

SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS

Szerződési Feltételek

Tartalom

SIGNAL PLUSZ Diákbiztosítás általános szerződési feltételek (ÁSZF)	3
Kiemelt gyermekbalesetekre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	20
Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	21
Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	22
Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	23
Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	24
Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	25
Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	27
Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	29
Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	30
Baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	32
Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	34
Halálesetre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	36
Baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	37
Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	38
Diák felelősségbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	39
Tanulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	40

SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételek (ÁSZF)

Jelen általános szerződési feltételek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) és a biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. tv. (Bit.) szabályai alapján jöttek létre. Jelen feltételek szerint létrejövő biztosítási szerződésre a magyar jog irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 10. sz. melléklete A) részének megfelelő ügyfélértékelésnek is minősülnek. *Az ügyfélértékelésnek minősülő részek a szövegben dőlt betűkkel olvashatóak.*

Társaságunk cégneve: SIGNAL Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság

Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Cégjegyzék száma: 01-10-042159

Tulajdonosa: SIGNAL IDUNA Holding (Németország)

Központi ügyfélszolgálat: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Telefon: (361) 458 4222

Egyéb elérhetőség: info@signal.hu, www.signal.hu

Felügyelő hatóság: a pénzügyi közvetítőrendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bank

A szerződési feltételek a 2014. március 15-e után létrejövő SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS Általános Szerződési Feltételekre (továbbiakban: ÁSZF) hivatkozással kötötték. Nem alkalmazandók az ÁSZF egyes pontjai akkor, ha azok alkalmazását az egyes különös és kiegészítő feltételek kifejezetten kizárják.

1. A biztosítási esemény

1.1. *Jelen szabályzat szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek a kiegészítő biztosítási feltételekben részletesen meghatározott események.*

1.2. *Biztosítási esemény kizárólag a kockázatviselés időtartama alatt, a kockázatviselés*

kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, váratlan baleset vagy betegség, illetve annak következménye.

1.3. *Betegségek nem minősülnek balesetnek.*

2. A biztosítási szerződés alanyai

2.1. Szerződő: a biztosítóval szerződést kötő fél, aki a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal és a szerződéssel kapcsolatosan a jognyilatkozatok megtételére jogosult.

A szerződő lehet oktatási vagy nevelési intézmény, illetve olyan természetes személy, aki a biztosított vagy kiskorú biztosított esetén annak törvényes képviselője meghatalmazása alapján gyermekek részére diákbiztosítást köt (minimum 5 fő esetén).

2.2. Biztosított: *Biztosítottak lehetnek bölcsődések, óvodások, oktatási intézmények nappali tagozatos tanulói, hallgatói. Levelező, valamint esti tagozatosokra, átképzésben résztvevőkre nem lehet megkötni a biztosítást.*

A biztosítottak biztosítási szerződésbe való belépési kora 2 és 23 év közötti lehet. A biztosító a biztosított biztosítási szerződésbe való belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

2.3. Kedvezményezett: a biztosító szolgáltatósára jogosult személy, aki lehet:

– a szerződésben megnevezett személy, vagy

– a biztosított (kiskorú biztosított esetén a szolgáltatási összeg kifizetése a mindenkor hatályos magyar jogszabályok alapján történik, pl. a szolgáltatás összegének kifizetése gyámi fenntartásos betéti vagy fizetési számlára történik) vagy törvényes örököse, ha a szerződésben kedvezményezettet nem jelöltek meg, vagy a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában. *A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett*

– a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával – a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, akkor a kedvezményezett jelöléséhez, illetve módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elhalálozik. Ilyen esetben a biztosított vagy a biztosított örököse a kedvezményezett, ha új kedvezményezettet nem neveznek meg.

2.4. Fogyasztó: olyan természetes személy, aki önálló foglalkozása, üzleti tevékenysége körén kívül jár el.

3. A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

3.1. A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre úgy, hogy a szerződő ajánlatot tesz a biztosítónak a szerződés megkötésére. A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződő fél és a biztosított nem azonos – a biztosított vagy törvényes képviselőjének írásbeli hozzájárulása szükséges. A szerződés létrejön, ha a biztosító az ajánlat alapján biztosítási kötvényt állít ki.

3.2. A biztosítási szerződés akkor is létrejön – a biztosítási ajánlatba foglalt tartalommal –, ha a biztosító az ajánlatra, az ajánlat a biztosító vagy képviselőjének történő átadásától számított 15 napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül– nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlaton a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Az előző bekezdés szerinti esetben a szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

3.3. A biztosító által feltett kérdésekre adott válaszokkal a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A biztosító az ajánlat el-

fogadása előtt kockázatbírálást végezhet, melynek során a biztosított orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait kérheti. A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni. A kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító az ajánlatot elfogadja vagy elutasítja, illetve az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles megindokolni.

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

3.5. Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napon írásban felmondhatja. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra, annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételkor a szerződő fél figyelmét felhívta.

3.6. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító e jogát a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.

3.7. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító szerződési feltételétől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 napon írásban felmondhatja.

3.8. Ha a kötvény a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a kötvény kézhezvételét követően 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésekre a szerződő fél figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmával jön létre.

3.9. A biztosított nyilatkozatai, valamint a biztosító által feltett kérdésekre adott válasza az ajánlat részét képezik.

3.10. Érvényesen létrejött szerződés esetén a biztosító kockázatviselése a biztosítás első vagy egyszeri díjának megfizetését követő nap 0. órájkor kezdődik. Ha a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, akkor a kockázatviselés a halasztásban megjelölt időpont 0. órájkor kezdődik.

3.11. Ha a szerződő a díjat a díjtávételre biztosítói meghatalmazással rendelkező képviselőnek fizeti, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított 4. napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni. A szerződő fél ettől eltérő esetben azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

3.12. A biztosító a biztosítási szerződéshez egészségi nyilatkozatot nem kér.

4. A biztosítási időszak, a szerződés megszűnésének esetei

4.1. A biztosítás határozott időre, 1 évre köthető.

4.2. A biztosítási szerződés lejáratkor szűnik meg.

5. A biztosítási díj és a biztosítási összeg

5.1. A biztosítási összeg egy szerződésben valamennyi biztosított esetében azonos.

5.2. A biztosítás díja éves díj. Az év közben belépő diákokra is az éves díj vonatkozik.

6. Késedelmes díjfizetés

Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított legalább 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

7. Újra érvénybe helyezés (reaktiválás)

A szerződés nem reaktiválható.

