

# **Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás feltételek**

# TARTALOM

Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános Feltételek (ÁSZF)	3
Csoportos balesetbiztosítás különös feltételei, a nap bármely időszakára (A1500)	20
Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás különös feltételei, a nap bármely időszakára (A1550)	23
Csoportos balesetbiztosítás különös feltételei, meghatározott helyre és időre (A1600)	26
Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás különös feltételei, meghatározott helyre és időre (A1650)	29
Csoportos balesetbiztosítás különös feltételei, meghatározott helyre és időre, valamint az adott hely és a lakhely közötti útra (A1700)	32
Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás különös feltételei, meghatározott helyre és időre, valamint az adott hely és a lakhely közötti útra (A1750)	35
Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)	38
Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)	40
Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)	42
I-II. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)	44
III. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)	46
Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)	48
Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)	50
Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)	52
Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)	54
Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)	56
Baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)	58
Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)	60
Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)	62
Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)	64
Balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1950)	66
Balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1955)	68
Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)	70
Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)	72
Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)	75
Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)	78
Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)	81
Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)	84
Légiközlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)	86
Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)	88

# CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK (ÁSZF)

Jelen általános szerződési feltételek, melyek egyben **ügyműködőtájékoztató** is szolgálnak, a hatályos magyar jogszabályok, így különösen a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (továbbiakban: PTK.), valamint a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit.) alapján jöttek létre. **Az ügműködőtájékoztatónak minősülő részek vastag betűvel szedettek.**

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. törvény rendelkezései is irányadók.

A szerződési feltételek a SIGNAL Biztosító Zrt. csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános Feltételekre (továbbiakban: ÁSZF) hivatkozással kötötték.

Nem alkalmazandók az ÁSZF egyes pontjai akkor, ha azok alkalmazásának kizárását az egyes különös és kiegészítő feltételek kifejezetten előírják.

Jelen biztosítási feltételek, illetve **ügyműködőtájékoztató** 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
Adószáma:	10828704-2-44
KSH száma:	10828704-6511-114-01

## 1. A biztosítási esemény

- 1.1. **Jelen szabályzat szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek a különös és kiegészítő biztosítási feltételekben részletesen meghatározott események.**
- 1.2. **Biztosítási esemény kizárólag a kockázatviselés időtartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, váratlan betegség vagy baleset, illetve ezek következménye.**

## 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 halála, balesete vagy betegsége esetén a biztosító szolgáltatási (fizetési) kötelezettsége beáll.

**Kedvezményezett:** a biztosító szolgáltatására (ÁSZF 20.pont) jogosult személy, aki lehet:

- a biztosított,
- a szerződésben ilyenként 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**

szereződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

- 2.3. **Belépési kor:** a biztosító a biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

### 3. A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

- 3.1. A biztosítási szerződés a szerződő által benyújtott ajánlat alapján, a felek írásbeli megállapodásával, a kötvény kiállításával jön létre.
- 3.2. A Biztosító a biztosítási ajánlat elfogadása előtt előírhat orvosi vizsgálatot, vagy a kockázatelbírálás szempontjából szükséges egyéb igazolások, dokumentumok benyújtását kérheti. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy az így tudomására jutott adatokat ellenőriztesse. A biztosított nyilatkozatai, valamint a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszai az ajánlat részét képezik.
- 3.3. A kockázatelbírálás eredményétől függően a biztosító a biztosítási ajánlatot elfogadja, elutasítja vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles megindokolni.
- 3.4. Ha a biztosító az írásbeli megállapodás alapján kötvényt állít ki és a kötvény tartalma a szerződő fél ajánlatától eltér, a biztosítónak fel kell hívni a szerződő fél figyelmét az eltérésről, és az eltérést a szerződő fél 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ha a szerződő az eltérést a kötvény kézbesítésétől számított 15 napon belül írásban elutasítja vagy kifogásolja, a szerződés nem jön létre.
- 3.5. A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződő fél és a biztosított nem azonos - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- 3.6. Az érvényesen létrejött szerződés a biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájakor lép hatályba.
- 3.7. A biztosító kockázatviselése a biztosítás első vagy egyszeri díjának megfizetését követő nap 0. órájakor kezdődik, illetőleg amikor a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, akkor a halasztásban megjelölt időpont 0. órájakor kezdődik.
- 3.8. 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
  - díjnemfizetés miatt
  - felmondással
  - határozott idejű szerződések esetén a szerződésben megjelölt időpontban.

A biztosítási szerződést írásban a biztosítási időszak végére kell felmondani. A felmondási idő 30 nap.

## 5. A biztosítási díj és a biztosítási összeg

- 5.1. A biztosítási díj fizetése lehet egyszeri vagy folyamatos. A folyamatos díj 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.  
Az egyszeri díj illetve az első biztosítási évre szóló díj a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- 5.2. Ha a szerződő az első vagy az egyszeri díjat a szerződés hatálybalépése előtt befizeti, ezt az összeget a hatálybalépés időpontjáig a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.
- 5.3. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosítót az egész biztosítási évre járó díj megilleti.**
- 5.4. A kezdeti biztosítási összeget a szerződéskötéskor a szerződő választja a biztosító által megadott lehetőségek közül.
- 5.5. A biztosítás díja a választott biztosítási összeg nagyságától, a biztosítás tartamától, a biztosított belépési korától, egyéni kockázatától (pl.: egészségi állapot, veszélyes tevékenység, hobbi, sport) és – ameddig a törvényi szabályozás lehetővé teszi – a biztosított nemétől függ.**

## 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 (reaktiválás)

- 7.1. Ha a szerződő a szerződés díjnemfizetés miatti megszűnésétől számított 150 napon belül díjat fizet, és a biztosító (szükség esetén nyilatkozatával) 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 kiegyenlítettlen díját, levonva abból azt a díjrészt, amely arra az időre vonatkozik, amíg a biztosító nem viselte a kockázatot.

A szerződés díjnemfizetés miatti megszűnésétől számított 150 nap 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 eltelté 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 napra 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, illetve foglalkozása megváltozásának bejelentése**

- 9.1. **A szerződő és a biztosított köteles a biztosítónak 5 munkanapon belül bejelenteni, ha a biztosított ajánlatban közölt szakmája, illetve foglalkozása megváltozott.**
- 9.2. **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.**
- 9.3. Amennyiben a biztosítottnak 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.
- 9.4. 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 90 napon át a biztosított új szakmájára vonatkozóan is teljes egészében viseli a kockázatot.

**Amennyiben a 90 nap eltelte után a biztosított új szakmájára, illetve 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. A szerződés visszavásárlása, díjmentes leszállítása, kötvénykölcsön, maradékjogok**

**A biztosítási szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik, így nem visszavásárolható, és nincs lehetőség díjmentes leszállításra, illetve szolgáltatási előleg (kötvénykölcsön) felvételére sem.**

## 11. Egyéb változások bejelentése

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

## 12. Orvosi vizsgálat, egészségi nyilatkozat, várakozási idő

12.1. **A szerződés megkötéséhez a biztosító a biztosított egészségi állapotának vizsgálatát kérheti. A biztosító a biztosítási szerződéshez egészségi nyilatkozat kitöltését kérheti.**

12.2. **A biztosítási szerződésre a különös és kiegészítő feltételekben szabályozott várakozási idő vonatkozik.**

## 13. A szerződés területi hatálya

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

## 14. Nem biztosítható személyek

14.1. **Nem biztosíthatóak 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.**

14.2. **Nem biztosíthatóak a 65. életévüket betöltött személyek.**

14.3. **Nem biztosítható személyekre vonatkozóan biztosítási szerződés nem köthető.**

14.4. **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 és a biztosítási időszak utolsó napjával megszűnik a szerződés.**

## 15. Csökkentett biztosításképeség

**Azok a személyek, akik testi fogyatékoságban vagy betegségben szenvednek, súlyos betegségen 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.

## 16. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok

**Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:**

16.1. **Az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetek esetén akkor, ha az ittasságon, 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.

