő hónap 1. napjáig számolja el, illetve a szerződés megszűnése esetén megszűnéskor.
- 7.5. Amennyiben a biztosító a biztosítási díjat nem a foglalkozások veszélyessége alapján, hanem annak figyelembevételével általában állapította meg, azt minden biztosítási évfordulón az esetlegesen bekövetkezett csoport összetétel (foglalkozások veszélyessége szerinti megoszlás) megváltozása szempontjából felülvizsgálja.
- 7.6. A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel.
Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép érvénybe.
- 7.7. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a különös biztosításra is vonatkoznak.

8. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetőek:

1. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
2. Baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
3. Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
4. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
5. Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
6. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
7. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
8. Baleseti műteti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
9. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
10. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
11. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
12. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)



CSOPORTOS PROGRESSZÍV ROKKANTSÁGI SZOLGÁLTATÁSÚ BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI (A1550)

Jelen különös feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékozottatoul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános Feltételek rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő egyidejűleg több, de legalább 4 fő biztosított személy által alkotott csoport (továbbiakban: csoport) vonatkozásában jelen különös feltételekre való hivatkozással köti meg.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül:

- elhalálozik, vagy
- végleges, teljes egészségkárosodást (100%-osan megrokkann) szenved, vagy
- tartós, részleges egészségkárosodást (rokkantságot) szenved.

2. Biztosítási szolgáltatások

- Baleseti halál esetén:
a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- Végleges, teljes baleseti rokkantság esetén:
ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége véglegesen, teljesen károsodott (100%-osan rokkant marad), a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- Tartós, részleges baleseti rokkantság esetén:
ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan, részlegesen károsodott, és az egészségkárosodás a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 17. pontjában foglalt egészségkárosodási tábla szerinti 50%-os mértéket meghaladja, akkor a biztosító a rokkantsági szolgáltatás számításakor a rokkantság fokának az 50%-ot meghaladó részére a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos rokkantsági biztosítási összeg ötszörösét veszi alapul.

Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan, részlegesen károsodott, és az egészségkárosodás a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 17. pontjában foglalt egészségkárosodási tábla szerinti 50%-os mértéket nem haladja meg, akkor a rokkantsági szolgáltatás számításakor a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos rokkantsági biztosítási összeget veszi alapul.

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik egy adott csoport tagjainak biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- Biztosított lehet az a 2 és 65 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- A biztosító a biztosított biztosítási szerződésbe való belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.
- A balesetbiztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- A szerződő köteles a biztosítónak megadni a csoport létszámát, névsorát és a csoport tagjainak azonosításához szükséges egyéb adatokat, ill. lehetővé tenni, hogy nyilvántartási rendszere alapján a biztosító azt ellenőrizhesse.
- Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 15 főt meghaladja, a biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésétől eltekinthet, de a biztosítottak személyi adatainak megadása ebben az esetben is szükséges lista formájában.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kiterjed mind a belföldön, mind pedig a külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező balesetekre.



6. Létszámváltozás

- 6.1. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosított csoportba való belépés napját követő nap 0. órájától kezdődik, ha a csoport teljes. Amennyiben a szerződő nem egy teljes csoport minden tagjára vonatkozóan kötötte meg a biztosítást, úgy a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítottak adatainak a biztosítóhoz való beérkezést követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.
- 6.2. A kockázatviselés az azt követő nap 0. órájától megszűnik, melyen a biztosítottnak az adott csoporttal való tagsági vagy egyéb jogviszonya megszűnik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja, amely egy szerződésben valamennyi biztosított esetében azonos.
- 7.2. A biztosítás díja a választott biztosítási összeg nagyságától, a biztosítottak létszámától, a biztosítottak szakmájának, foglalkozásának, illetve szabadidős tevékenységének (hobby) veszélyességétől és a biztosítottak egészségi állapotától függ.
- 7.3. A biztosító a biztosított csoport létszámának függvényében díjengedményt nyújt.
- 7.4. A létszámváltozásoknak megfelelő díjkülönbözetet, amennyiben az az éves díjnak legfeljebb 10%-a, a biztosító a következő díjesedékeségi időpontban számolja el. Amennyiben a díjkülönbözet 10%-nál nagyobb, a biztosító a beérkezést követő hónap 1. napjáig számolja el, illetve a szerződés megszűnése esetén megszűnéskor.
- 7.5. Amennyiben a biztosító a biztosítási díjat nem a foglalkozások veszélyessége alapján, hanem annak figyelembevételével átalányban állapította meg, azt minden biztosítási évfordulón az esetlegesen bekövetkezett csoport összetétel (foglalkozások veszélyessége szerinti megoszlás) megváltozása szempontjából felülvizsgálja.
- 7.6. A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel.
Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép érvénybe.
- 7.7. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a különös biztosításra is vonatkoznak.

8. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetők:

1. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
2. Baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
3. Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
4. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
5. Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
6. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
7. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
8. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
9. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
10. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
11. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
12. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)



CSOPORTOS BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI, MEGHATÁROZOTT HELYRE ÉS IDŐRE (A1600)

Jelen különös feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékelésüként is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános Feltételek rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő egyidejűleg több, de legalább 4 fő biztosított személy által alkotott csoport (továbbiakban: csoport) vonatkozásában jelen különös feltételekre való hivatkozással köti meg.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül:

- elhalálozik, vagy
- végleges, teljes egészségkárosodást (100%-osan megrokkann) szenved, vagy
- tartós, részleges egészségkárosodást (rokkantságot) szenved.

2. Biztosítási szolgáltatások

- Baleseti halál esetén:
a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- Végleges, teljes baleseti rokkantság esetén:
ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége véglegesen, teljesen károsodott (100%-osan rokkant marad), a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- Tartós, részleges baleseti rokkantság esetén:
ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan, részlegesen károsodott, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

Ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor a 65. életévét már betöltötte, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek, illetve a rokkantság esetén a rokkantsági fok alapján

megállapított összegnek csak a 2/3-át fizeti ki. A szerződőnek joga van magasabb biztosítási összegre kiegészíteni a biztosítást.

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik egy adott csoport tagjainak biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- Biztosított lehet az a 2 és 70 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- A biztosító a biztosított biztosítási szerződésbe való belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.
- A balesetbiztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- A szerződő köteles a biztosítónak megadni a csoport létszámát, névsorát és a csoport tagjainak azonosításához szükséges egyéb adatokat, ill. lehetővé tenni, hogy nyilvántartási rendszere alapján a biztosító azt ellenőrizhesse.
- Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 15 főt meghaladja, a biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésétől eltekinthet, de a biztosítottak személyi adatainak megadása ebben az esetben is szükséges lista formájában.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kizárólag a biztosítási szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt balesetekre terjed ki.

6. Létszámváltozás

6.1. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosított csoportba való belépés napját követő nap 0. órájától kezdődik, ha a csoport teljes. Amennyiben a szerződő nem egy teljes csoport minden tagjára vonatkozóan kötötte meg a biztosítást, úgy a biztosító



kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítottak adatainak a biztosítóhoz való beérkezését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.