A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

8. Közlési és változás bejelentési kötelezettség

8.1. A szerződő és a biztosított köteles a biztosítóval a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt közölni, amelyet ismert, vagy ismernie kellett. Az ajánlattételkor írásban feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válasszal a felek a közlési kötelezettségüknek tesznek eleget. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

8.2. A közlési kötelezettség megsértése esetében a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem volt kihatással a biztosítási esemény bekövetkeztére.

8.3. Fogyasztóval kötött szerződés esetén, ha a szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

- 8.4. A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a szerződés tartama alatt beálló lényeges körülmények változását a változás bekövetkezésétől számított 5 munkanapon belül, az elérhetőségekben és a személyi adatokban bekövetkezett változást haladéktalanul. A jognyilatkozatokat és a bejelentéseket a biztosító csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azt írásban juttatták el a biztosítóhoz.
- 8.5. Amennyiben a szerződő és a biztosított a változás bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok irányadóak.
- 8.6. 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.
- 8.7. *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.*

9. A biztosított egyéb kötelezettségei

- 9.1. *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 lehetséges szerint – elhárításáról és enyhítéséről.*
- 9.2. *A biztosító előírhatja, hogy a biztosított a biztosító által megnevezett orvosokkal indokolt esetben megvizsgáltassa magát.*

10. Titoktartási kötelezettség

- 10.1. *A biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, 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.

- 10.2. *Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító a következő bekezdésben meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.*
- 10.3. *A Biztosító, a biztosításközvetítő és a 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 a Bit.-ben meghatározott egyéb cél lehet.*
- 10.4. *Az előző bekezdésben meghatározott céltől 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.*
- 10.5. *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.*
- 10.6. *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, vagy a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.*

- 10.7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,
 - c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel
 - e) 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,
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - g) 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) a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,
 - m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvető biztosítóval,
 - n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
 - o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
 - p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,
 - q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával, a pénzügyi jogok biztosával,
 - r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósággal,
 - s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adata és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)-j), n), s) és t) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k)-m) és p)-r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az előzőekben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

- 10.8. *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.*
- 10.9. *Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatokra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén.*
- 10.10. *A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha*
- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól,*
 - b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.*
- 10.11. *Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, így az adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg:*
- 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 miniszter 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.*
- 10.12. *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) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglalt szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,*
 - b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.*
- 10.13. *Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerinti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.*
- 10.14. *Biztosító, biztosításközvetítő és szaktanácsadói vállalkozás jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító, biztosításközvetítő 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.-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

10.15. 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:

- a) ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

10.16. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

10.17. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az egészségügyi állapottal összefüggő adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

10.18. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

10.19. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

10.20. A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

10.21. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

11. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók

11.1. Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban érintett).

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésében kezel.

E célokkal összefüggésben a biztosító a tudomására jutott adatokat a Bit. alapján az érintett külön hozzájárulása nélkül kezelheti. Ez a törvényi felhatalmazás kizárólag azokra a személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Ha a személyes adat egészségi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és kizárólag az érintett hozzájárulása alapján kezelhető.

A különleges adatok kezelésére vonatkozó írásos hozzájárulását az érintett ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. tv. (Info tv.) alapján a szerződés keretei között is megteheti.

Az adatszolgáltatás önkéntes, de egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez.

Az adatkezelés időtartama: a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Bit. 78 § (3) bekezdése alapján, amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatát is továbbítja e kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

A biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján továbbíthatja harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.

A Bit által meghatározott szervezetek felsorolását a jelen szerződési feltételek 10. pontja tartalmazza.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a biztosítási szolgáltatás nyújtásához szükség van a megbízott speciális szakértelmére. A (kiszervezett tevékenységet végző) megbízott személyes adatokat kezel, és a törvény alapján titoktartás kötelezi.

Az érintett a biztosító adatkezelésével kapcsolatosan az alábbi jogokkal élhet:

11.2. Tájékoztatás kérése

Az érintett bármely formában előterjesztett kérelmére a biztosító 30 napon belül, írásos formában, közérthető módon tájékoztatást ad az általa érintett vonatkozásában kezelt, feldolgozott adatokról, azok forrásáról, illetve – amennyiben az adatok továbbításra kerültek – az adattovábbítás címzettjéről és jogalapjáról.

A tájékoztatás naptári évente egyszer ingyenesen adandó. További tájékoztatásért költségtérítés állapítható meg, kivéve, ha a tájékoztatás kérése helyesbítéshez vezetett, illetőleg az adatkezelés jogellenesnek bizonyul.

Az érintett tájékoztatását – indoklással – kizárólag a törvényben meghatározott esetekben lehet megtagadni. A tájékoztatás megtagadása esetén a biztosító írásban közli az érintettel, hogy a felvilágosítás megtagadására a törvény mely rendelkezése alapján került sor. A felvilágosítás megtagadása

esetén a biztosító tájékoztatja az érintettet a bírósági jogorvoslat, továbbá a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz fordulás lehetőségéről.

11.3. Helyesbítés

Ha a személyes adat a valóságnak nem felel meg, és a valóságnak megfelelő személyes adat rendelkezésre áll, az adat helyesbíthető.

Az adatot meg kell jelölni, ha az érintett vitatja annak helyességét vagy pontosságát, de a vitatott személyes adat helyessége vagy pontossága nem állapítható meg egyértelműen.

11.4. Törlés

A személyes adatot törölni kell, ha

- kezelése jogellenes,
- az érintett ezt kérelmezi és arra a szerződéses jogok és kötelezettségek teljesítéséhez nincs elengedhetetlenül szükség,
- az hiányos vagy téves és ez állapot jogszerűen nem orvosolható, feltéve, hogy a törlést törvény nem zárja ki,
- az adatkezelés célja megszűnt, vagy az adatok tárolásának törvényben meghatározott határideje lejárt,
- azt a bíróság vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósága (Hatóság) elrendelte.