- 16.2. 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.
- 16.3. A biztosítottat ért szívinfarktus folytán bekövetkező balesetek. A szívinfarktus semmilyen körülmények között nem tekinthető baleseti következménynek.
- 16.4. 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.
- 16.5. Felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelesség teljesítése közben került sor.
- 16.6. Motor nélküli légi jármű (repülő szerkezet), segédmotoros vitorlázórepülőgép, motoros sárkányrepülő valamint ejtőernyő használata közben bekövetkezett balesetek.
- 16.7. Légi jármű pilótájaként vagy légi jármű személyzeteként elszenvedett, valamint légi járművel folytatott egyéb hivatás gyakorlása közben bekövetkezett balesetek.
- 16.8. Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.
- 16.9. Megemelés, rándulás, napszúrás, hőség, fagyás, habituális ficam, patológiás törés, kivéve, ha az baleset következménye.
- 16.10. Veszélyes sporttevékenységekből eredő balesetek:
- a) autó-motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, moto-cross, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival),
  - b) búvárkodás légzőkészülékkel 40 méter alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, surf, vadvízi evezés,
  - c) hegy-, illetve sziklamászás a kötelező egészségbiztosítási ellátásról szóló jogszabályok szerinti V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, Bungee Jumping (mélybe ugrás), falmászás,
  - d) privát-, illetve sportrepülés, repülősportok (pl. ejtőernyős ugrás, hőlégballonozás, léghajó, motoros vitorlázó repülő, paplanrepülő pilóta, siklóernyő, siklórepülő, sárkány és ultrakönnyű repülő pilóta, vitorlázó repülő).
- 16.11. Közvetve vagy közvetlenül radioaktív sugárzás illetve ionizáló sugárzás (pl. röntgen) által okozott balesetek.
- 16.12. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
- a) kóros elmeállapot,
  - b) HIV-fertőzés,
  - c) nukleáris energia.
- 16.13. 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.
- 16.14. Nem minősül balesetnek a szilárd vagy folyékony anyagok okozta mérgezés, ha az szájon keresztül került a szervezetbe.

- 16.15. Recehártyaleválás és annak következményei nem minősülnek balesetnek.
- 16.16. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre - kivéve életmentő beavatkozás esetén - amelynek oka részben vagy egészben:
- az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,
  - a fogpótlás,
  - a meddőség megszüntetése miatti események, mesterséges megtermékenyítés (annak bármely formája),
  - a nemi jelleg megváltoztatása,
  - a sterilizáció.
- 16.17. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre, amelynek oka részben vagy egészben:
- a lelki működés zavarai, betegségei,
  - az olyan kórházi ápolás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,
  - a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, gyógykúra).
  - orvosi végzettséggel vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.
- 16.18. A szerződés megkötése előtt már fennálló krónikus betegségek, illetve a szerződés megkötésének időpontjában bármely okból már károsodott, korábbi baleset vagy betegség miatt sérült vagy csonka, funkciójában korlátozott (nem ép) testrészek és szervek a biztosításból ki vannak zárva.
- 16.19. A különös és a kiegészítő feltételekben részletezett várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási események a biztosítási védelemből kizárt kockázatok.
- 16.20. Nem téríti meg a Biztosító továbbá: bárminemű kárt, veszteséget, költséget, melynek eredménye, keletkezési oka közvetlenül vagy közvetve összefüggésbe hozható a terrorizmus bármilyen formájával az alábbiakban foglaltak szerint:

Kizárásra kerülnek azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül, vagy közvetve terrorcselekménnyel, vagy annak elkövetése során közveszély okozásával, vagy ezen cselekmények közrehatásával idéznek elő, illetve az alábbiakban meghatározott egyéb cselekményekkel okoztak, függetlenül attól, hogy más ok, vagy más esemény, – történjék ez bármely időrendi sorrendben is – közrehatott-e a kár bekövetkeztében.

Terrorista cselekménynek minősül továbbá minden olyan cselekmény – függetlenül attól, hogy erőszakos cselekmény alkalmazásával, azzal való fenyegetéssel, vagy annak előkészítésével valósult-e meg –, melyet önállóan, vagy egy bizonyos szervezet vagy kormány megbízásából, vagy ahhoz kapcsolódva hajt végre egy ember, vagy emberek csoportja(i), amelyet minden jel szerint azért hajtanak végre, hogy

- egy jogszerű vagy tényleges kormányt, illetve államot, vagy a nyilvánosságot vagy a nyilvánosság egy részét megfélemlítse, vagy befolyásolja, vagy
- a gazdasági életet részben vagy egészben befolyásolja, vagy
- melyek módja és körülményei arra engednek következtetni, hogy azokat politikai, szociális, vallási, ideológiai vagy hasonló okokból vagy céllal hajtottak végre.

Kizárásra kerülnek továbbá azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül vagy közvetve olyan cselekmények okoztak, vagy amelyekben közrehatottak olyan cselekmények, amelyek terrorista támadások ellenőrzésére, megelőzésére vagy elfojtására szolgálnak, vagy egyéb módon egy terrorista akcióval függnek össze.

## 17. A kockázatviselés korlátozása

- 17.1. Balesetbiztosítási kockázatoknál hasfali és lágyéksérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha a sérvet olyan kívülről jövő egyszeri, extrém behatás okozta, amelyre a kockázatviselés kiterjed és az nem öröklött tényezők (adottságok) következményeként jelentkezett.
- 17.2. Balesetbiztosítási kockázatoknál porckorongsérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha ez a gerincoszlopot ért egyszeri, extrém közvetlen mechanikus behatás, nem pedig egy korábbi, már a baleset előtt is meglévő betegség súlyosbodásának a következménye.
- 17.3. Balesetbiztosítási kockázatoknál belső szervek vérzései és agyvérzés esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozza.
- 17.4. Balesetbiztosítási kockázatoknál pszichikai reakciók okozta káros zavarok esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozta.

## 18. A biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól

- 18.1. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála, betegsége, illetve sérülése:
- a kedvezményezett szándékos magatartása következtében,
  - a biztosított jogellenesen, szándékosan elkövetett bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
  - a biztosított súlyosan gondatlan magatartása folytán következett be.
- 18.2. Súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény
- a biztosított ittas állapotával (0,8 ezrelék, illetve ezt meghaladó véralkohol szint) közvetlen összefüggésben valósul meg, vagy
  - nem az orvos által javasolt, illetve nem az orvos által előírt adagolásban szedett gyógyszer, nyugtató, tudatmódosító szer hatására állt be,
  - a biztosított jogosítvány nélküli vagy ittas vezetése következtében áll be, vagy
  - a biztosított munkavégzése során a munkavédelmi szabályok be nem tartása miatt bekövetkezett be.
- 18.3. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét szegi meg súlyosan gondatlanul.

## 19. A biztosítási esemény bejelentése

- 19.1. 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.
- 19.2. Halálesetet a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül kell jelenteni a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet, illetve betegséget korábban már jelentették.
- 19.3. **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.
- 19.4. **A bejelentési határidők elmulasztása esetén** a biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási szolgáltatás kifizetését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

## 20. A biztosítási szolgáltatások

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító az általános, a különös és a kiegészítő feltételekben meghatározott mértékű szolgáltatást teljesít.

### 20.1. Tartós egészségkárosodás (rokkantság)

20.1.1. 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 százalékat, 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 ízelelőképesség teljes elvesztése	5%

20.1.2. 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.**

20.1.3. 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 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.

20.1.4. 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.

20.1.5. 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 szolgáltat. Ha a felülvizsgálat alacsonyabb rokkantsági fokot állapít meg, a biztosítottaknak nem kell a korábban kifizetett és a felülvizsgálaton megállapított alacsonyabb szolgáltatás különbségét a biztosítónak visszafizetnie.

20.1.6. 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.

## 20.2. Baleseti halál

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

20.2.2. 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.

## 21. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

21.1. 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.

21.2. **A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának és összegszerűségének megállapításához a biztosító a következő iratok bemutatását kéri:**

- a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
- b) baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült ilyen,
- c) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
- d) befizetési, átutalási bizonylat, az utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
- e) a biztosított, illetve a kedvezményezett érvényes személyi igazolványa vagy születési anyakönyvi kivonata,
- f) halál esetén
  - a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
  - a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
  - a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
- g) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
- h) örökösi minőség igazolására
  - jogerős hagyatékátadó végzés,
- i) a különös és a kiegészítő biztosítási feltételekben részletezett további iratok.