6.2. A kockázatviselés az azt követő nap 0. órájától megszűnik, melyen a biztosítottnak az adott csoporttal való tagsági vagy egyéb jogviszonya megszűnik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja, amely egy szerződésben valamennyi biztosított esetében azonos.
- 7.2. A biztosítás díja a választott biztosítási összeg nagyságától, a biztosítottak létszámától, a biztosítottak szakmájának, foglalkozásának, illetve szabadidős tevékenységének (hobby) veszélyességétől és a biztosítottak egészségi állapotától függ.
- 7.3. A biztosító a biztosított csoport létszámának függvényében díjengedményt nyújt.
- 7.4. A létszámváltozásoknak megfelelő díjkülönbözetet, amennyiben az az éves díjnak legfeljebb 10%-a, a biztosító a következő díjesedékességi időpontban számolja el. Amennyiben a díjkülönbözet 10%-nál nagyobb, a biztosító a beérkezést követő hónap 1. napjáig számolja el, illetve a szerződés megszűnése esetén megszűnéskor.
- 7.5. Amennyiben a biztosító a biztosítási díjat nem a foglalkozások veszélyessége alapján, hanem annak figyelembevételével átalányban állapította meg, azt minden biztosítási évfordulón az esetlegesen bekövetkezett csoport összetétel (foglalkozások veszélyessége szerinti megoszlás) megváltozása szempontjából felülvizsgálja.
- 7.6. A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel.
Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép érvénybe.
- 7.7. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a különös biztosításra is vonatkoznak.

8. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 19. pontjában leírtak mellett azon iratok bemutatását kéri, amelyek igazolják, hogy a baleset a szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt.

9. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetőek:

1. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
2. Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
3. Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
4. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
5. Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
6. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
7. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
8. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
9. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
10. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
11. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
12. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)



CSOPORTOS PROGRESSZÍV ROKKANTSÁGI SZOLGÁLTATÁSÚ BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI, MEGHATÁROZOTT HELYRE ÉS IDŐRE (A1650)

Jelen különös feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékozottatoul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános Feltételek rendelkezései az irányadóak. Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő egyidejűleg több, de legalább 4 fő biztosított személy által alkotott csoport (továbbiakban: csoport) vonatkozásában jelen különös feltételekre való hivatkozással köti meg.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül:

- elhalálozik, vagy
- végleges, teljes egészségkárosodást (100%-osan megrokkann) szenved, vagy
- tartós, részleges egészségkárosodást (rokkantságot) szenved.

2. Biztosítási szolgáltatások

- Baleseti halál esetén:
a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- Végleges, teljes baleseti rokkantság esetén:
ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége véglegesen, teljesen károsodott (100%-osan rokkant marad), a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- Tartós, részleges baleseti rokkantság esetén:
ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan, részlegesen károsodott, és az egészségkárosodás a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 17. pontjában foglalt egészségkárosodási tábla szerinti 50%-os mértéket meghaladja, akkor a biztosító a rokkantsági szolgáltatás számításakor a rokkantság fokának az 50%-ot meghaladó részére a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos rokkantsági biztosítási összeg ötszörösét veszi alapul.

Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan, részlegesen károsodott, és az egészségkárosodás a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 17. pontjában foglalt egészségkárosodási tábla szerinti 50%-os mértéket nem haladja meg, akkor a rokkantsági szolgáltatás számításakor a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos rokkantsági biztosítási összeget veszi alapul.

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik egy adott csoport tagjainak biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- Biztosított lehet az a 2 és 65 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- A biztosító a biztosított biztosítási szerződésbe való belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.
- A balesetbiztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- A szerződő köteles a biztosítónak megadni a csoport létszámát, névsorát és a csoport tagjainak azonosításához szükséges egyéb adatokat, ill. lehetővé tenni, hogy nyilvántartási rendszere alapján a biztosító azt ellenőrizhesse.
- Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 15 főt meghaladja, a biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésétől eltekinthet, de a biztosítottak személyi adatainak megadása ebben az esetben is szükséges lista formájában.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kizárólag a biztosítási szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt balesetekre terjed ki.



6. Létszámváltozás

- 6.1. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosított csoportba való belépés napját követő nap 0. órájától kezdődik, ha a csoport teljes. Amennyiben a szerződő nem egy teljes csoport minden tagjára vonatkozóan kötötte meg a biztosítást, úgy a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítottak adatainak a biztosítóhoz való beérkezését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.
- 6.2. A kockázatviselés az azt követő nap 0. órájától megszűnik, melyen a biztosítottnak az adott csoporttal való tagsági vagy egyéb jogviszonya megszűnik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja, amely egy szerződésben valamennyi biztosított esetében azonos.
- 7.2. A biztosítás díja a választott biztosítási összeg nagyságától, a biztosítottak létszámától, a biztosítottak szakmájának, foglalkozásának, illetve szabadidős tevékenységének (hobby) veszélyességétől és a biztosítottak egészségi állapotától függ.
- 7.3. A biztosító a biztosított csoport létszámának függvényében díjengedményt nyújt.
- 7.4. A létszámváltozásoknak megfelelő díjkülönbözetet, amennyiben az az éves díjnak legfeljebb 10%-a, a biztosító a következő díjesedékeségi időpontban számolja el. Amennyiben a díjkülönbözet 10%-nál nagyobb, a biztosító a beérkezést követő hónap 1. napjáig számolja el, illetve a szerződés megszűnése esetén megszűnéskor.
- 7.5. Amennyiben a biztosító a biztosítási díjat nem a foglalkozások veszélyessége alapján, hanem annak figyelembevételével átalányban állapította meg, azt minden biztosítási évfordulón az esetlegesen bekövetkezett csoport összetétel (foglalkozások veszélyessége szerinti megoszlás) megváltozása szempontjából felülvizsgálja.
- 7.6. A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép érvénybe.
- 7.7. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a különös biztosításra is vonatkoznak.

8. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 19. pontjában leírtak mellett azon iratok bemutatását kéri, amelyek igazolják, hogy a baleset a szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt.

9. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetőek:

1. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
2. Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
3. Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
4. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
5. Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
6. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
7. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
8. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
9. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
10. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
11. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
12. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)



CSOPORTOS BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI, MEGHATÁROZOTT HELYRE ÉS IDŐRE, VALAMINT AZ ADOTT HELY ÉS A LAKHELY KÖZÖTTI ÚTRA (A1700)

Jelen különös feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános Feltételek rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő egyidejűleg több, de legalább 4 fő biztosított személy által alkotott csoport (továbbiakban: csoport) vonatkozásában jelen különös feltételekre való hivatkozással köti meg.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül:

- elhalálozik, vagy
- végleges, teljes egészségkárosodást (100%-osan megrokkann) szenved, vagy
- tartós, részleges egészségkárosodást (rokkantságot) szenved.

2. Biztosítási szolgáltatások

- Baleseti halál esetén:
a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.

- Végleges, teljes baleseti rokkantság esetén:
ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége véglegesen, teljesen károsodott (100%-osan rokkant marad), a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.