11.5. Zárolás

Törlés helyett a személyes adat zárolandó, ha az érintett ezt kéri, vagy ha a rendelkezésre álló információk alapján feltételezhető, hogy a törlés sértené az érintett jogos érdekeit. Az így zárolt személyes adat kizárólag addig kezelhető, amíg fennáll az az adatkezelési cél, amely a személyes adat törlését kizárja.

A helyesbítésről, a zárolásról és a törlésről az érintettet, továbbá mindazokat értesíteni kell, akiknek az adatot korábban adatkezelés céljából továbbították. (Az értesítés mellőzhető, ha az adatkezelés céljára való tekintettel az érintett jogos érdekét nem sérti.) Ha az érintett helyesbítés, zárolás vagy törlés iránti kérelme nem teljesíthető, akkor a kérelem kézhezvételét követő 30 napon belül az érintettel írásban közölni kell a helyesbítés, zárolás vagy a

törlés iránti kérelem elutasítását és annak ténybeli és jogi indokait. Ebben az esetben az érintettet tájékoztatni kell a bírósági jogorvoslat, továbbá a Hatósághoz való fordulás lehetőségéről.

11.6. Nyilvánosságra hozatal

A biztosító szervezeti egységein belül kezelt személyes adatok nyilvánosságra hozatala – kivéve, ha arra az érintett felhatalmazást ad, illetve, ha azt a törvény rendeli el – tilos. A biztosító munkavállalóival, szállítóival, illetve ügyfeleivel kapcsolatos – személyes adatokon is alapuló – összesített statisztikai adatok közölhetőek, amennyiben azokból nem ismerhető fel az, akire az adat vonatkozik. Az adat közzéle előtt az adat közlője köteles meggyőződni arról, hogy a közzétett adatok alapján nem lehetséges természetes személyek azonosítása.

11.7. Felmentés, felhatalmazás

A szerződő és a biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az ajánlatban illetve az egészségi nyilatkozatban valamint a biztosítóhoz a szerződés megkötése, fenntartása illetve a szolgáltatás kifejtése kapcsán eljuttatott egyéb dokumentumokban foglalt személyes és különleges adatait kezelje, illetve a viszontbiztosítási szerződés keretében a szükséges adatokat a viszontbiztosító részére átadja. A szerződő, a biztosított, illetve a szolgáltatási igényt érvényesítő kedvezményezett a szerződés megkötéséhez, fenntartásához vagy a szolgáltatás kifejtéséhez szükséges egyéb személyes vagy különleges adatok beszerzése érdekében személyesen köteles eljárni.

11.8. Szerződésre jellemző értékek módosítása

Az balesetbiztosítási szerződést érintő változásokról a biztosító az internetes honlapján (www.signal.hu) nyújt tájékoztatást.

12. A szerződés visszavásárlása, díjmentes leszállítása, kötvénykölcson, maradékjogok

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

13. Egyéb változások bejelentése

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

14. Orvosi vizsgálat, egészségi nyilatkozat, várakozási idő

14.1. A biztosító a szerződés megkötéséhez kérheti az általa összeállított egészségi nyilatkozat(ok) kitöltését valamint a biztosított egészségi állapotának vizsgálatát.

14.2. A biztosító várakozási időt nem köt ki.

15. A szerződés területi és időbeli hatálya

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

16. Nem biztosítható személyek

16.1. Nem biztosíthatóak a súlyos idegbeteg, az elmebeteg és az állandó gondozásra szorulóak. Állandó gondozásra szorulónak tekintendő, aki mindennapi életviteléhez állandóan és tartósan külső segítséget kényszerül igénybe venni.

16.2. Nem biztosíthatóak a hivatásos sportolók, akik a sportolást jövedelemszerzés céljából végzik.

16.3. Nem biztosíthatóak a 24. életévüket betöltött személyek.

16.4. Nem biztosíthatóak az alábbi személyek:

- a magyar társadalombiztosítási szerv határozata alapján bármilyen fokú maradványos egészségkárosodással bír,
- idült szív- és keringési rendszeri betegségben szenved,
- vérzékeny,
- inzulin-függő (I. típusú) cukorbetegségben szenved,

- dialízis kezelésben részesül,
- Alzheimer-kórban szenved,
- skizofrén,
- Parkinson-kórban szenved,
- 5 évnél régebben diagnosztizált sclerosis multiplex betegségben szenved,
- HIV-fertőzött,
- sokizületi gyulladásban szenved,
- csonttrikulás megbetegedésben szenved,
- egyensúlyi zavarban szenved.

16.5. Nem biztosítható személyekre vonatkozóan biztosítási szerződés nem köthető.

16.6. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt válik biztosíthatatlanná, az adott biztosítási időszak utolsó napjával megszűnik a szerződés. Ezen időszakban a biztosító teljesítési kötelezettsége csak akkor áll fenn, ha a biztosítási esemény bekövetkezése és a biztosított állapota között nincs ok-okozati összefüggés.

17. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok

Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

17.1. 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.

17.2. 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.

17.3. A biztosítottat ért szívinfarktus folytán bekövetkező balesetek. A szívinfarktus semmilyen körülmények között nem tekinthető baleseti következménynek.

17.4. Háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határviellongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlés, népi megmozdulás során bekövetkezett balesetek, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről volt szó.

17.5. Felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati köteleesség teljesítése közben került sor.

17.6. Légi jármű pilótájaként vagy légi jármű személyzeteként elszenedett, valamint légi járművel folytatott egyéb hivatás gyakorlása közben bekövetkezett balesetek.

17.7. Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.

17.8. Megemelés, habituális ficam, patológiás törés.

17.9. Napszúrás, hóguta, fagyás kivéve, ha az baleset következménye.

17.10. Veszélyes sport- és egyéb célú tevékenységekből eredő balesetek:

a) autó-motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, motocross, jet ski, motorcsónak sport, vízisízés, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival),

b) búvárkodás légzőkészülékkel 40 méter alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, surf, vadvízi evezés,

c) heg-, illetve sziklamászás a kötelező egészségbiztosítási ellátásról szóló jogszabályok szerinti V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, Bungee Jumping (mélybe ugrás), bázisugrás, 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).