21.3. **A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának és összegszerűségének megállapításához a biztosító a következő iratok bemutatását is kérheti:**

- a) aktuális és részletes jelentés a biztosított állapotáról,
- b) baleset után készült valamennyi orvosi lelet, dokumentáció, szakértői vélemény,
- c) baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozat,
- d) baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok: leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok,
- e) balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított nevére szóló, gyógyulásával kapcsolatos számlák,
- f) balesettel összefüggő, a baleset napjától számított két éven belüli kórházi kezelésről szóló zárójelentés és műtéti leírás, vagy az ambulánsan végzett műtét leírása,
- g) betegkarton kivonat (házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton),
- h) biztosított sporttagsági igazolványa, jogviszonya,
- i) boncjegyzőkönyv, korbonctani lelet,
- j) gyámhatósági okirat,
- k) halott-vizsgálati bizonyítvány,
- l) házassági anyakönyvi kivonat,
- m) hozzájáruló nyilatkozat adatok átadásához,

- n) kedvezményezetti jogosultságot igazoló okirat,
- o) kórházi zárójelentés,
- p) közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos baleseti jegyzőkönyv,
- q) külföldön bekövetkezett baleset esetén a baleset körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítása,
- r) műtéti költségek miatti számlák eredeti példánya,
- s) műtéti leírás, mely tartalmazza a WHO kódot,
- t) nyilatkozat hozzátartozóról,
- u) OEP/MEP igazolás,
- v) orvosi ambuláns lap,
- w) orvosi vizsgálati iratok (korábbi sérüléssel, betegséggel kapcsolatos),
- x) öröklési bizonyítvány,
- y) hatósági eljárás esetén
  - eljárást lezáró határozat,
  - a nyomozást megszüntető vagy megtagadó határozat vagy vádirat,
- z) rendőrségi jegyzőkönyv,
- aa) rendőrségi, vagy hatósági határozat,
- bb) rokkantsági, maradandó egészségkárosodási határozat (NRSZH),
- cc) röntgenfelvétel (rtg. lelet) vagy orvosi igazolás,
- dd) szerződő/biztosított általi meghatalmazás,
- ee) teljes kórdokumentáció (munkakórlap, végleges kórlap, ápolási lap, labor eredmények, képalkotó műszeres vizsgálatok eredményei),
- ff) testfelületet 20%- felett ért és legalább II. fokú égési sérülés ellátásáról szóló orvosi dokumentáció,
- gg) vádirat (büntető eljárás során).

**Az igény érvényesítőjének a fentiek mellett lehetősége van a bizonyítás általános szabályai szerinti okirati bizonyítás lefolytatására.**

- 21.4. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíti.
- 21.5. A biztosított, illetve a kedvezményezett a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartásával, a biztosítási szerződés létrejöttével, vagy a kárigény érvényesítésével egyidejűleg 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 beszeresse.**

A felhatalmazás megadását követően is köteles azonban a biztosított, illetve a szolgáltatásra igényt érvényesítő az adatok, dokumentumok beszerzése során a biztosítóval együttműködni.

## **22. A biztosított egyéb kötelezettségei**

- 22.1. A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy halála esetén holttestét orvosokkal megvizsgáltsa, ha szükséges felboncoltsa.**
- 22.2. 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.**
- 22.3. A biztosító előírhatja, hogy a biztosított a biztosító által megnevezett orvosokkal indokolt esetben megvizsgáltsa magát.**

## 23. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók

A biztosító, a biztosítási ügynök, a biztosítási alkusz, 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.

## 24. Titoktartási kötelezettség

- 24.1. 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.
- 24.2. 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, a szolgáltatással 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.
- 24.3. 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.
- 24.4. 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.
- 24.5. 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.
- 24.6. 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 képviselőjével, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos

- versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
  - i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
  - j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
  - k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
  - l) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
  - m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
  - n) a feladatkörében eljáró országgyűlési biztossal.

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

24.8. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy biztosítási adata nem állapítható meg,
- b) 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 Pénzügyminiszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a Bit. nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében, a Tpt. XIX/B. fejezetében, valamint a Hpt. XIV/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

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

24.9. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti

- a) kábítószerrel való visszaéléssel,
- b) terrorcselekménnyel,
- c) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel való visszaéléssel,
- d) lőfegyverrel vagy lőszerrel való visszaéléssel,
- e) pénzmosással,
- f) bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

24.10. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

24.11. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-főkapitányság - a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

24.12. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik

országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

- 24.13. 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.

## **25. A szolgáltatás kifizetése**

- 25.1. A biztosító szolgáltatásait a kedvezményezett részére banki folyószámlára utalással teljesíti, amennyiben rendelkezik folyószámlával. Egyéb esetben a biztosító szolgáltatásait postai utalással teljesíti.**
- 25.2. 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.**
- 25.3. A biztosító vállalja, hogy a szolgáltatás iránti igény jogosságának elismerését illetve a jogosulttal történt megegyezést követő 15 napon belül a biztosítási szolgáltatást kifizeti.**

## **26. A kötvény**

- 26.1. A biztosító a szolgáltatásait csak a kötvény bemutatása ellenében köteles kifizetni.**
- 26.2. Ha a kötvény elveszett vagy megsemmisült a szerződő (biztosított) köteles azt bejelenteni, amelynek alapján a biztosító másolatot állít ki.**
- 26.3. A másolat kibocsátásával egyidejűleg az eredeti kötvény érvénytelenné válik. Ezt a tényt a biztosító a másolaton záradékban feltünteti.**

## **27. Jognyilatkozatok**

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

## **28. Nyereségrészesedés**

**A szerződés nyereségrészesedésre nem jogosít.**

## **29. A biztosítás értékének megőrzése**

- 29.1. A biztosítás értékének megőrzését a biztosítási díj és a biztosítási összeg évenkénti emelése biztosíthatja. Az emelésre a biztosító tehet ajánlatot a szerződőnek. Az emelést a biztosító a biztosított kockázatának újabb vizsgálata nélkül hajthatja végre.**
- 29.2. A díjemelkedés mértéke - amennyiben sor kerül rá - 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.**

- 29.3. A biztosítási díj és összeg emelkedése a biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődhet, és évente következhet be. Biztosítási évforduló minden év azon hónapjának azon napja, amely a biztosítási kötvényen a hatályba lépés időpontjaként szerepel.
- 29.4. A biztosítási évfordulót megelőzően legalább 30 nappal a biztosító minden évben, amikor az értékkövetésre sor kerül, értesítést küld a megemelkedett díjról és biztosítási összegéről. A szerződőnek jogában áll a díjnövelést visszautasítani, ha ezt a biztosítási évfordulóig 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.

### 30. Elévülés

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

### 31. Panaszkezelés

- 31.1. A biztosító (e pont alkalmazásában a továbbiakban: szolgáltató) biztosítja, hogy az ügyfél a szolgáltató magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölhesse.
- 31.2. A szolgáltató
- a) a szóbeli panaszt valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben, annak nyitvatartási idejében, ennek hiányában a székhelyén minden munkanapon 8 órától 16 óráig,
  - b) a telefonon közölt szóbeli panaszt legalább a hét egy munkanapján 8 órától 20 óráig,
  - c) elektronikus eléréssel - üzemzavar esetén megfelelő más elérhetőséget biztosítva - folyamatosan fogadja.
- 31.3. Telefonon történő panaszkezelés esetén a szolgáltató biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézését.
- 31.4. Telefonon történő panaszkezelés esetén a szolgáltató és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a szolgáltató hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy évig megőrzi. Erről az ügyfelet a telefonos ügyintézés kezdetekor tájékoztatni kell. Az ügyfél kérésére biztosítani kell a hangfelvétel visszahallgatását, továbbá térítésmentesen rendelkezésre kell bocsátani a hangfelvételtől készített hitelesített jegyzőkönyvet.
- 31.5. A szolgáltató a szóbeli panaszt - a 31.6 bekezdésben meghatározott eltéréssel - azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha az ügyfél a panasz kezelésével nem ért egyet, a szolgáltató a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek - a 31.7 bekezdésben foglaltakkal egyidejűleg - megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
- 31.6. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a szolgáltató a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek - a 31.7. bekezdésben foglaltakkal egyidejűleg - megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
- 31.7. A szolgáltató az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.
- 31.8. A panasz elutasítása esetén a szolgáltató válaszában tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy panaszával - annak jellege szerint - a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013

Budapest, Krisztina krt. 39.), vagy a PSZÁF mellett szervezett Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, továbbá meg kell adni a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének és a békéltető testületnek a levelezési címét.

- 31.9. A szolgáltató a panaszt és az arra adott választ három évig őrzi meg, és azt a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének kérésére bemutatja.
- 31.10. A fogyasztói jogviták rendezése fentiekén túl bírói úton, polgári peres vagy nem peres (fizetési meghagyás) eljárás keretében lehetséges.