- Tartós, részleges baleseti rokkantság esetén:
ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan, részlegesen károsodott, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

Ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor a 65. életévét már betöltötte, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek, illetve a rokkantság esetén a rokkantsági fok alapján megállapított összegnek csak a 2/3-át fizeti ki. A szerződőnek joga van magasabb biztosítási összegre kiegészíteni a biztosítást.

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik egy adott csoport tagjainak biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- Biztosított lehet az a 2 és 70 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- A biztosító a biztosított biztosítási szerződésbe való belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.
- A balesetbiztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- A szerződő köteles a biztosítónak megadni a csoport létszámát, névsorát és a csoport tagjainak azonosításához szükséges egyéb adatokat, ill. lehetővé tenni, hogy nyilvántartási rendszere alapján a biztosító azt ellenőrizhesse.
- Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 15 főt meghaladja, a biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésétől eltekinthet, de a biztosítottak személyi adatainak megadása ebben az esetben is szükséges lista formájában.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kizárólag a biztosítási szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt balesetekre, illetve az adott hely és a lakhely közötti legközelebbi oda-vissza útra terjed ki.



6. Létszámváltozás

- 6.1. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosított csoportba való belépés napját követő nap 0. órájától kezdődik, ha a csoport teljes. Amennyiben a szerződő nem egy teljes csoport minden tagjára vonatkozóan kötötte meg a biztosítást, úgy a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítottak adatainak a biztosítóhoz való beérkezést követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.
- 6.2. A kockázatviselés az azt követő nap 0. órájától megszűnik, melyen a biztosítottnak az adott csoporttal való tagsági vagy egyéb jogviszonya megszűnik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja, amely egy szerződésben valamennyi biztosított esetében azonos.
- 7.2. A biztosítás díja a választott biztosítási összeg nagyságától, a biztosítottak létszámától, a biztosítottak szakmájának, foglalkozásának, illetve szabadidős tevékenységének (hobby) veszélyességétől és a biztosítottak egészségi állapotától függ.
- 7.3. A biztosító a biztosított csoport létszámának függvényében díjengedményt nyújt.
- 7.4. A létszámváltozásoknak megfelelő díjkülönbözetet, amennyiben az az éves díjnak legfeljebb 10%-a, a biztosító a következő díjesedékeségi időpontban számolja el. Amennyiben a díjkülönbözet 10%-nál nagyobb, a biztosító a beérkezést követő hónap 1. napjáig számolja el, illetve a szerződés megszűnése esetén megszűnéskor.
- 7.5. Amennyiben a biztosító a biztosítási díjat nem a foglalkozások veszélyessége alapján, hanem annak figyelembevételével átalányban állapította meg, azt minden biztosítási évfordulón az esetlegesen bekövetkezett csoport összetétel (foglalkozások veszélyessége szerinti megoszlás) megváltozása szempontjából felülvizsgálja.
- 7.6. A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép érvénybe.
- 7.7. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a különös biztosításra is vonatkoznak.

8. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 19. pontjában leírtak mellett azon iratok bemutatását kéri, amelyek igazolják, hogy a baleset a szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt.

9. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetőek:

1. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
2. Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
3. Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
4. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
5. Baleseti költségterítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
6. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
7. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
8. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
9. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
10. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
11. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
12. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)



CSOPORTOS PROGRESSZÍV ROKKANTSÁGI SZOLGÁLTATÁSÚ BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI, MEGHATÁROZOTT HELYRE ÉS IDŐRE, VALAMINT AZ ADOTT HELY ÉS A LAKHELY KÖZÖTTI ÚTRA (A1750)

Jelen különös feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános Feltételek rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő egyidejűleg több, de legalább 4 fő biztosított személy által alkotott csoport (továbbiakban: csoport) vonatkozásában jelen különös feltételekre való hivatkozással köti meg.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül:

- elhalálozik, vagy
- végleges, teljes egészségkárosodást (100%-osan megrokkann) szenved, vagy
- tartós, részleges egészségkárosodást (rokkantságot) szenved.

2. Biztosítási szolgáltatások

- Baleseti halál esetén: a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- Végleges, teljes baleseti rokkantság esetén: ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége véglegesen, teljesen károsodott (100%-osan rokkant marad), a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- Tartós, részleges baleseti rokkantság esetén: ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan, részlegesen károsodott, és az egészségkárosodás a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 17. pontjában foglalt egészségkárosodási tábla szerinti 50%-os mértéket meghaladja, akkor a biztosító a rokkantsági szolgáltatás számításakor a rokkantság fokának az 50%-ot meghaladó részére a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos rokkantsági biztosítási összeg ötszörösét veszi alapul.

Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan, részlegesen károsodott, és az egészségkárosodás a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 17. pontjában foglalt egészségkárosodási tábla szerinti 50%-os mértéket nem haladja meg, akkor a rokkantsági szolgáltatás számításakor a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos rokkantsági biztosítási összeget veszi alapul.

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik egy adott csoport tagjainak biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- Biztosított lehet az a 2 és 65 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- A biztosító a biztosított biztosítási szerződésbe való belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.
- A balesetbiztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- A szerződő köteles a biztosítónak megadni a csoport létszámát, névsorát és a csoport tagjainak azonosításához szükséges egyéb adatokat, ill. lehetővé tenni, hogy nyilvántartási rendszere alapján a biztosító azt ellenőrizhesse.
- Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 15 főt meghaladja, a biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésétől eltekinthet, de a biztosítottak személyi adatainak megadása ebben az esetben is szükséges lista formájában.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kizárólag a biztosítási szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt balesetekre, illetve az adott hely és a lakhely közötti legrövidebb oda-vissza útra terjed ki.



6. Létszámváltozás

- 6.1. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosított csoportba való belépés napját követő nap 0. órájától kezdődik, ha a csoport teljes. Amennyiben a szerződő nem egy teljes csoport minden tagjára vonatkozóan kötötte meg a biztosítást, úgy a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítottak adatainak a biztosítóhoz való beérkezést követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.
- 6.2. A kockázatviselés az azt követő nap 0. órájától megszűnik, melyen a biztosítottnak az adott csoporttal való tagsági vagy egyéb jogviszonya megszűnik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja, amely egy szerződésben valamennyi biztosított esetében azonos.
- 7.2. A biztosítás díja a választott biztosítási összeg nagyságától, a biztosítottak létszámától, a biztosítottak szakmájának, foglalkozásának, illetve szabadidős tevékenységének (hobby) veszélyességétől és a biztosítottak egészségi állapotától függ.
- 7.3. A biztosító a biztosított csoport létszámának függvényében díjengedményt nyújt.
- 7.4. A létszámváltozásoknak megfelelő díjkülönbözetet, amennyiben az az éves díjnak legfeljebb 10%-a, a biztosító a következő díjesedékességi időpontban számolja el. Amennyiben a díjkülönbözet 10%-nál nagyobb, a biztosító a beérkezést követő hónap 1. napjáig számolja el, illetve a szerződés megszűnése esetén megszűnéskor.
- 7.5. Amennyiben a biztosító a biztosítási díjat nem a foglalkozások veszélyessége alapján, hanem annak figyelembevételével átalányban állapította meg, azt minden biztosítási évfordulón az esetlegesen bekövetkezett csoport összetétel (foglalkozások veszélyessége szerinti megoszlás) megváltozása szempontjából felülvizsgálja.
- 7.6. A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép érvénybe.
- 7.7. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a különös biztosításra is vonatkoznak.

8. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 19. pontjában leírtak mellett azon iratok bemutatását kéri, amelyek igazolják, hogy a baleset a szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt.

9. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetőek:

1. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
2. Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
3. Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
4. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
5. Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
6. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
7. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
8. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
9. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
10. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
11. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
12. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)



BALESETI KÓRHÁZI NAPIDÍJRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1910)

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékelésükkel is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított az orvosilag szükségesnek tartott egy napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul a balesetet követő két évben. (Egy napot meghaladó a kórházi kezelés, ha a kórházba történő felvétel és a kórházból történő elbocsátás eltérő naptári napra esik.) A biztosítási esemény a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.
- 1.2. Jelen feltétel szempontjából Magyarországon kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvőbeteg gyógyintézetek).
- 1.3. Nem terjed ki a biztosítás:
 - tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
 - idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,
 - gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
 - fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
 - ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei által nyújtott ellátásra.

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset) miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, a baleset napjától számított két éven belül maximum 185 napra kórházi napidíjat fizet.

Több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is a biztosító szolgáltatása két éven belül 185 napra korlátozódik.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A kórházi gyógykezelést annak befejezésétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő iratok benyújtását kéri:
 - a) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
 - b) utolsó díjfizetést igazoló nyugta,

- c) hiánytalanul kitöltött baleseti kárbejelentőlap,
- d) kórházi zárójelentés másolata,
- e) baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült ilyen,
- f) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
- g) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.

- 3.3. A biztosító fenntartja magának jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 65 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 65. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.
- 4.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

- 5.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.
- 5.2. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.



BALESETI EREDETŰ PLASZTIKAI MŰTÉTRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1920)

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékozottatoul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratan kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított testfelülete olyan mértékben károsodik vagy deformálódik, amely külső megjelenését a gyógyulást követően is hátrányosan befolyásolja, s ezen hátrány megszüntetése érdekében rekonstrukciós célú plasztikai műtétnek veti alá magát.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben baleseti eredetű plasztikai műtét esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeg erejéig megtéríti a plasztikai műtéttel kapcsolatos orvosilag igazolt költségeket (pl. orvosi honorárium, gyógyszerek, kötszerek, kórházi tartózkodás költségei).
- 2.2. A plasztikai műtétnek és az ezzel kapcsolatos kórházi tartózkodásnak a balesetet követően 3 éven belül kell történnie. Ha a biztosított a baleset bekövetkeztekor a 18. életévét még nem töltötte be, a költségeket a biztosító akkor is megtéríti, ha a műtét és a kórházi tartózkodás nem a fenti határidőn belül, de a biztosított 21. életévének betöltése előtt következik be.
- 2.3. A biztosító a plasztikai műtéttel kapcsolatos költségeket csak a biztosított nevére kiállított számla ellenében téríti meg.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A szolgáltatás iránti igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelenteni kell a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő iratok bemutatását kéri:
 - a) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
 - b) utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - c) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
 - d) a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák,

- e) baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült ilyen,
- f) hatósági eljárás esetén:
 - az eljárást lezáró jogerős határozat,
 - a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat vagy vádirat,
- g) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
- h) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve a biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan érvényes biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 65 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 65. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.
- 4.3. Ha a szerződés alapszerződése bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

- 5.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapszerződéssel együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.
- 5.2. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.



CSONTTÖRÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1930)

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékelőként is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amely következtében a biztosított csonttörést szenved.
- 1.2. Csontrepedés és fogtörés nem minősül csonttörésnek.

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén - balesetenként a törések számától függetlenül - egyszeri kifizetésként a biztosítási esemény időpontjában hatályos, a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő iratok benyújtását kéri:
 - a) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
 - b) utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - c) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
 - d) a csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás másolata,
 - e) baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült ilyen,
 - f) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
 - g) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 65 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 65. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

- 4.3. Ha a szerződés alapt biztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

- 5.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.
- 5.2. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.



ÉGÉSI SÉRÜLÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1935)

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékelésük miatt is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított égési sérülést szenved.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben az égési sérülések esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek az égési sérülés súlyossága alapján megállapított százalékát fizeti ki.

A térítés mértéke az égési sérülés súlyosságától és kiterjedtségétől függően a következő:

Súlyosság	Testfelület			
	10-19%	20-49%	50-79%	80% felett
I. fokú	-	-	-	-
II. fokú	-	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100%	160%
IV. fokú	40%	80%	200%	200%

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka.

2.2. Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle súlyosságú és/vagy kiterjedésű égési sérülést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedésének százalékos mértékét összeadva, a legmagasabb súlyosságú sérülés szorzójával állapítja meg.

2.3. A biztosító szolgáltatása egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezte esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg kétszeresét.

3. A biztosító teljesítése

3.1. Az égési sérülést annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban jelenteni kell a biztosítóknak.

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő iratok bemutatását kéri:

- biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
- utolsó díjfizetést igazoló nyugta,

c) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,

d) baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült ilyen,

e) kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap másolata, amennyiben az égési sérülés következményeként a biztosított kórházi fekvő, illetve járóbeteg-ellátásban részesült,

f) hatósági eljárás esetén:

- az eljárást lezáró jogerős határozat,
- a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat vagy vádirat

g) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,

h) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve a biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.

4. A biztosított személye

4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan érvényes biztosítása van, melynek feltételei szerint az égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 65 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 65. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

4.3. Ha a szerződés alaptartósága bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

5.1. A kiegészítő biztosítás díját az alaptartósággal együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

5.2. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.



BALESETI KÖLTSÉGTÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1940)

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékelésükkel is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül felépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosítottnak baleseti költségei merülnek fel.
- 1.2. Baleseti költségnek minősülnek a balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított gyógyulásával, gyógykezelésével kapcsolatos, a biztosított nevére kiállított számlával igazolt:
 - gyógyászati segédeszközök beszerzésének vagy más, a kezeléshez szükséges eszközök (pl.: gyógyszer, kötszer, stb) szükséges mennyiségben való beszerzésének költségei,
 - rehabilitációs költségek,
 - mentési költségek, amelyek akkor válnak szükségessé, ha a balesetet szenvedett biztosított sérülten mentésre szorul vagy ha meghal és a holtteste csak mentéssel hozzáférhető,
 - szállítási költségek, amelyek akkor merülnek fel, ha a balesetet szenvedett biztosítottat a baleset helyszínéről a kezelésre alkalmas legközelebbi kórházba vagy orvoshoz szállítják, vagy ha a biztosított baleset következtében meghal, és a holttestét a baleset helyszínéről elszállítják.
- 1.3. Nem téríti meg a biztosító:
 - a fürdőkúrákkal és üdülésekkel kapcsolatos utazási és tartózkodási költségeket, illetve
 - a fogpótlásból vagy más gyógyászati segédeszközök javításából vagy újbóli beszerzéséből adódó költségeket.
- 1.4. Nem minősül továbbá baleseti költségnek a gyógyászati segédeszközök beszerzésének költsége, ha az nem áll közvetlen ok-okozati összefüggésben a balesettel.
- 1.5. A gyógyászati segédeszközök szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben baleseti költségtérítésre meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeg erejéig megtéríti az 1.2. pontban meghatározott baleseti költségeket, amennyiben azok a baleset napjától számított 1 éven belül merülnek fel, és más módon nem térülnek meg.