17.11. Közvetve vagy közvetlenül radioaktív sugárzás illetve ionizáló sugárzás (pl. röntgen) által okozott balesetek, abban az esetben,

amennyiben az nem áll összefüggésben a biztosított – munkavédelmi szabályok betartása melletti – munkavégzésével.

d) orvosi végzettséggel vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

- 17.12. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
- kóros elmeállapot,
 - HIV-fertőzés,
 - nukleáris energia.
- 17.13. Fertőzések esetén fennáll a biztosítási védelem, ha a kórokozó olyan baleseti sérülés következtében kerül a szervezetbe, amelyre a kockázatviselés kiterjed. Kismértékű bőr- és nyálkahártya-sérülések 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.
- 17.14. Nem minősül balesetnek a szilárd vagy folyékony anyagok okozta mérgezés, ha az szájon keresztül került a szervezetbe. Az ételmérgezés nem minősül balesetnek.
- 17.15. Recehártya-leválás és annak következményei nem minősülnek balesetnek.
- 17.16. 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.
- 17.17. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre, amelynek oka részben vagy egészben:
- a lelki működés zavarai, betegségei,
 - 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, fürdőkéúra, gyógykúra),
- 17.18. A szerződés megkötése előtt már fennálló 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.
- 17.19. A biztosított igazolt (versenyzői, sportolói licence-szel, engedéllyel) sportolóként végzett sporttevékenységével vannak okozati összefüggésben.
- 17.20. Olyan, a szervezet támasztórendszerét érintő ártalomra, melynek meglétére azadott baleseti esemény hívja fel a figyelmet. A degeneratív, ortopéd jellegű kórképek a biztosítási védelemből ki vannak zárva.
- 17.21. A csőtűkrözéssel végzett tétet érintő műtétek következményeként kialakult marandó egészségkárosodási kockázat a biztosítási fedezetből ki van zárva.
- 17.22. A biztosított foglalkozásával összefüggésben bekövetkező biztosítási események, amennyiben a biztosított foglalkozása:
- artista,
 - bűvár,
 - bányász,
 - építőmunkás magas építményeken,
 - fegyveres testület tagja,
 - fegyveres őr,
 - kaszkadőr,
 - légiutas-kísérő,
 - pilóta (repülő, helikopter, vadászrepülő),
 - pirotechnikus,
 - pénzszállító autó sofőrje vagy annak kísérője,
 - robbanóanyaggal dolgozó ipari munkás,
 - tűzijáték- és csillagszórógyártó,
 - vadász,
 - veszélyes anyagot szállító tehergépkocsi sofőr.
- 17.23. Valamely a szerződéskötés előtt, a biztosítottal történt balesettel vagy a biztosítottnál fennálló betegség, illetőleg egészségi álla-

pot meglétével ok-okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre.

17.24. A biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban szedett altató- vagy nyugtatószer; illetve gyógyszer, rendszeres kábítószer- és/vagy alkoholfogyasztás következtében történt eseményekre.

17.25. Nem téríti meg a Biztosító továbbá: bármilyen nemű kárt, veszteséget, költséget, melynek eredménye, keletkezési oka közvetlenül vagy közvetve összefüggésbe hozható a terrorizmus bármilyen formájával az alábbiakban foglaltak szerint:

Kizárásra kerülnek 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 fűgnek össze.

18. A kockázatviselés korlátozása

18.1. 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.

18.2. 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.

18.3. Balesetbiztosítási kockázatoknál belső szervek vérzései és agyvérzés esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozza.

18.4. Balesetbiztosítási kockázatoknál pszichikai reakciók okozta káros zavarok esetén a biztosítási védelem nem áll fenn.

19. A biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól

19.1. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála, betegsége illetve sérülése a kedvezményezett szándékos magatartása folytán következett be.

19.2. A biztosító mentesülése baleset vagy egészségbiztosítási kockázatok esetén

A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól biztosítási kockázatok esetén, ha a balesetet, egészségkárosodást szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartással

- a szerződő fél vagy a biztosított,
- velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk,

- üzletvezetésre jogosult tagjuk,
 - alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta.
- 19.3. *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.
- 19.4. *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 (0,8 ezrelék) vezetése következtében áll be, vagy
 - a biztosított munkavégzése során a munka- és tűzvédelmi szabályok be nem tartása miatt következett be.
- 19.5. *A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét szegi meg súlyosan gondatlanul vagy szándékosan.*

20. A biztosítási esemény bejelentése

- 20.1. 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.
- 20.2. Halálesetet a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül kell jelenteni a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet korábban már jelentették, valamint abban az esetben
- is, ha a teljes körű kárbejelentéshez szükséges összes dokumentáció még nem áll rendelkezésre.
- 20.3. *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.*
- 20.4. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik.

21. A biztosítási szolgáltatások

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a különös feltételekben meghatározott mértékű szolgáltatást teljesít.

22. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

- 22.1. 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.
- 22.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának és összegszerűségének megállapításához a biztosító a következő iratokat kéri be (a biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a dokumentumok eredeti példányait bekérje):*
- a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
 - b) baleseti jegyzőkönyv másolata, amelyben 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 másolatban,
 - a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata,
 - a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolati példányai,
- g) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
- h) örökös minőség igazolására – jogerős hagyatékátadó végzés másolata,
- i) diákkártya,
- j) diákigazolvány másolata (kivéve bölcsődések és óvodások esetén),
- k) a kiegészítő biztosítási feltételekben részletezett további iratok.