## 32. Egyéb

Mind a jelen általános feltételekben, mind a kapcsolódó különös és kiegészítő biztosítási feltételekben közeli hozzátartozó alatt a Ptk. 685. § b) pontjában meghatározott személyeket kell érteni.

# CSOPORTOS BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI, A NAP 24 ÓRÁJÁRA (A1500)

Jelen különös feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő 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:

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

## 2. Biztosítási szolgáltatások

- a) **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.
- b) **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.
- c) **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.

## 3. Szerződő

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

## 4. Biztosított személyek

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 65 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- 4.2. A biztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.

- 4.3. 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.
- 4.4. Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- 4.5. Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 10 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 csoporton belül valamennyi biztosított esetében azonos.**
- 7.2. **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.**
- 7.3. **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 hatályba.
- 7.4. **Banki átutalás vagy beszedési megbízásos (inkasszó) díjfizetési mód esetén a biztosító díjengedményt nyújthat.**
- 7.5. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a különös feltételekre is vonatkoznak.**

## 8. Kiegészítő biztosítások

**Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetőek:**

- 1. Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)

2. Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)
3. Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)
4. I-II. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)
5. III. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)
6. Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)
7. Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)
8. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
9. Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)
10. Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)
11. Baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
12. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
13. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
14. Baleseti költségterítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
15. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
16. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
17. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
18. Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)
19. Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)
20. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
21. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
22. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
23. Légiközlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)
24. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)

# CSOPORTOS PROGRESSZÍV ROKKANTSÁGI SZOLGÁLTATÁSÚ BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI, A NAP 24 ÓRÁJÁRA (A1550)

Jelen különös feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő 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:

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

## 2. Biztosítási szolgáltatások

- a) **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.
- b) **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 összeg háromszorosát fizeti ki.
- c) **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 az ÁSZF 20. 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 az ÁSZF 20. 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

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 65 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- 4.2. A biztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- 4.3. 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.
- 4.4. Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- 4.5. Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 10 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 csoporton belül valamennyi biztosított esetében azonos.**
- 7.2. **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.**
- 7.3. **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 hatályba.**

7.4. Banki átutalás vagy beszedési megbízásos (inkasszó) díjfizetési mód esetén a biztosító díjengedményt nyújthat.

7.5. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a különös feltételekre is vonatkoznak.

## 8. Kiegészítő biztosítások

**Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetőek:**

1. Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)
2. Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)
3. Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)
4. I-II. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)
5. III. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)
6. Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)
7. Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)
8. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
9. Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)
10. Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)
11. Baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
12. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
13. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
14. Baleseti költség térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
15. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
16. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
17. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
18. Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)
19. Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)
20. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
21. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
22. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
23. Légiközlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)
24. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)

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

Jelen különös feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő 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:

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

## 2. Biztosítási szolgáltatások

- a) **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.
- b) **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.
- c) **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.

## 3. Szerződő

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

## 4. Biztosított személyek

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 65 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.

- 4.2. A biztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- 4.3. 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.
- 4.4. Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- 4.5. Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 10 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 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 csoporton belül valamennyi biztosított esetében azonos.**
- 7.2. **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.**
- 7.3. **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 hatályba.**
- 7.4. **Banki átutalás vagy beszedési megbízásos (inkasszó) díjfizetési mód esetén a biztosító díjengedményt nyújthat.**
- 7.5. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a különös feltételekre is vonatkoznak.**

## 8. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

**A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21. 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. Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)
2. Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)
3. Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)
4. I-II. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)
5. III. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)
6. Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)
7. Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)
8. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
9. Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)
10. Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)
11. Baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
12. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
13. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
14. Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
15. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
16. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
17. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
18. Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)
19. Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)
20. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
21. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
22. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
23. Légiközlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)
24. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)

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

Jelen különös feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő 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:

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

## 2. Biztosítási szolgáltatások

- a) **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.
- b) **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 összeg háromszorosát fizeti ki.
- c) **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 az ÁSZF 20. 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 az ÁSZF 20. 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

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 65 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- 4.2. A biztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- 4.3. 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.
- 4.4. Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- 4.5. Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 10 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 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 csoporton belül valamennyi biztosított esetében azonos.**
- 7.2. **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.**
- 7.3. **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 hatályba.**

7.4. Banki átutalás vagy beszedési megbízásos (inkasszó) díjfizetési mód esetén a biztosító díjengedményt nyújthat.

7.5. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a különös feltételekre is vonatkoznak.

## 8. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21. 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 köthetők:

1. Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)
2. Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)
3. Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)
4. I-II. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)
5. III. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)
6. Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)
7. Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)
8. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
9. Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)
10. Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)
11. Baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
12. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
13. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
14. Baleseti költség térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
15. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
16. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
17. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
18. Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)
19. Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)
20. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
21. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
22. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
23. Légiközlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)
24. 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 (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyfél tájékoztató**ul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő 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:

- a) elhalálozik, vagy
- b) végleges, teljes egészségkárosodást (100%-osan megrokkan) szenved, vagy
- c) tartós, részleges egészségkárosodást (rokkantságot) szenved.

## 2. Biztosítási szolgáltatások

- a) **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.
- b) **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.
- c) **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.

## 3. Szerződő

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

#### 4. Biztosított személyek

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 65 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- 4.2. A biztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- 4.3. 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.
- 4.4. Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- 4.5. Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 10 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 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 csoporton belül valamennyi biztosított esetében azonos.**
- 7.2. **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.**
- 7.3. **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 hatályba.**
- 7.4. **Banki átutalás vagy beszedési megbízásos (inkasszó) díjfizetési mód esetén a biztosító díjengedményt nyújthat.**
- 7.5. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a különös feltételekre is vonatkoznak.**

## 8. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21. pontjában leírtak mellett azon iratok bemutatását kéri, amelyek igazolják, hogy a baleset a szerződésben előre meghatározott helyen és időben, vagy az adott hely és a lakhely közötti legrovidebb oda-vissza úton történt.

## 9. Kiegészítő biztosítások

**Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetők:**

1. Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)
2. Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)
3. Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)
4. I-II. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)
5. III. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)
6. Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)
7. Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)
8. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
9. Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)
10. Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)
11. Baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
12. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
13. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
14. Baleseti költség térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
15. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
16. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
17. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
18. Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)
19. Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)
20. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
21. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
22. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
23. Légiközlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)
24. 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 (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő 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:

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

## 2. Biztosítási szolgáltatások

- a) **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.
- b) **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 összeg háromszorosát fizeti ki.
- c) **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 az ÁSZF 20. 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 az ÁSZF 20. 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

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 65 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- 4.2. A biztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- 4.3. 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.
- 4.4. Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- 4.5. Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 10 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 csoporton belül valamennyi biztosított esetében azonos.**
- 7.2. **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.**
- 7.3. **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 hatályba.**

7.4. Banki átutalás vagy beszedési megbízásos (inkasszó) díjfizetési mód esetén a biztosító díjengedményt nyújthat.

7.5. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a különös feltételekre is vonatkoznak.

## 8. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21. pontjában leírtak mellett azon iratok bemutatását kéri, amelyek igazolják, hogy a baleset a szerződésben előre meghatározott helyen és időben, vagy az adott hely és a lakhely közötti legrövidebb oda-vissza úton történt.

## 9. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetőek:

1. Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)
2. Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)
3. Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)
4. I-II. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)
5. III. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)
6. Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)
7. Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)
8. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
9. Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)
10. Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)
11. Baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
12. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
13. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
14. Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
15. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
16. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
17. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
18. Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)
19. Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)
20. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
21. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
22. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
23. Légitözlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)
24. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)

# BALESETBŐL EREDŐ, KOPONYA- AGYSÉRÜLÉS MIATTI, 30 NAPOT MEGHALADÓ FOLYAMATOS ESZMÉLETLEN ÁLLAPOTRA (KÓMA) VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1901)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadók.

## 1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított koponya-agysérülés hatására a baleset napjától számított 1 éven belül, orvos által igazolt, orvosi ellátást és kórházi kezelést igénylő, a biztosítási szerződésben kikötött legalább 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotba (traumás stupor, kóma (HBCS kód: 025A)) kerül.