- 2.2. Egy biztosítási évben a biztosító szolgáltatásának felső határa a biztosítási összeg, függetlenül a biztosítási események számától.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A szolgáltatási igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelteni kell a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő iratok bemutatását kéri:
 - a) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
 - b) utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - c) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
 - d) a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák,
 - e) baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült ilyen,
 - f) hatósági eljárás esetén:
 - az eljárást lezáró jogerős határozat,
 - a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat vagy vádirat,
 - g) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
 - h) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapota vonatkozó dokumentumok.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 65 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 65. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.
- 4.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

- 5.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.
- 5.2. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.



BALESETBŐL EREDŐ FOLYAMATOS TÁPPÉNZES ÁLLOMÁNY ESETÉN TÖRTÉNŐ EGYÖSSZEGŰ KIFIZETÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1950)

Jelen különös feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános Feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosítási szerződés hatálya alatt elszervedett sérülés hatására, orvosiilag szükségesnek tartott gyógykezelése miatt a biztosított a biztosítási szerződésben kikötött legalább 15 és/vagy 28 napig folyamatos táppénzes állományban van.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén egyszeri kifizetésként a biztosítási esemény időpontjában hatályos, a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

2.2. Egy balesetből eredően a biztosítási összeg csak egyszer kerülhet kifizetésre.

2.3. Egy biztosítási éven belül legfeljebb 3 alkalommal történhet kifizetés.

3. A biztosító teljesítése

3.1. A balesetet a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító a következő iratok bemutatását kéri:

- biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
- utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
- hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
- a táppénzes állomány megállapítására jogosult szerv által a táppénzes állomány igazolására rendszeresített nyomtatványok másolata,
- ha kórházi ápolás is történt: kórházi zárójelentés a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül,
- baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült ilyen,

g) hatósági eljárás esetén:

- az eljárást lezáró jogerős határozat,
- a nyomozást megszüntető, megtagadó vagy felfüggesztő jogerős határozat vagy vádirat,

h) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,

i) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.

3.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

3.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 17.1.3 pontja is vonatkozik.

4. A biztosított személye

4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan érvényes biztosítása van, melynek feltételei szerint a balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén egyösszegű kifizetésre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 65 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 65. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

4.3. Ha a szerződés alaptartósága bármely okból megszűnik, ezzel párhuzamosan megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

5.1. A kiegészítő biztosítás díját az alaptartósággal együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

5.2. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.



BALESETBŐL EREDŐ FOLYAMATOS TÁPPÉNZES ÁLLOMÁNY ESETÉN TÖRTÉNŐ TÖBBSZÖRI KIFIZETÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1955)

Jelen különös feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános Feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt olyan sérülést szenved, melynek orvosiilag szükségesnek tartott gyógykezelése miatt a biztosított legalább 60, 90, 120, 150 vagy 180 napig folyamatosan táppénzes állományban van.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére többszöri szolgáltatást nyújt. A biztosítási összeg ötször kerülhet kifizetésre. Az első kifizetést a biztosító a 60. táppénzes állományban eltöltött nap után teljesíti. A második kifizetést a biztosító a 90. táppénzes állományban eltöltött nap után teljesíti. A harmadik kifizetést a biztosító a 120. táppénzes állományban eltöltött nap után teljesíti. A negyedik kifizetést a biztosító a 150. táppénzes állományban eltöltött nap után teljesíti. Az ötödik kifizetést a biztosító a 180. táppénzes állományban eltöltött nap után teljesíti.

2.2. A biztosítási fedezet csak baleseti eredetű folyamatos táppénzes állományra vonatkozik. A betegségi eredetű táppénzes állomány vagy a 60, 90, 120, 150, 180 napot összefüggően el nem érő táppénzes állomány nem biztosítási esemény, így a biztosító biztosítási szolgáltatást nem fizet.

2.3. Egy biztosítási éven belül egy biztosított részére legfeljebb öt alkalommal történhet kifizetés.

3. A biztosító teljesítése

3.1. A balesetet a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő iratok bemutatását kéri:

- a) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
- b) utolsó díjfizetést igazoló nyugta,

- c) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
- d) a táppénzes állomány megállapítására jogosult szerv által a táppénzes állomány igazolására rendszeresített nyomtatványok másolata,
- e) ha kórházi ápolás is történt: kórházi zárójelentés a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül,
- f) baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült ilyen,
- g) hatósági eljárás esetén:
 - az eljárást lezáró jogerős határozat,
 - a nyomozást megszüntető, megtagadó vagy felfüggesztő jogerős határozat vagy vádirat,
- h) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
- i) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.

3.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

3.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 17.1.3. pontja is vonatkozik.

4. A biztosított személye

4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan érvényes balesetbiztosítása van, melynek feltételei szerint a balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén többszöri kifizetésre szóló kiegészítő biztosítás megköthető.

4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 65 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 65. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

4.3. Ha a szerződés alaptáppénzes állománya bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.



5. A biztosítási díj

- 5.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.
- 5.2. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.





BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1960)

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékelőként is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosított számára baleseti következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett azon műtéti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra kerül sor, amelyeket az orvosszakmai szabályok betartásával végeztek.

Nem terjed ki a biztosítási fedezet a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett vagy fennálló állapotok miatt végzett „halasztott” műtétekre.