22.3. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának és összegszerűségének megállapításához a biztosító a következő iratokat is bekérheti (a biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a dokumentumok eredeti példányait bekérje):*

- 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 példányai,
- 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) örökösliki bizonyítvány,
- y) amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összegszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti:
 - hatósági eljárás esetén az eljárást lezáró határozatot, a nyomozást megszüntető vagy megtagadó határozatot vagy vádiratot,
 - rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
- z) rokkantsági, maradandó egészségkárosodási határozat (NRSZH),
- aa) röntgenfelvétel és a röntgen lelet valamint az orvosi igazolás,
- bb) szerződő/biztosított általi meghatalmazás,
- cc) teljes kórdokumentáció (munkakörlap, végleges kórlap, ápolási lap, labor eredmények, képkalkáló műszeres vizsgálatok eredményei),

dd) testfelületet 20%- felett ért és legalább II. fokú égési sérülés ellátásáról szóló orvosi dokumentáció.

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

22.4. A biztosítási szolgáltatás igénybevételehez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíti.

22.5. *A biztosított, illetve a kedvezményezett a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartásával, a biztosítási szerződés létrejöttével, vagy a kárigény érvényesítésével egyidejűleg felhatalmazza 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.

23. A szolgáltatás kifizetése

23.1. *A biztosító szolgáltatásait költségmentesen, a kedvezményezett részére banki folyószámlára utalással teljesíti. A biztosításközvetítő az Ügyfélnek járó összeg kifizetésében nem működhet közre.*

23.2. *A biztosító vállalja, hogy a biztosítási szolgáltatások kifizetéséhez szükséges összes irat kézhezvételétől számított 30 napon belül a szolgáltatás iránti igény jogosságát elbírálja, és arról nyilatkozik.*

23.3. *A biztosító vállalja, hogy a szolgáltatás iránti igény jogosságának elismerését, illetve a jogosulttal történt megegyezést követő 30 napon belül a biztosítási szolgáltatást kifizeti.*

24. Jognyilatkozatok

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

25. Nyereségrészesedés

A szerződés nyereségrészesedésre nem jogosít.

26. A biztosítás értékének megőrzése (értékkövetés)

A szerződés nem rendelkezik értékkövetéssel.

27. Panaszok, kérelmek bejelentése

27.1. Panaszkezelés

27.1.1. Panaszbejelentés módja, csatornái

A biztosító a panaszkezelés során a mindenkor hatályos jogszabályoknak és rendeleteknek megfelelően jár el, azaz biztosítja, hogy a tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát az ügyfél szóban vagy írásban az alábbi csatornák bármelyikén közölhesse.

Személyes panaszbejelentés

Félfogadási időben a központi ügyfélszolgálati irodában lehet személyesen panaszbejelentést tenni. Ügyfélszolgálati Irodánk: 1123 Budapest, Alkotás u. 50.

Nyitva tartás: H 8:00–18:00; K–P 8:00 –16:00

Telefonos panaszbejelentés

Telefonon belföldről a 06-40-405-405 kékszámon vagy a külföldről is hívható +36-1-458-4200 számon tehet panaszbejelentést az ügyfél.

Nyitva tartás: Hétfő 8:00–20:00; Kedd–Csütörtök 8:00–17:00; Péntek 8:00 –14:00

Postai úton történő panaszbejelentés

A panaszbejelentés postai úton az alábbi levelezési címre küldhető:

SIGNAL Biztosító Zrt. Vezérigazgatóság, Panaszkezelési Csoport

Levélcím: 1519 Budapest Pf. 260.

Elektronikus panaszbejelentés

Az ügyfél panaszbejelentését elektronikusan az info@signal.hu e-mail címre, faxon a 06-1-458-4260 faxszámra vagy – regisztrációt követően – Ügyfélportálon keresztül online módon is eljuttathatja a biztosító részére.

27.1.2. Panaszkezelés gyakorlata

A biztosító a telefonon történő panaszkezelés esetén biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézkést, továbbá a beszélgetést hangfelvétellel rögzíti, mely egy évig megőrzésre kerül. Erről az ügyfelet a telefonos ügyintézés kezdetekor tájékoztatja. Az ügyfél kérésére biztosítja a hangfelvétel visszahallgatását, továbbá térítésmentesen rendelkezésére bocsátja a hangfelvételtől készített hitelesített jegyzőkönyvet.

A biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha a panasz kezelésével az ügyfél nem ért egyet, vagy a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen tett panasz esetén átadja, telefonon bejelentett panasz esetén pedig megküldi az ügyfél részére, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

Az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követően, legkésőbb a jogszabályban meghatározott 30 napon belül megküldi.

A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy panaszával – annak jellege szerint – a felügyeleti szervhez, a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat:

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP Pf. 777.

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén az ügyfél fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet a Felügyeletnél.

Biztosítási szerződéssel kapcsolatos jogvitával (szerződés létrejötte, érvényessége, hatálya, joghatása, megszűnése, szerződésszegés és annak joghatása) fordulhat a Magyar Nemzeti Bank mellett szervezett Pénzügyi Békéltető Testülethez.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1525 Budapest, BKKP Pf. 172.

E-mail cím: pbt@mnbb.hu

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

A biztosító az ügyfélpanaszokról nyilvántartást vezet, melyben szerepelnek az ügyfél és panaszadatok, valamint az üggyel kapcsolatos bejövő és a kimenő levelek.

A panaszokat a jogszabályok által meghatározott ideig megőrzi, a Magyar Nemzeti Banki ellenőrzés esetén bemutatja.

28. Egyéb

28.1. A járadék egyösszegű megváltásáról és az általános forgalmi adó összegének megterítéséről szóló tájékoztatónk a SIGNAL Biztosító Zrt. hivatalos honlapján, a www.signal.hu honlapon, illetve a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán (1123 Budapest, Alkotás u. 50.) érhető el.

28.2. Nem válik a szerződés tartalmává minden szokás, amelynek alkalmazásában a felek korábban megegyeztek, és minden gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak.

28.3. Írásban tett nyilatkozatnak nem minősül jelen feltételek alapján az elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalás (kivéve annak az eredeti, a nyilatkozatot tevő aláírásával ellátott nyilatkozat szkennelt PDF formátumú másolatát tartalmazó melléklete, vagy fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalás) és az SMS.

29. Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított egy év elteltével évülnek el.

30. Létszámváltozás

30.1. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkező változás esetén, a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítottak adatainak és a biztosítási díjnak a biztosítóhoz való beérkezését követő nap 0. órájkor kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.