## 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 1 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 az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
  - orvosi igazolás másolata,
  - kórházi zárójelentés másolata,
  - a biztosított baleset miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotának (kóma) hivatalos igazolása.
- 3.3. 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 az ÁSZF 20.1.3 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, koponya-agysérülés miatt 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) 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. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# BALESETBŐL EREDŐ, JÁRÓKÉPESSÉG VÉGLEGES ELVESZTÉSE ESETÉN KEREKESZÉK KÖLTSÉGÉNEK TÉRÍTÉSÉRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1902)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a baleset napjától számított egy év után megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított járóképességét véglegesen elvesztette és ennek következtében kerekesszék használatára szorul, melynek szükségességét orvosilag alátámasztották és igazolták.
- 1.2. Nem minősül biztosítási eseménynek a kerekesszék használatának szükségessége, ha az nem áll közvetlen ok-okozati összefüggésben a balesettel.
- 1.3. A kerekesszék használatának szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja.

## 2. Nem biztosítható személyek

- 2.1. Jelen feltételek szerint **nem köthető** rokkantságra vonatkozó kiegészítő **biztosítás olyan személyre**, aki a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.
- 2.2. Jelen feltételek szerint **nem köthető** rokkantságra vonatkozó kiegészítő **biztosítás olyan személyre**, akit a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a Hivatalnál új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.

## 3. A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a kerekesszék költségére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeg erejéig megtéríti a kerekesszék beszerzésének – a biztosított nevére kiállított számlával igazolt – költségét.
- 3.2. Egy biztosítási évben a biztosító szolgáltatásának felső határa a biztosítási összeg, függetlenül a biztosítási események számától.
- 3.3. A biztosító a szolgáltatást a biztosítás tartama alatt csak egyszer fizeti ki.

#### **4. A biztosító teljesítése**

- 4.1. A szolgáltatási igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelenteni kell a biztosítónak.**
- 4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:**
- a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák,
  - kórházi zárójelentés (ambuláns kezelőlap),
  - műtéti leírás másolata (amennyiben történt műtét is).
- 4.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.**
- 4.4. 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 az ÁSZF 20.1.3 pontja is vonatkozik.**

#### **5. A biztosított személye**

- 5.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 5.2. 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.
- 5.3. Ha a szerződés alapt biztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

#### **6. A biztosítási díj**

- 6.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.**
- 6.2. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# BALESETI EREDETŰ, 50% FELETTI ÖSSZ-SZERVEZETI EGÉSZSÉGGÁROSODÁS ESETÉN A BIZTOSÍTOTT ÁTKÉPZÉSE KAPCSÁN FELMERÜLŐ KÖLTSÉGEK TÉRÍTÉSÉRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1903)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a baleset napjától számított egy éven belül a biztosítottnál – a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) rehabilitációs véleménye alapján – 50% feletti össz-szervezeti egészség-károsodást állapítanak meg, aminek következtében a baleset előtti foglalkozását nem tudja tovább folytatni, a megváltozott munkaképesség miatt átképzésre van szüksége.
- 1.2. Nem minősül biztosítási eseménynek az átképzés, ha az nem áll közvetlen ok-okozati összefüggésben a balesettel.
- 1.3. Az átképzés szükségességét a biztosító felülbíráhatja.

## 2. Nem biztosítható személyek

- 2.1. Jelen feltételek szerint **nem köthető** rokkantságra vonatkozó kiegészítő **biztosítás olyan személyre**, aki a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.
- 2.2. Jelen feltételek szerint **nem köthető** rokkantságra vonatkozó kiegészítő **biztosítás olyan személyre**, akit a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a Hivatalnál új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.

## 3. A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben az átképzés költségeire meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeg erejéig megtéríti a biztosított átképzésével kapcsolatban felmerült ésszerű, és a biztosított/szerződő nevére kiállított számlával igazolt költségeket, amennyiben azok a baleset napjától számított 4 éven belül merültek fel.
- 3.2. Egy biztosítási évben a biztosító szolgáltatásának felső határa a biztosítási összeg, függetlenül az átképzések számától.

**3.3. A biztosító a szolgáltatást a biztosítás tartama alatt csak egyszer fizeti ki.**

#### **4. A biztosító teljesítése**

**4.1. A szolgáltatási igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelteni kell a biztosítónak.**

**4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:**

- a kifizetéseket igazoló, a biztosított/szerződő nevére szóló eredeti számlák,
- hivatalos igazolás az átképzés elvégzéséről/befejezésével kapcsolatban,
- kórházi zárójelentés (ambuláns kezelőlap),
- műtéti leírás másolata (amennyiben történt műtét is).

**4.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az átképzés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.**

**4.4. 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 az ÁSZF 20.1.3 pontja is vonatkozik.**

#### **5. A biztosított személye**

**5.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti végleges, teljes rokkantság esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.**

**5.2. 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.**

**5.3. Ha a szerződés alaptartósítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.**

#### **6. A biztosítási díj**

**6.1. A kiegészítő biztosítás díját az alaptartósítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.**

**6.2. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# I-II. ROKKANTSÁGI CSOPORTBA SOROLÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1904)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. A biztosítási esemény

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, a magyar társadalombiztosítási szerv a biztosítottat I-II. rokkantsági csoportba sorolja (az 1997. évi LXXXI. törvény 36/A. § (1) a) aa) bekezdés szerint) és erről baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozatot hoz. A biztosítási esemény időpontja a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez történő igénybejelentés napja.

## 2. Nem biztosítható személyek

- 2.1. Jelen feltételek szerint **nem köthető** rokkantságra vonatkozó kiegészítő **biztosítás olyan személyre**, aki a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.
- 2.2. Jelen feltételek szerint **nem köthető** rokkantságra vonatkozó kiegészítő **biztosítás olyan személyre**, akit a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a Hivatalnál új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.

## 3. A biztosító szolgáltatása

- 3.1. **A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott összeget téríti meg, feltéve, hogy letelt az alábbiakban meghatározott várakozási idő.**
- 3.2. **A biztosító a szolgáltatást a biztosítás tartama alatt csak egyszer fizeti ki, így állapotrosszabbodás esetén sem történik újabb kifizetés.**
- 3.3. **A biztosított a szolgáltatásra csak abban az esetben jogosult, ha érvényes magyar társadalombiztosítással rendelkezik.**

## 4. A várakozási idő

- 4.1. A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, mely alatt a biztosító kockázatviselése nem áll fenn.
- 4.2. A biztosító **60 nap várakozási időt** köt ki. A biztosító nem fizet szolgáltatást, ha a baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy a rokkantsági nyugdíjra jogosító határozat kelte korábbi, mint a biztosítási szerződés hatálybalépésétől számított 60 nap letelte.
- 4.3. A biztosító abban az esetben sem fizet szolgáltatást, ha a kockázatviselés kezdetét megelőzően a biztosított már benyújtott igénybejelentést baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy

rokkantsági nyugdíjra illetve, ha az I-II. rokkantsági csoport megállapítására olyan betegség(ek) vagy állapotok(ok) miatt kerül sor, amely betegség(ek) vagy állapot(ok) a biztosítási szerződés hatályba lépése előtt már fennállt(ak).

## **5. A biztosító teljesítése**

- 5.1. A szolgáltatás iránti igényt a baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozat kézhezvételétől számított 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.**
- 5.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:**
- baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozat,
  - a határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok (leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, stb.).
- 5.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.**
- 5.4. 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 az ÁSZF 20.1.3 pontja is vonatkozik.**

## **6. A biztosított személye**

- 6.1.** Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a I-II. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 6.2.** 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.
- 6.3.** Ha a szerződés alapt biztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

## **7. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya**

**A biztosító kockázatviselése kiterjed mind a belföldön, mind pedig a külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező biztosítási eseményekre.**

## **8. A biztosítási díj**

- 8.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.**
- 8.2. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

## III. ROKKANTSÁGI CSOPORTBA SOROLÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1905)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

### 1. A biztosítási esemény

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, a magyar társadalombiztosítási szerv a biztosítottat III. rokkantsági csoportba sorolja (az 1997. évi LXXXI. törvény 36/A. § (1) a) aa) bekezdés szerint) és erről baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozatot hoz. A biztosítási esemény időpontja a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez történő igénybejelentés napja.

### 2. Nem biztosítható személyek

- 2.1. Jelen feltételek szerint **nem köthető** rokkantságra vonatkozó kiegészítő **biztosítás olyan személyre**, aki a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.
- 2.2. Jelen feltételek szerint **nem köthető** rokkantságra vonatkozó kiegészítő **biztosítás olyan személyre**, akit a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a Hivatalnál új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.