Amennyiben a szerződés megszűnik, a biztosítási fedezet a szerződés megszűnésétől számított egy évig áll fenn a szerződés hatálya alatt bekövetkezett, és bejelentett biztosítási eseményekkel igazoltan összefüggésben álló műtétekre.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a kedvezményezett részére műtéti térítést fizet.
- 2.2. A térítés nagysága a biztosítási szerződésben a baleseti műtéti térítés esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek meghatározott százaléka (az elvégzett műtéti eljárás besorolásának megfelelően).
- 2.3. Ha egy műtéti beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon baleseti következmény elhárítását célzó) eljárás szükséges, akkor a térítés a beavatkozás során elvégzett legmagasabb %-os értékű eljárásért fizetendő összeg lesz. Olyan műtéteknél, melyek elvégzésénél a jelen szerződés létrejöttét megelőzően fennálló állapotok jelentős mértékben (legalább 25%-ig) közrehatottak, a biztosító a térítés összegét ezen közrehatás mértékével csökkenti. Ezt a közrehatást, illetve a mértéket a biztosító orvosa állapítja meg.
- 2.4. A műtéti eljárások kivonatos listája a 6. pontban található. Az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosítónál megtekinthető. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás ezen táblázatban nem található, úgy a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A baleseti műtéti térítésre vonatkozó szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő iratok benyújtását kéri:
 - a) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
 - b) utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - c) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
 - d) kórházi zárójelentés másolata (ambuláns kezelőlap),
 - e) műtéti leírás másolata,
 - f) hatósági eljárás esetén:
 - az eljárást lezáró jogerős határozat,
 - a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat vagy vádirat,
 - g) baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült ilyen,
 - h) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
 - i) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.
- 3.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.
- 3.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 17.1.3 pontja is vonatkozik.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 65 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 65. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.



- 4.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

- 5.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.
- 5.2. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

6. Műtétek besorolása (kivonatos lista)

- 6.1. Egyszerű beavatkozások (25%-os térítés)

- Extensiók behelyezése
- Percután dróttűzések
- Osteosynthesis anyag eltávolítása
- Mellkasi szívás behelyezés /drainage/
- Sebexcisio /elsődleges, halasztott vagy másodlagos varrat/
- Perifériális érsérülések ellátása
- Ínhüvelyeken, inakon végzett beavatkozások sérüléssel eredet miatt /tenotomia, incisio/
- Lábujjak csonkolása
- Z plasztika bőrön
- Szabad bőrtransplantatio
- Extensor in varrata
- Csonttörés fedett tűzése kézen
- Kézen szalagvarrat
- Ujj amputáció kézen
- Gyerekkori törések, ficamok ellátása
- Tályogfeltárás testüregen kívül
- Hólyag-szűrőcsapolás
- Kis szemhéji sebzés ellátása
- Kis kötőhártya sérülés ellátása

- 6.2. Középnagy műtétek (50%-os térítés)

- Velőür-sínezés
- Boka-olecranon-patella synthesis
- Carotis angiographia, liquor terek kontrasztos vizsgálata
- Osteotomia /korrekciós/
- Arthrotomia
- Sequestrotomia
- Inveterált ficam műtéte
- Izületi szalagok varrata, pótlása
- Tracheotomia
- Explorativ laparotomia
- Idegen test eltávolítása /mélyen fekvő vagy testüregbe hatoló/
- Alkar, lábszár sérülés utáni alagút-szindróma műtéte
- Decompressio laminectomia /traumás eredetű/
- Impressio koponyatörések műtétei
- Fürt lyuk elhelyezése
- Subduralis haematoma műtéte
- Lumbalis porckorongsérv /baleseti eredetű/
- Koponyacsont plasztika
- Felső végtagi rekonstrukciós érműtét

- Ideg-felszabadítás /neurolysis/
- Hajlító invarrat
- Tendolysis
- Kézen csonttörés feltárása drót-stabilizálással
- Phalangisatio
- Arthrodesis kézen
- Kézen luxatio feltárása és repositioja
- Kézen capsulectomia
- Kézen szalagplasztika
- Kézen feltárás sérüléssel eredetű fertőzés miatt
- Gyerekkori törések osteosynthesisai
- Bőrpótlás szabad átültetéssel, vagy lokális eljárással
- Sectio alta
- Enucleatio bulbi
- Perforáló szemsebes ellátása /mágneselem kivételével/
- Részleges külső gégeműtét

- 6.3. Nagy műtétek (100%-os térítés)

- Velőür-szegezés
- Combnyaktáji szegezés
- Lemez csontegyesítés
- Fixateur externe /külső rögzítők/
- Áthatoló mellkasi sérülés műtéte
- Áthatoló hasi sérülés műtéte
- Mellkasi szervek fedett sérülésének műtétei
- Hasi szervek fedett sérülésének műtéte
- Álzületek /fertőzött és nem fertőzött/ belső és külső csontegyesítése
- Arthrodesis / izületi merevítés/
- Arthroplastica
- Osteotomiák /correctio/
- Gerincsérültek műtétei
- Epiduralis vérzések
- Shunt műtétek /poszttraumás/
- Cervicalis porckorongsérv laminectomiából és elülső behatolásból
- Koponyaűri sérülés /durasérülés, vérzés/ ellátása
- Nyaki gerincsérülés műtéte
- Art. carotis, subclavia, mesenterica restructio
- Aorto ilio-bifemoralis bypass
- Iliofemoralis véna rekonstrukció
- Érpótlások
- In-transplantatio
- Többcsőrös invarrat
- Stabil osteosynthesis kézen
- Matti-Graner műtét
- Korrekciós csontműtét kézen
- Kézen protézis beültetése
- Érvarrat alkaron
- Idegbénulás palliatív műtéte intransplantatioval
- Nyeles vagy hengerleány plasztika
- Nyelősősérülés műtéte a mellkasi szakaszon
- Lobectomia pulmonis
- Thoracoplastica
- Vastagbél resectio
- Splenectomia
- Végtag exarticulatio
- Bőrpótlás távoli lebennyel
- Üregek falának rekonstrukciója
- Komplex szövetpótlás
- Intraocularis idegentest eltávolítása



- Radicalis fülműtét
- Bármely sérüléssel eredetből végzett nőgyógyászati laparotomia
- Vaginalis méheltávolítás
- II-III. fokban nyílt ízületi törés ellátása
- 40% feletti II-III-fokú égési sérülés műtéti ellátása

6.4. Különleges műtétek (200%-os térítés)

- Végtag replantatio
- Súlyos végtagsérülés ellátása /ér-, idegvarrattal, osteosynthesissal/
- Idegtransplantatio /mikroszkópos/
- olitraumatizált betegnél többszörös mellkasi vagy hasi szervsérülés
- Csipő-térdizületi-váll-könyök arthroplastica /endoprothesis/ sérülés miatt

- Tracheo-bronchoplastica
- Tüdőeltávolítás
- Szabad lebeny átültetése microvascularis anastomosissal
- Nyelőcső-eltávolítás és pótlás
- Radicalis veseműtét /eltávolítás, blokk dissectio/
- Mellkasi és hasi nagyereken végzett érsebészeti műtétek
- Idegtransplantatio
- Szigetlebenszövet-implantáció
- Érvarrat a kéz és ujjak területén
- Értransplantatio
- Policisatio
- Replantatio kézen



BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉGRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1970)

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékelésükkel is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosító a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges keresőképtelen napokra nyújt szolgáltatást.
- 2.2. A folyamatos keresőképtelenség első, a biztosítási szerződésben meghatározott számú napjára (önrész) a biztosító nem teljesít szolgáltatást. Az önrész a szerződő döntésétől függően lehet 7, 14, 21 vagy 30 nap.
- 2.3. A szolgáltatás mértéke: a baleset napján hatályos biztosítási összegnek és azon napok számának a szorzata, amely napokon a biztosított keresőképtelen volt, figyelembe véve az önrészt.
- 2.4. A biztosító egy káreseménnyel összefüggésben a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb 180 napra teljesít szolgáltatást.
- 2.5. A biztosító egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is legfeljebb 180 napra teljesít szolgáltatást.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó szolgáltatási igényt először az önrész leteltétől számított 5 munkanapon belül, majd azt követően 14 napos időközönként kell írásban jelenteni a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító a következő iratok bemutatását kéri:
 - a) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
 - b) utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - c) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,

- d) a keresőképtelenség megállapítására jogosult szerv által a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatványok másolata,
- e) ha kórházi ápolás is történt: kórházi zárójelentés a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül,
- f) baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült ilyen,
- g) hatósági eljárás esetén:
 - az eljárást lezáró jogerős határozat,
 - a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat vagy vádirat,
- h) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
- i) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.