30.2. Az oktatási/nevelési intézményből távozó diákokra a balesetbiztosítás a biztosítási év végéig vonatkozik.

31. Egyéb rendelkezések

- 31.1. *A jelen szerződési feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés díjára és az annak alapján járó szolgáltatásra a személyi jövedelemadóról szóló (SZJA tv.) rendelkezései is irányadók. Jogi személy szerződő esetén az SZJA tv. mellett a társasági adózásról szóló törvény, illetve a társadalombiztosításra vonatkozó jogszabályok is irányadóak. Mivel az adójogszabályok a szerződés tartama alatt változhatnak, indokolt a biztosított és a szerződő részéről a szerződés tartama alatt a törvényi változások figyelemmel kísérése. A biztosító az aktuális adózásra vonatkozó információkat a honlapján (www.signal.hu) bocsátja Ügyfelei rendelkezésére. Az adójogszabályok változásáról a biztosító nem küld értesítést, a jogszabályi változásokat a szerződő és a biztosított kíséri figyelemmel.*
- 31.2. *A biztosítási szerződés közvetítője lehet független vagy függő biztosításközvetítő. A függő biztosításközvetítő a biztosítási szerződést a biztosítóval fennálló munkaviszonya keretében vagy a biztosító megbízása alapján közvetíti. A függő biztosításközvetítő közvetítói tevékenysége során esetlegesen okozott kárért a biztosító a felelős.*
- 31.3. *A független biztosításközvetítő tevékenysége során önállóan jár el, nem minősül a biztosító képviselőjének. A független biztosításközvetítő a biztosításközvetítói tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályok megszegésével vagy elmulasztásával okozott károkért önállóan felel. Ez a felelőssége kiterjed a nevében (képviselésében) eljáró személyek tevékenységére is.*

Kiemelt gyermekbalesetekre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amely következtében:

- a) a biztosítottnál kullancscsípés hatására, a kullancs által okozott Lyme kórt (Lyme borreliosis), vagy agyvelőgyulladás (kullancsencephalitis) diagnosztizálnak, és orvosi kezelésre szorult,
- b) a biztosítottnál orvos által igazolt, orvosi ellátást igénylő kutyaharapást diagnosztizálnak (közeli hozzátartozó kutyájának harapása kizárva),
- c) a biztosított orvos által igazolt, orvosi ellátást és kórházi kezelést igénylő mérgezést szenved (az alkoholmérgezés és kábítószeres közrehatás kizárva),
- d) a biztosított orvos által igazolt, orvosi ellátást igénylő vágott-szúrt (vulnus caesum-vulnus punctum) sérülést szenved (vágott-szúrt sérülés akkor keletkezik, ha éllel bíró, többnyire éles eszköz, élére merőlegesen saját mozgási energiája és sújtó erő hatására hatol a szövetek közé, vagy a test éles felszínbe zuhan, vagy a lezuhanó eszköz élével találja el a test felszínét), és ez ín-, ér- vagy idegsérüléssel, vagy ízület megnyílásával jár.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén egyszeri kifizetésként a biztosítási szerződésben a kiemelt gyermekbalesetekre megállapított biztosítási összeget fizeti ki.
- 2.2. Egy biztosítási éven belül legfeljebb 2 alkalommal történhet kifizetés.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A kiemelt gyermekbalesetekre vonatkozó szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül be kell jelenteni a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok bemutatását is kérheti:
 - orvosi igazolás másolata,
 - kórházi zárójelentés másolata (amennyiben kórházi tartózkodásra is sor került),
 - sebészeti szakellátás dokumentációjának másolata.

Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amely következtében a biztosított csonttörést szenved.*
- 1.2. *A csontrepedés és a maradó fogak törése is csonttörésnek minősül.*

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. *A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén – balesetenként a törések számától függetlenül – egyszeri kifizetésként a biztosítási szerződésben a csonttörésre megállapított biztosítási összeget fizeti ki.*
- 2.2. *Egy biztosítási éven belül legfeljebb 3 alkalommal történhet kifizetés.*

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A csonttörésre vonatkozó szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül be kell jelenteni a biztosítónak.*
- 3.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok bemutatását is kérheti:*
 - *a csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás másolata.*

Baleseti költségterítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a 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 költségterítésre 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 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*

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

Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben *ügyféltájékoztatóul* is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a 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 orvosilag szükségesnek tartott, legalább 1 napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul. A biztosítási esemény a biztosítottat ért balesettel okozati összefüggésben álló kórházi kezelés első napjával 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:*
 - geriatriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogyókúrás kezelésekre,
 - tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
 - idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,
 - gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
 - rehabilitációs gyógyintézetek,
 - 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 2 éven belül maximum 185 napra kórházi napidíjat fizet, feltéve, hogy legfeljebb 1 napig tartott a kórházi ellátás.

Több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is a biztosító szolgáltatása 2 éven belül maximum 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 igénybevételehez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*

- kórházi zárójelentés eredeti példánya.

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

Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékelőként is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset vagy betegsége miatt orvosilag szükségesnek tartott, legalább 1 napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szoruló. A biztosítási esemény a kórházi kezelés első napjával 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:*
 - geriatriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogyókúrás kezelésekre,
 - tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
 - idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,
 - gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
 - rehabilitációs gyógyintézetek,
 - 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. 1, 2 vagy 3 napos kórházi tartózkodás esetén a biztosító napidíjat nem fizet, de ha a biztosított legalább 4 napig tartózkodik kórházban, akkor a biztosító az 1. naptól kórházi napidíjat fizet.