### 3. A biztosító szolgáltatása

- 3.1. **A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott összeget téríti meg, feltéve, hogy letelt az alábbiakban meghatározott várakozási idő.**
- 3.2. **A biztosító a szolgáltatást a biztosítás tartama alatt csak egyszer fizeti ki, így állapotrosszabbodás esetén sem történik újabb kifizetés.**
- 3.3. **A biztosított a szolgáltatásra csak abban az esetben jogosult, ha érvényes magyar társadalombiztosítással rendelkezik.**

### 4. A várakozási idő

- 4.1. A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, mely alatt a biztosító kockázatviselése nem áll fenn.
- 4.2. A biztosító **60 nap várakozási időt** köt ki. A biztosító nem fizet szolgáltatást, ha a baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy a rokkantsági nyugdíjra jogosító határozat kelte korábbi, mint a biztosítási szerződés hatálybalépésétől számított 60 nap letelte.
- 4.3. A biztosító abban az esetben sem fizet szolgáltatást, ha a kockázatviselés kezdetét megelőzően a biztosított már benyújtott igénybejelentést baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy

rokkantsági nyugdíjra illetve, ha az III. rokkantsági csoport megállapítására olyan betegség(ek) vagy állapot(ok) miatt kerül sor, amely betegség(ek) vagy állapot(ok) a biztosítási szerződés hatályba lépése előtt már fennállt(ak).

## **5. A biztosító teljesítése**

- 5.1. A szolgáltatás iránti igényt a baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozat kézhezvételétől számított 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.**
- 5.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:**
- baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozat,
  - a határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok (leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, stb.).
- 5.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.**
- 5.4. 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 az ÁSZF 20.1.3 pontja is vonatkozik.**

## **6. A biztosított személye**

- 6.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a III. rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.**
- 6.2. 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.**
- 6.3. Ha a szerződés alapt biztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.**

## **7. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya**

**A biztosító kockázatviselése kiterjed mind a belföldön, mind pedig a külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező biztosítási eseményekre.**

## **8. A biztosítási díj**

- 8.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.**
- 8.2. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1906)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

**Biztosítási esemény a biztosított kockázatviselés tartama alatt bekövetkező halála.**

## 2. A biztosító szolgáltatása

**A biztosító a biztosított halálakor a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a várakozási idő eltelte után.**

## 3. A várakozási idő

A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, mely alatt a biztosító kockázatviselése nem áll fenn.

A biztosító **60 nap várakozási időt** köt ki. A biztosító nem fizet szolgáltatást, ha a biztosítási esemény a biztosítási szerződés hatálybalépésétől számított 60 napon belül következik be.

## 4. A biztosító teljesítése

**4.1. A halálesetet annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül be kell jelenteni a biztosítónak.**

**4.2. A biztosító jogosult a halál körülményeinek vizsgálatára.**

**4.3. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:**

- a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
- a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
- a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok.

## 5. A biztosított személye

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

5.2. 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.

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

**6. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya**

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

**7. A biztosítási díj**

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

7.2. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

# HÁZASTÁRS/ÉLETTÁRS BALESETI HALÁLA ESETÉN EGYÖSSZEGŰ ÖZVEGYI TÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1907)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított házastárs/élettárs akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított házastárs/élettárs a baleset megtörténtétől számított egy éven belül elhalálozik.

## 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 özvegyi térítésként fizeti ki a biztosított házastárs/élettárs özvegyének (hátramaradott feleség/férj/élettárs). Élettárs esetén bejegyzett élettársi kapcsolat szükséges a biztosítási összeg kifizetéséhez.

## 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 az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- házassági anyakönyvi kivonat másolata/ bejegyzett élettársi kapcsolat igazolásának másolata,
- férj/feleség/élettárs személyi igazolványának másolata.

## 4. A biztosított személye

4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint az özvegyi 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 alaptartósítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

**5. A biztosítási díj**

- 5.1. A kiegészítő biztosítás díját az albiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.**
- 5.2. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# BALESETI KÓRHÁZI NAPIDÍJRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1910)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, 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 biztosítottat ért balesettel 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 (fekvő-beteg gyógyintézetek).
- 1.3. Nem terjed ki a biztosítás:
  - geriátriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogyókúra kezelésekre,
  - 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.
- 1.4. Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel ok-okozati összefüggésben álló kórházi tartózkodásra.

## 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 az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
  - kórházi zárójelentés.
- 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 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. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# KÓRHÁZI NAPIDÍJRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1911)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított baleset vagy betegsége miatt orvosilag szükségesnek tartott, egy napot meghaladó kórházi fekvőbeteg ellátása (baleset esetén a balesetet követő két éven belül). (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:
  - geriátriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogyókúrás kezelésekre,
  - nem orvosi javaslatra történő terhesség-megszakítás,
  - rendszeres kábítószer- vagy alkoholfogyasztás miatt bekövetkező kórházi ápolás,
  - a mesterséges megtermékenyítéssel összefüggő fekvőbeteg kezelésekre,
  - 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.
- 1.4. Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel, illetve a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel ok-okozati összefüggésben álló kórházi tartózkodásra.

## 2. A biztosító szolgáltatása

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

Több biztosítási esemény bekövetkezése 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 az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
  - kórházi zárójelentés.

**3.3. A biztosító fenntartja magának jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indoklását 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 kórházi napdíjra 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 alaptartósítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

#### **5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya**

**A biztosító kockázatviselése kiterjed mind a belföldön, mind pedig a külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező biztosítási eseményekre.**

#### **6. A biztosítási díj**

- 6.1. A kiegészítő biztosítás díját az alaptartósítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.
- 6.2. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

# BALESETI KÓRHÁZI INTENZÍV ELLÁTÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1912)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított az orvosilag szükségesnek tartott egy napot meghaladó kórházi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztályon (továbbiakban: intenzív osztály) vagy intenzív részlegen történő ellátásra (továbbiakban: intenzív ellátás) szorul a balesetet követő 90 napban. (Egy napot meghaladó az intenzív ellátás, ha az intenzív ellátásra történő felvétel és az intenzív ellátásról történő elbocsátás eltérő naptári napra esik.) A biztosítási esemény a biztosítottat ért baleset után az intenzív ellátás megkezdésétől az intenzív ellátás befejezéséig tart.
- 1.2. Jelen feltétel szempontjából Magyarországon kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvő-beteg gyógyintézetek).
- 1.3. Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel ok-okozati összefüggésben álló intenzív ellátásra.

## 2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset) miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg- és intenzív ellátásban részesül, a baleset napjától számított két éven belül maximum 185 napra intenzív ellátási napdíjat fizet. Több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is a biztosító szolgáltatása két éven belül 185 napra korlátozódik.

## 3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A kórházi gyógykezelést és az intenzív ellátást a kórházi gyógykezelés befejezésétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
  - kórházi zárójelentés,
  - intenzív osztályon történő ellátás igazolása.
- 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 intenzív ellátásra 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. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# BALESETI EREDETŰ PLASZTIKAI MŰTÉTRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1920)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléjékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán 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, és 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 az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
  - a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák.

## 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 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. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# CSONTTÖRÉSRE, CSONTREPEDÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1930)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

- 1.1. **Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amely következtében a biztosított csonttörést vagy csontrepedést szenved.**
- 1.2. **Fogtörés nem minősül csonttörésnek vagy csontrepedésnek.**

## 2. A biztosító szolgáltatása

**A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén - balesetenként a törések vagy repedések 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 az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:**

**A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő iratok benyújtását kéri:**

- a csonttörést vagy csontrepedést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás másolata.

## 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 vagy csontrepedésre 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 alaptartalmának bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

**5. A biztosítási díj**

- 5.1. **A kiegészítő biztosítás díját az alpbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.**
- 5.2. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# ÉGÉSI SÉRÜLÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1935)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléjékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, 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:

Testfelület Súlyosság	10–19%	20–49%	50–80%	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 biztosítónak.

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

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

#### **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 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. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# BALESETI KÖLTSÉGTÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1940)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő 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 jelenteni

kell a biztosítónak.

**3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:**

- a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák.

**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 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. **Az ÁSZF 29. 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 kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosítási szerződés hatálya alatt elszenvedett 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 igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
  - 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.
- 3.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indoklását 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 az ÁSZF 20.1.3 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 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. Az ÁSZF 29. 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 kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügylettájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt olyan sérülést szenved, melynek orvosilag 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 az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- 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.