- 3.3. A szolgáltatási igénybejelentőt, valamint a baleseti jegyzőkönyv másolatát folyamatos keresőképtelenség esetén csak az első bejelentés alkalmával kell benyújtani, ezt követően csak az előzőekben meghatározott egyéb dokumentumokat, illetve iratokat kell a biztosító rendelkezésére bocsátani a kötvényszámra való hivatkozással.

- 3.4. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a keresőképtelenség indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan érvényes biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. Nem köthető meg baleseti keresőképtelenségi kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki saját jogon nem jogosult a társadalombiztosítás rendszerében finanszírozott keresőképtelenségi ellátásra - táppénzre, baleseti táppénzre - pl. munkanélküli, nyugdíjas, nappali tagozatos hallgató.
- 4.3. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy öregségi nyugdíjra jogosultságának megszerzéséig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el az öregségi nyugdíjra a jogosultságot, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.



5. A biztosításra vonatkozó egyéb rendelkezések

- 5.1. A biztosító a biztosítási ajánlat elfogadása előtt előírhatja az egészségbiztosítási járulék fizetésére vonatkozó kötelezettség igazolását, illetve jövedelemigazolás benyújtását.
- 5.2. A biztosított köteles a biztosítónak bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt szűnik meg a saját jogú keresőképtelenségi ellátásra való jogosultsága. Ebben az esetben a biztosítási évfordulón a kiegészítő biztosítás megszűnik.
- 5.3. A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén, az itt felsorolt feltételek valamelyikének bekövetkezését követő biztosítási évfordulón:
- a) ha a biztosított öregségi nyugdíjra szerez jogosultságot,
 - b) ha a biztosított rokkantsági nyugdíjra szerez jogosultságot,
 - c) ha a biztosított 67%-os mértéket elérő munkaképesség-csökkenését az arra jogosult társadalombiztosítási szerv határozatában megállapította.
- Amennyiben a jelen pontban felsorolt feltételek közül bármelyik bekövetkezik, úgy a biztosított köteles azt a biztosított feltétel bekövetkezésétől számított 30 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni.

- 5.4. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

6. A biztosító mentesülése a szolgáltatás kifizetése alól, a kockázatviselésből kizárt események

A biztosító kockázatviselése az általános feltételekben meghatározottakon kívül nem terjed ki:

- a) a nem saját jogú keresőképtelenségre (pl. szülőnek a gyermeke miatti keresőképtelensége, szülő ápolása miatti keresőképtelenség),
- b) az olyan keresőképtelenségre, amely nem a biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása miatt következett be,
- c) az olyan keresőképtelenségre, amely alatt a biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat.

7. A biztosítási díj

- 7.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.
- 7.2. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.



BALESETI GYÓGYULÁSI TÁMOGATÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1980)

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Bal-
esetbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel együtt
érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.
Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Bal-
esetbiztosítási Általános és Különös Feltételek rendelke-
zései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási
eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül
fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset),
amelynek következtében a biztosított a baleset
napjától számított 2 éven belül orvosilag
szükségesnek tartott:
- a) kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az
ellátás keretében és ideje alatt nem kerül sor
műtéti beavatkozásra, vagy
 - b) kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az
ellátás keretében és ideje alatt csak egy nap-
on kerül sor műtéti beavatkozásra, illetve be-
avatkozásokra, vagy
 - c) kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az
ellátás keretében és ideje alatt több napon is
sor kerül műtéti beavatkozásra, illetve beavat-
kozásokra, vagy
 - d) kórházi fekvőbeteg-ellátásban nem részesül,
de műtetre vagy egy napon belül több műtetre
szorul.
- 1.2. Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvő-
beteg-ellátásban részesül az a személy, akit or-
vosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba
több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a sze-

mély a kórházi felvétel, illetve elbocsátás napja
között minden éjszakát a kórházban tölt orvosi
ellátással kapcsolatban.

A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító
szolgáltatása szempontjából a kórházi ápolás el-
ső napja a kórházi felvétel napja, utolsó napja
pedig a kórházból történő elbocsátás napja.

- 1.3. Jelen feltétel szempontjából Magyarországon kór-
háznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyúj-
tására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvő-
beteg gyógyintézetek).
- 1.4. Nem terjed ki a biztosítás:
- tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintéze-
tek és szanatóriumok,
 - idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők
gyógy- és gondozóintézetei,
 - gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
 - idősek szociális otthonai és azok betegosztályai,
 - fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
 - ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóinté-
zetei által nyújtott ellátásra.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a bizto-
sító a biztosítási szerződésben baleseti gyógy-
ulási támogatás esetére meghatározott, a baleset
napján hatályos biztosítási összeget, illetve an-
nak a többszörösét fizeti ki.

A térítés mértéke a kórházi napok számától és az
elvégzett műtét vagy műtétek százalékos besoro-
lásától függően a következő:

Kórházi ápolási napok száma	Műtéti csoportok				
	Nem történt beavatkozás vagy nem besorolható a műtét	Egyszerű beavatkozás (25%-os térítés)	Középnagy műtétek (50%-os térítés)	Nagy műtétek (100%-os térítés)	Különleges műtétek (200%-os térítés)
0-7	0	1	2	3	4
8-14	1	2	3	4	5
15-30	2	3	4	5	6
31-	3	4	5	6	7

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti többszöröse.