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 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*
 - kórházi zárójelentés eredeti példánya.
- 3.3. *A biztosító fenntartja magának jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.*

Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben *ügyféltájékoztatóul* is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a 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 orvos-szakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg ellátás keretében végeznek.*
- 1.2. *Nem minősül biztosítási eseménynek:*
- *kozmetikai és plasztikai kezelésekkal összefüggő műtétek,*
 - *előzőleg ismert balesetek kapcsán végrehajtott műtétek következménye miatti beavatkozás,*
 - *műtéti szövődmények miatti beavatkozás,*
 - *halasztott műtét, melynek orvosi dokumentumokkal igazolt szükségessége még a kockázatviselés kezdetét megelőzően megállapításra került,*
 - *diagnosztikus műtét, vizsgálat melynek nincsen az adott műtéti eljárás keretein belül terápiás következménye,*
 - *orvosi műhibából adódó műtét,*
 - *patológiás törés miatti műtét,*
 - *artroszkópia és artroszkópos ízületi és szalagműtét.*

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. *A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére baleseti műtéti térítést fizet.*
- 2.2. *A biztosító a jelen feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 5 térítési kategóriába sorolja. Műtéti térítésenként – jelen feltételek 4. pontja alapján – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 0%, 25%, 50%, 100%, 200% -a kerül kifizetésre.*
- 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 4. 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.*
- ## 3. A biztosító teljesítése
- 3.1. *A baleseti műtéti térítésre vonatkozó szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.*

3.2. A biztosító egy biztosítási éven belül több biztosítási eseménnyel kapcsolatban is legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és összességében 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 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- kórházi zárójelentés eredeti példánya mely tartalmazza az elvégzett műtét/beavatkozás OENO kódját,
- műtéti leírás eredeti példánya.

3.5. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés valamint a műtéti beavatkozás 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 jogosult

4. Műtétek besorolása

(Példák)

A teljes műtéti lista a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán (1123 Budapest, Alkotás u. 50.) megtekinthető.

4.1. 1. csoport: egyszerű beavatkozások
(0%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
57882	Belső fémrögzés eltávolítása
51100	Idegentest eltávolítása kötőhártyáról bemetszéssel
58900	Bőrvarrat
82000	Orrcsonttörés fedett helyretétele

4.2. 2. csoport: egyszerű beavatkozások
(25%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
5837H	Achilles-in szakadás helyreállítása
57670	Arctörések nyílt helyreállítása
51950	Dobhártyaplasztika
58400	Kézujj amputáció
51470	Szemlencse beültetés

4.3. 3. csoport: középnagy műtétek
(50%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
58480	Combamputáció
57902	Combnyak-szegezés
55110	Epehólyag eltávolítása
57922	Húzóhurkos csontörögítés
50630	Pajzsmirigy eltávolítás

4.4. 4. csoport: nagy műtétek
(100%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
53836	Érpótlás
52070	Félkörös ívjáratok kimetszése
51630	Szemeltávolítás
51358	Szívárványhártya eltávolítás
53030	Teljes gégeeltávolítás
53502	Zárt billentyűbemetszés a kéthegyű billentyűn

4.5. 5. csoport: különleges műtétek
(200%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
50200	Benyomatos koponyatörés ellátása
55040	Májátültetés
53750	Szívátültetés
53340	Tüdőátültetés
53240	Tüdőlebe ny eltávolítása

Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben *ügyféltájékoztatóul* is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek a biztosítottnal 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, illetve fellépő betegségekből eredő műtétekre és azok következményeire,
- a biztosítás megkötése előtt bekövetkezett balesetek következményeire.

1.3. *Nem minősül biztosítási eseménynek:*

- kozmetikai és plasztikai kezelésekkal összefüggő műtétek,
- előzőleg ismert balesetek kapcsán végrehajtott műtétek következménye miatti beavatkozás,
- műtéti szövődmények miatti beavatkozás,
- halasztott műtét, melynek orvosi dokumentumokkal igazolt szükségessége még a kockázatviselés kezdetét megelőzően megállapításra került,
- diagnosztikus műtét, vizsgálat melynek nincsen az adott műtéti eljárás keretein belül terápiás következménye,
- orvosi műhibából adódó műtét,
- patológiás törés miatti műtét,
- artroszkópia és artroszkópos ízületi és szalagműtét.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. *A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére műtéti térítést fizet.*

2.2. *A biztosító a jelen feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 5 térítési kategóriába sorolja. Műtéti térítésenként – jelen feltételek 4. pontja alapján – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 0%, 25%, 50%, 100%, 200% -a kerül kifizetésre.*

2.3. *Ha egy műtéti beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon baleseti vagy betegségi 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 4. 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.*

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*

összegében maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.

3.3. A biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a baleset vagy orvos által igazolt betegség diagnosztizálásának 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 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- kórházi zárójelentés eredeti példánya mely tartalmazza az elvégzett műtét/beavatkozás OENO kódját,
- műtéti leírás eredeti példánya.

3.5. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés valamint a műtéti beavatkozás 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 jogosult

4. Műtétek besorolása

(Példák)

A teljes műtéti lista a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán (1123 Budapest, Alkotás u. 50.) megtekinthető.

4.1. 1. csoport: egyszerű beavatkozások (0%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
57882	Belső fémrögzés eltávolítása
51100	Idegentest eltávolítása kötőhártyáról bemetszéssel
58900	Bőrvarrat
82000	Orrcsonttörés fedett helyretétele

4.2. 2. csoport: egyszerű beavatkozások (25%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
5837H	Achilles-in szakadás helyreállítása
57670	Arctörések nyílt helyreállítása
51950	Dobhártyaplasztika
58400	Kézujj amputáció
51470	Szemlencse beültetés

4.3. 3. csoport: középnagy műtétek (50%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
58480	Combamputáció
57902	Combnyak-szegezés
55110	Epehólyag eltávolítása
57922	Húzóhurkos csontrögzítés
50630	Pajzsmirigy eltávolítás

4.4. 4. csoport: nagy műtétek (100%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
53836 É	rpótlás
52070	Félkörös ívjáratok kimetszése
51630	Szemeltávolítás
51358	Szívárványhártya eltávolítás
53030	Teljes gégeeltávolítás
53502	Zárt billentyűbemetszés a kéthegyű billentyűn

4.5. 5. csoport: különleges műtétek (200%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
50200	Benyomatos koponyatörés ellátása
55040	Májátültetés
53750	Szívátültetés
53340	Tüdőátültetés
53240	Tüdőlebens eltávolítása

Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a 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%

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. Ez azonban összességében a 200%-ot nem haladhatja meg.