**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 az ÁSZF 20.1.3. 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 alaptbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

#### **5. A biztosítási díj**

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

5.2. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1960)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, 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.
- 1.2. Nem terjed ki a biztosítási fedezet a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett vagy fennálló állapotok miatt végzett „halasztott” műtétekre.
- 1.3. 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 baleseti műtéti térítést fizet.
- 2.2. A térítés nagysága a 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 alapja a beavatkozás során elvégzett legmagasabb %-os értékű eljárásért fizetendő összeg. 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 és a térítések %-os besorolása 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 jelteni.
- 3.2. A biztosító egy biztosítási éven belül több biztosítási eseménnyel kapcsolatban is legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.
- 3.3. A biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a baleset napjától számított két

éven belül legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki függetlenül a műtéti beavatkozások számától.

**3.4. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:**

- kórházi zárójelentés (ambuláns kezelőlap),
- műtéti leírás.

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

**3.6. 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 az ÁSZF 20.1.3 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 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. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.

**6. Műtétek besorolása (kivonatos lista)**

Megtalálható a Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételeinek (A1961) 7. pontjában.

# MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1961)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. A biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítotton végrehajtott, számára káros betegségi vagy baleseti következmények orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett és hitelesen igazolt műtéti eljárások, sebészeti beavatkozások, vagy a betegség pontosabb okait felderítő műtétek, melyeket az orvosszakmai szabályok betartásával végeztek.
- 1.2. Nem vonatkozik a biztosítási védelem:
  - a biztosítás megkötése előtti időben fennálló betegségekből eredő műtétekre és azok következményeire,
  - a biztosítás megkötése előtt bekövetkezett balesetek következményeire.
- 1.3. 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 összegnek meghatározott százaléka (az elvégzett műtéti eljárás besorolásának megfelelően).
- 2.3. Ha egy műtéti beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon baleseti vagy betegségi 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 és a térítések %-os besorolása a 7. 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 műtéti térítésre vonatkozó szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.
- 3.2. A biztosító egy biztosítási éven belül több biztosítási eseménnyel kapcsolatban is legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és maximum a biztosítási összeg kétszeresét

fizeti ki.

- 3.3. A biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki függetlenül a műtéti beavatkozások számától.**
- 3.4. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:**
- kórházi zárójelentés (ambuláns kezelőlap),
  - műtéti leírás.
- 3.5. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indoklását és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.**
- 3.6. 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 az ÁSZF 20.1.3 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 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 alapt biztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

#### **5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya**

**A biztosító kockázatviselése kiterjed mind a belföldön, mind pedig a külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező biztosítási eseményekre.**

#### **6. A biztosítási díj**

- 6.1. A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.**
- 6.2. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

#### **7. Műtétek besorolása**

##### **7.1. 1. csoport: egyszerű beavatkozások (25%-os térítés)**

<b>WHO-kód</b>	<b>Műtét megnevezése</b>
5837H	Achilles-ín szakadás helyreállítása
57670	Arctörések nyílt helyreállítása
57829	Bütyökműtét
57400	Császármetszés
51950	Dobhártyaplasztika
58600	Emlőcsomó kimetszése

58400	Kézujj amputáció
56741	Méhszájplasztika
51470	Szemlencse beültetés
53844	Visszerek eltávolítása

**7.2. 2. csoport: középnagy műtétek (50%-os térítés)**

<b>WHO-kód</b>	<b>Műtét megnevezése</b>
58480	Combamputáció
57902	Combnyak-szegezés
58610	Emlőeltávolítás
55110	Epehólyag eltávolítása
54361	Gyomor részleges eltávolítása
57922	Húzóhurkos csonttrögzítés
55300	Lágyéksérv műtét
56830	Méheltávolítás hasi úton
53777	Pacemaker beültetése
50630	Pajzsmirigy eltávolítás

**7.3. 3. csoport: nagy műtétek (100%-os térítés)**

<b>WHO-kód</b>	<b>Műtét megnevezése</b>
53836	Érpótlás
52070	Félkörös ívjáratok kimetszése
5382L	Hasi aorta tágulat eltávolítása
53611	Koszorúér-áthidaló műtétek
53163	Művi gégeképzés
51630	Szemeltávolítás
51358	Szívárványhártya eltávolítás
53030	Teljes gégeeltávolítás
54560	Vastagbél teljes eltávolítása
53502	Zárt billentyűbemetszés a kéthegyű billentyűn

**7.4. 4. csoport: különleges műtétek (200%-os térítés)**

<b>WHO-kód</b>	<b>Műtét megnevezése</b>
5014F	Agydaganat eltávolítás
50200	Benyomatos koponyatörés ellátása
53734	Daganat eltávolítása a szívkamrából
50337	Gerincvelői daganatok eltávolítása
53522	kéthegyű billentyű pótlása mechanikus műbillentyűvel
55040	Májátültetés
53750	Szívátültetés
58151	Teljes csípőprotézis
53340	Tüdőátültetés
53240	Tüdőlebens eltávolítása

# KIEMELT KOCKÁZATÚ (KRITIKUS) BETEGSÉGEKRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1962)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Betegségek meghatározása

- 1.1. **A szívizomelhalás** a szívizomzat bizonyos részeinek elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizomelhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.
- 1.2. **Rosszindulatú daganatos betegség** esetén a szövettani atípiát jelező sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása áll fenn, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió) és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis). Jelen feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.
- 1.3. **Krónikus veseelégtelenség** áll fenn, ha a vesék működései visszafordíthatatlanul csökkentek és ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető és a beteg a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul.
- 1.4. **Agyi érkatasztrófa** az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfalszakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán maradandó szervi, idegrendszeri károsodás alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa felléptét követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók. Valamely balesettel oki összefüggésben lévő érkatasztrófákra a biztosítás nem terjed ki.
- 1.5. Jelen feltételek szempontjából **szervátültetésnek** minősül az a műtéti beavatkozás, melynek során a szervet kapó (recipiens) testébe más szervezetéből (donor) szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj vagy vese kerül átültetésre. Szövet- és sejtátültetés nem fedi a szervátültetés fogalmát, emiatt a csontvelő-, hasnyálmirigy-, bőr- és csontátültetés nem biztosítási esemény.
- 1.6. Jelen feltételek szempontjából **szívkoszorúér-műtétnek** számít az a nyitott mellkasi beavatkozás, melynek célja két vagy több ér koszorúérfestéssel igazolt szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése a beteg érszakasz eltávolítása és annak a szervezet más részéből származó érrel való pótlása által.

## 2. Biztosítási esemény

- 2.1. **Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek a biztosítási szerződés hatálya alatt, az alábbiakban meghatározott betegségek, beavatkozások, állapotok és műtétek (továbbiakban: betegségek) hiteles orvosi diagnosztizálása illetőleg elvégzése a biztosítottnál:**
  - a) **szívinfarktust diagnosztizálnak,**

- b) rosszindulatú daganatban való megbetegedést állapítanak meg,
- c) krónikus veseelégtelenség lép fel és 60 nap elteltével még dialízisre szorul,
- d) agyi érkatasztrófát diagnosztizálnak és 60 nap elteltével még egyértelműen kimutathatóak az idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek,
- e) szervátültetést hajtanak végre vagy
- f) szívkoszorúér (bypass) műtétet végeznek, illetve
- g) a fenti betegségekből kifolyólag hirtelen bekövetkező halál.

## 2.2. A biztosítási esemény bekövetkezése

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az egyes betegségek esetén a következő:

- a) szívinfarktus esetén az esemény bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja;
- b) rosszindulatú daganatban való megbetegedés esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja;
- c) veseelégtelenség fellépésekor a rendszeres, tartós dialízis kezelés megkezdését követő 60 nap elteltéig;
- d) agyi érkatasztrófa esetén a maradandó szervi központi idegrendszeri károsodást okozó betegség bekövetkezése utáni 60 nap elteltéig (utóbbi két esetben ezen az egészségi állapotnak, kísérő tüneteknek a 60 napon túl kimutatható maradandó károsodás orvos által igazolt fennállását kell érteni);
- e) szervátültetés esetén a műtét időpontja;
- f) szívkoszorúér műtét esetén a műtét időpontja;
- g) a fenti betegségekből kifolyólag hirtelen bekövetkező halál esetén a halál időpontja.

## 3. A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott összeget téríti meg, feltéve, hogy letelt a várakozási idő.
- 3.2. A biztosítási összeg csak egyszer kerülhet kifizetésre, akkor is, ha több betegség együttesen lép fel, illetve a kárkifizetést követően újabb betegség vagy abból eredő halál következik be.