- 2.2. Az egy műtét során vagy egy napon belül elvégzett műtéti beavatkozások és sebészeti eljárások közül a biztosító kizárólag a legsúlyosabb műtét veszi figyelembe a szolgáltatásnál, illetve mértékének meghatározásánál.
- 2.3. Ha a fekvőbeteg-ellátás során, a kórházi ápolás időszaka alatt eltérő napokon több műtéti beavatkozást, illetve beavatkozásokat is végeznek, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét egyik tényezőként meghatározó szorzót (többszörözőt) az alábbiak szerint állapítja meg:
A 2.2. pont szerint figyelembe veendő elvégzett legsúlyosabb műtét (több azonos súlyosságú műtét esetén egyhez) hozzárendeli a teljes kórházi ápolási napok számát és a táblázat szerinti szorzót, majd ehhez egymás után hozzáadja a további műtéti beavatkozásokhoz és - mindegyik esetén - nulla kórházi ápolási naphoz rendelt szorzókat. Tehát a biztosító az említett szorzók összegében állapítja meg az említett többszörözőt.
- 2.4. A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő feltétel I. számú mellékletében található, az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosítónál megtekinthető.
- 2.5. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás a műtéti listán nem található, úgy a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján.
- 2.6. A biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg egy biztosítási eseményből kifolyólag a biztosítási eseménytől számított két éven belül a biztosítási összeg tizenötszörösét.
- 2.7. A biztosító szolgáltatása egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg tizenötszörösét.
- 2.8. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó szolgáltatási igényt a kórházi fekvőbeteg-ellátás befejezését, illetve amennyiben a műtét kórházi fekvőbetegellátás nélkül történt, akkor a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban jelezni kell a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő iratok bemutatását kéri:
a) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
b) utolsó díjfizetést igazoló nyugta,

- c) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
d) baleseti jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült ilyen),
e) kórházi zárójelentés,
f) műtéti leírás (amennyiben történt műtét is),
g) hatósági eljárás esetén:
- az eljárást lezáró jogerős határozat,
- a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat vagy vádirat,
h) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
i) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 65 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 65. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.
- 4.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

- 5.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.
- 5.2. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.



KÖZÚTI KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁLRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1990)

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékelésüként is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítottat ért közúti közlekedési baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított a közúti közlekedési baleset megtörténtétől számított egy éven belül meghal.
- 1.2. Közúti közlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.
- 1.3. Nem minősülnek közúti közlekedési balesetnek az alábbi események:
 - a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem játszott közre,
 - kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem játszott közre,
 - a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be,
 - nem közúton bekövetkezett balesetek.
- 1.4. A biztosítás nem terjed ki az alábbi eseményre:
 - amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vezet, vagy azon utazik.
- 1.5. Amennyiben a biztosított vezetőként nem rendelkezik az adott jármű vezetésére jogosító hatósági engedéllyel (kivételek: hivatalos oktatói felügyelet mellett vezető tanuló), az a biztosító mentesülését vonja maga után.

2. A biztosító szolgáltatása

Ha a biztosított közúti közlekedési baleset következményeként meghal, a biztosító a biztosítási szerződésben a közúti közlekedési baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget kifizeti ki.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó szolgáltatási igényt annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül jelenteni kell a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet korábban már jelentették.

- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító a következő iratok bemutatását kéri:
 - a) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
 - b) utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - c) a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
 - d) a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
 - e) a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
 - f) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
 - g) rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
 - h) a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv másolata (amennyiben ilyen készült),
 - i) hatósági eljárás esetén:
 - az eljárást lezáró jogerős határozat,
 - a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat vagy vádirat,
 - j) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
 - k) az örökös minőség igazolására:
 - jogerős hagyatékadó végzés,
 - l) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.

- 3.3. A biztosító jogosult a halál körülményeinek vizsgálatára.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 65 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 65. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.
- 4.3. Ha a szerződés alaptartalmában bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

- 5.1. A kiegészítő biztosítás díját az alaptartalommal együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.
- 5.2. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.



KÖZÚTI KÖZLEKEDÉSI BALESETI ROKKANTSÁGRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1995)

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékozottat is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Balesetbiztosítási Általános és Különös Feltételek rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítottat ért közúti közlekedési baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított a közúti közlekedési baleset megtörténtétől számított egy éven belül tartós egészségkárosodást (rokkantságot) szenved.
- 1.2. Közúti közlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet. Nem minősülnek közúti közlekedési balesetnek az alábbi események:
 - gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkezésében semmilyen mozgó jármű nem játszott közre,
 - kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem játszott közre,
 - a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be,
 - nem közúton bekövetkezett balesetek.
- 1.3. A biztosítás nem terjed ki az alábbi eseményekre:
 - amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vezet, vagy azon utazik,
 - járműbe való be- és felszállás, illetve járműből való ki- és leszállás.
- 1.4. Amennyiben a biztosított vezetőként nem rendelkezik az adott jármű vezetésére jogosító hatósági engedéllyel (kivétel: hivatalos oktatói felügyelet mellett vezető tanuló), az a biztosító mentesülését vonja maga után.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a közlekedési baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan károsodott (rokkant marad), a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

A rokkantság fokát a Balesetbiztosítási Általános Feltételek 17.1.1 pontja szerint kell megállapítani.

- 2.2. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott egészségkárosodási százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni.

Ha a rokkantság foka az egészségkárosodási tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. Ha a maradó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe. A tartós egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa állapítja meg.
- 2.3. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított tartós egészségkárosodás mértékével nem ért egyet, saját maga is szerezhethet be orvosi véleményt. Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvosszakértőt kell felülvizsgálatra felkérni. A független orvosszakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvosszakértő magasabb egészségkárosodási százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.
- 2.4. A baleset utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Miután a biztosító fizetési kötelezettsége megállapítást nyert, a biztosított előlegként követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki az ebben az időpontban megállapítható károsodási fok szerint járó kifizetést.
- 2.5. Amennyiben a tartós rokkantság foka nem tisztázott egyértelműen, mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van a baleset napjától számított 4 évig, évenként a rokkantság fokának újbóli megállapítását kérni. Ha a felülvizsgálat magasabb rokkantsági fokot állapít meg, a biztosító ennek megfelelően térít. Ha a felülvizsgálat alacsonyabb rokkantsági fokot állapít meg, a biztosítottnak nem kell a korábban kifizetett és a felülvizsgálaton megállapított alacsonyabb szolgáltatás különbségét a biztosítónak visszatérítenie.



3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő iratok bemutatását kéri:
- a) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
 - b) utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - c) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
 - d) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata,
 - e) kórházi kezelőlap és zárójelentés,
 - f) friss jelentés a biztosított állapotáról,
 - g) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
 - h) rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
 - i) a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült ilyen),
 - j) hatósági eljárás esetén:
 - az eljárást lezáró jogerős határozat,
 - a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat vagy vádirat,
 - k) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
 - l) továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve a biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 65 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 65. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.
- 4.3. Ha a szerződés alapt biztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

- 5.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.
- 5.2. A Balesetbiztosítási Általános Feltételek 27. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.



Csoportos balesetbiztosítási termékeink

Csoportos balesetbiztosítás (A1500)

Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás (A1550)

Csoportos balesetbiztosítás, meghatározott helyre és időre (A1600)

Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás, meghatározott helyre és időre (A1650)

Csoportos balesetbiztosítás, meghatározott helyre és időre, valamint az adott hely és a lakhely közötti útra (A1700)

Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás, meghatározott helyre és időre, valamint az adott hely és a lakhely közötti útra (A1750)

Választható kiegészítő biztosítások

Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)

Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)

Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)

Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)

Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)

Balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1950)

Balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1955)

Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)

Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)

Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)

Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)

Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)

www.signal.hu