## 4. A várakozási idő

- 4.1. A várakozási idő alatt azt az időszakot kell érteni, mely alatt a biztosító kockázatviselése nem áll fenn.
- 4.2. A biztosító **60 nap várakozási időt** köt ki. A biztosító nem fizet szolgáltatást, ha a biztosítási esemény a biztosítási szerződés hatálybalépésétől számított 60 napon belül bekövetkezik.

## 5. A biztosító teljesítése

- 5.1. A szolgáltatás iránti igényt legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezését követő 60 napon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.
- 5.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő speciális iratok, illetve dokumentumok bemutatását is kérheti:
  - 5.2.1. Szívizomelhalás bizonyításához az alábbi körülmények hiteles egészségügyi dokumentummal igazolható jelenléte szükséges:
    - a) a kórtörténetben típusos mellkasi fájdalom és
    - b) friss szívizomelhalásra utaló EKG elváltozás és
    - c) szívizom-specifikus enzimszintek kórjelző mértékű emelkedése (a két utóbbi körülmény megvalósulása önmagában is bizonyító értékű) és/vagy

- d) egyértelmű kórbonctani információ, mely bizonyítja a friss és a halállal közvetlen oki összefüggésben lévő szívizomelhalás tényét.

**5.2.2. Rosszindulatú daganatra vonatkozó kárigény esetén a jogosult pozitív (a sejtek rosszindulatú elfajulására és a folyamat invazív terjedésére utaló) szövettani vizsgálati lelettel igazolhatja kárigénye jogosságát.**

**A rosszindulatú daganatok köréből jelen biztosítási feltételek kizárják:**

- a) a rákelőző (precarcinóma) állapotokat,
- b) a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatokat,
- c) a bőrrákot, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
- d) az AIDS betegség mellett, illetve a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganatot.

**5.2.3. A veseelégtelenség biztosítási eseményként történő elfogadásának feltétele a legalább 60 napja tartó rendszeres művesekezelés, amelyet a dialízist végző egészségügyi intézmény dokumentál.**

**5.2.4. Az agyi érkatasztrófa diagnózis elfogadásához 60 nappal a hiteles dokumentummal igazolható érkatasztrófa után is fennálló, az érkatasztrófával oki összefüggésben álló szervi, központi idegrendszeri károsodást jelző tünetek kimutathatósága szükséges. Az érkatasztrófa tényét, a maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti oki összefüggés tényét a biztosító orvosa vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.**

**5.2.5. Szervátültetés biztosítási eseményként történő elfogadásához a helyes orvosi javallat alapján, orvos által elvégzett műtéti beavatkozás egészségügyi dokumentuma.**

**5.2.6. Szívkoszorúér-műtéttel kapcsolatos kárigények akkor jogosak, ha a zárójelentés szerint előzetes koszorúérfestés eltéréseire alapozott, helyesen felállított orvosi javallat alapján az áthidaló műtét megtörtént.**

## **6. A biztosított személye**

- 6.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 6.2. 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.
- 6.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

## **7. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya**

**A biztosító kockázatviselése kiterjed mind a belföldön, mind pedig a külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező biztosítási eseményekre.**

## **8. A biztosítási díj**

- 8.1. **A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.**
- 8.2. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉGRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1970)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, 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 npra teljesít szolgáltatást.
- 2.5. A biztosító egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is legfeljebb 180 npra 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 az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
  - a keresőképtelenség megállapítására jogosult szerv által a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatványok másolata,
  - ha kórházi ápolás is történt: kórházi zárójelentés a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül.
- 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 indoklását és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.
- 3.5. 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 az ÁSZF 20.1.3 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 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:**
- ha a biztosított öregségi nyugdíjra szerez jogosultságot,
  - ha a biztosított rokkantsági nyugdíjra szerez jogosultságot,
  - 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 alaptartósága 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 nem saját jogú keresőképtelenségre (pl. szülőnek a gyermeke miatti keresőképtelensége, szülő ápolása miatti keresőképtelenség),
- az olyan keresőképtelenségre, amely nem a biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása miatt következett be,
- 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. Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# BALESETI GYÓGYULÁSI TÁMOGATÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1980)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, 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 napon kerül sor műtéti beavatkozásra, illetve beavatkozásokra, vagy
- c) kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt több napon is sor kerül műtéti beavatkozásra, illetve beavatkozásokra, vagy
- d) kórházi fekvőbeteg-ellátásban nem részesül, de műtetre vagy egy napon belül több műtetre szorul.

1.2. Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy 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 első napja a kórházi felvétel napja, utolsó napja pedig a kórházból történő elbocsátás napja.

1.3. Jelen feltétel szempontjából Magyarországon kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvő-beteg gyógyintézetek).

1.4. Nem terjed ki a biztosítás:

- tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek 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 gondozóintézetei által nyújtott ellátásra.

1.5. Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel ok-okozati összefüggésben álló kórházi tartózkodásra.

## 2. A biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben baleseti gyógyulási támogatás esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget, illetve annak a többszörösét fizeti ki.

A térítés mértéke a kórházi napok számától és az elvégzett műtét vagy műtétek

százalékos besorolásától függően a következő:

Kórházi ápolási napok száma	Nem történt beavatkozás vagy nem besorolható a műtét	Műtéti csoportok			
		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 műtétet 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 műtétéhez (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 bekövetkezte esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg tizenötszörösét.

### 3. A biztosító teljesítése

3.1. A baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó szolgáltatási igényt a kórházi fekvőbeteg-ellátás befejezését, illetve amennyiben a műtét kórházi fekvőbeteg-ellátás nélkül történt, akkor a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban jelenteni kell a biztosítónak.

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- kórházi zárójelentés másolata,
- műtéti leírás másolata (amennyiben történt műtét is).

- 3.3. **A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indoklását 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 az ÁSZF 20.1.3 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 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 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. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# KÖZÚTI KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁLRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1990)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, 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 cm<sup>3</sup>-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vezet, vagy azon utazik.
- 1.5. 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

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 igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
  - rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
  - a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv másolata

(amennyiben ilyen készült).

**3.3. A biztosító jogosult a halál körülményeinek vizsgálatára.**

**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 az ÁSZF 20.1.3 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 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 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. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# LÉGIKÖZLEKEDÉSI BALESETBŐL EREDŐ HALÁLRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1991)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadók.

## 1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért légiközlekedési baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított a légiközlekedési baleset megtörténtétől számított egy éven belül meghal.
- 1.2. Légiközlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított menetrendszerű személyszállítást végző, az erre a tevékenységre hatóságilag előírt engedélyekkel rendelkező motoros légi jármű utasaként, illetve a menetrendben szereplő charter légi járatokon utasként szenved balesetet a légi jármű lezuhanása vagy kényszerleszállása során.
- 1.3. Nem minősülnek légiközlekedési balesetnek az alábbi események:
  - biztosítottat érő olyan baleset, amelyben nem utas minőségben tartózkodik a légi járművön,
  - biztosítottat érő olyan baleset, amely nem áll ok-okozati összefüggésben a légi jármű felszállást követő lezuhanásával vagy kényszerleszállásával,
  - biztosítottat motor nélküli légi járművön ért baleset.

## 2. A biztosító szolgáltatása

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

## 3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A légiközlekedési 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 igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
  - a légiközlekedési balesetről készített hatósági jegyzőkönyv másolata,
  - a légitársaság hivatalos igazolása, hogy a légiközlekedési baleset bekövetkezésének időpontjában a biztosított a légi jármű utasa volt.
- 3.3. A biztosító jogosult a halál körülményeinek vizsgálatára.

**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 az ÁSZF 20.1.3 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 légiközlekedési 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 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. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**

# KÖZÚTI KÖZLEKEDÉSI BALESETI ROKKANTSÁGRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1995)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

## 1. Biztosítási esemény

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, 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 cm<sup>3</sup>-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 az ÁSZF 20.1.1 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 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.**

- 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 az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:**
- kórházi kezelőlap és zárójelentés,
  - friss jelentés a biztosított állapotáról,
  - rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
  - a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült ilyen).
- 3.3. **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 az ÁSZF 20.1.3 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 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 alaptartósítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

**5. A biztosítási díj**

- 5.1. **A kiegészítő biztosítás díját az alpbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.**
- 5.2. **Az ÁSZF 29. pontjában a biztosítás értékének megőrzéséről leírtak a kiegészítő biztosításra is vonatkoznak.**