2.3. A biztosító szolgáltatása egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése 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 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

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

Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben *ügyfeltájékoztató*ul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a baleset napjától számított 2 éven belül orvosilag szükségesnek tartott:*

- a) kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt nem kerül sor műtéti beavatkozásra, vagy*
- b) kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt csak egy 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:*

- tudóbetegek 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,*
- rehabilitációs gyógyintézetek,*
- ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei által nyújtott ellátásra.*

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

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti többszöröse.

2.2. Az egy műtét során vagy egy napon belül elvégzett műtéti beavatkozások és sebészeti eljárások közül a biztosító kizárólag a legsúlyosabb 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 (többszörösöt) 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 többszörösöt.

2.4. A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő feltétel 4. pontjában található, az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosítónál megtekinthető.

2.5. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás a műtéti listán nem található, úgy a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján.

2.6. A biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg egy biztosítási eseményből kifolyólag a biztosítási eseménytől számított két éven belül a biztosítási összeg tizenötszörösét.

2.7. A biztosító szolgáltatása egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg tizenötszörösét.

3. A biztosító teljesítése

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

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

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

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

Baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyféléjtájékoztatóul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül tartós egészségkárosodást (rokkantságot) szenved.*

1.2. *Biztosítási eseménynek minősülnek az alábbi, a biztosított akaratán kívüli események is:*

- *vízbefullás,*
- *égési sérülések, leforrázás, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai.*

1.3. *Betegségek nem minősülnek balesetnek.*

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. 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 a baleseti rokkantság esetére meghatározott biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a baleseti rokkantság esetére meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

2.1.1. *Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosítottnál legalább 1%-os baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű összszervezeti egészségkárosodás*

alakult ki, a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

A rokkantság fokát az alábbiak szerint kell megállapítani:

Testrészek rokkantsága:	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%

- 2.1.2. Az előző pontból adódó rokkantsági százalékok összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. *Csak a legalább 1%-os maradó baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás biztosítási esemény.* (Ennek megfelelően amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a rokkantsági százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a rokkantsági százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg egyszerese.) Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működőképzetlensége esetén az előző pontban megadott rokkantsági százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Ha a rokkantság foka a rokkantsági tábla lapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A baleseti eredetű rokkantság mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó rokkantságot veszi figyelembe.
- A baleseti eredetű rokkantságot, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.*
- A 2.1.1. pontban feltüntetett táblázat csak iránymutatásként szolgál.*
- 2.1.3. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés mértékével nem ért egyet, saját maga is beszerezhet 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 rokkantsági százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.
- 2.1.4. 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, legalább 1%-os mértékű károsodási fok szerint járó kifizetést.
- 2.1.5. 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.
- 2.1.6. 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.
- ### 3. A biztosító teljesítése
- 3.1. *A 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 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok bemutatását is kérheti:*
- kórházi kezelőlap és zárójelentés,
 - aktuális jelentés a biztosított állapotáról.

Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékelőként is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a 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 legalább 1%-os mértékű baleseti eredetű rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű egészségkárosodást szenved.*

1.2. *Közúti közlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet. Nem minősülnek közúti közlekedési balesetnek az alábbi események:*

- *gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkezésében semmilyen mozgó jármű nem játszott közre,*
- *kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem játszott közre,*
- *a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be,*
- *nem közúton bekövetkezett balesetek.*

1.3. *A biztosítás nem terjed ki az alábbi eseményekre:*

- *amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vezet, vagy azon utazik,*
- *járműbe való be- és felszállás, illetve járműből való ki- és leszállás.*

1.4. *Amennyiben a biztosított vezetőként nem rendelkezik az adott jármű vezetésére jogosító hatósági engedéllyel (kivételek: 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 biztosító a szerződésben meghatározott legalább 1%-os mértékű baleseti eredetű rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű egészségkárosodást szenved, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki. A rokkantság fokát az ÁSZF 21.1.1. pontja szerint kell megállapítani.*

2.2. *Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott rokkantsági százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Ha a rokkantság foka a rokkantsági tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. Ha a rokkantság mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó rokkantságot veszi figyelembe. A baleseti eredetű rokkantság mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.*

2.3. *Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított rokkantság mértékével nem ért egyet, saját maga is beszerezhet 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 rokkantsági 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 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- kórházi kezelőlap és zárójelentés eredeti példánya,
- friss orvosi jelentés eredeti példánya a biztosított állapotáról,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összegszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti a rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,

- a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv (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 jogosult.*

Halálesetre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatvétel tartama alatt bekövetkező halála.

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a biztosított halálakor a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A halálesetet annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül be kell jelenteni a biztosítónak.*
- 3.2. *A biztosító jogosult a halál körülményeinek vizsgálatára.*

- 3.3. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok bemutatását is kérheti:*
 - *a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,*
 - *a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,*
 - *a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok.*

Baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyféléjtájékoztatóul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül elhalálozik.*
- 1.2. *Biztosítási eseménynek minősülnek az alábbi, a biztosított akaratán kívüli események is:*
 - vízbefullás,
 - égési sérülések, leforrázás, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai.
- 1.3. *Betegségek nem minősülnek balesetnek.*

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. *A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.*
- 2.2. *A biztosító a haláleseti kifizetésből az ugyanazon eseményből eredően tartós rokkantsági szolgáltatásként már kifizetett összegeket levonja, s csak a különbözetet fizeti ki.*
- 2.3. *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 követheti vissza.*

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A halálesetet annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül jelenteni kell a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet korábban már jelentették.*
- 3.2. *A biztosító jogosult a halál körülményeinek vizsgálatára.*
- 3.3. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok bemutatását is kérheti:*
 - a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
 - a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
 - a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok.

Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a 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 1 éven belül meghal.*
- 1.2. *Közúti közlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.*
- 1.3. *Nem minősülnek közúti közlekedési balesetnek az alábbi események:*
 - *a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem játszott közre,*
 - *kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem játszott közre,*
 - *a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be,*
 - *nem közúton bekövetkezett balesetek.*
- 1.4. *A biztosítás nem terjed ki az alábbi eseményre:*
 - *amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vezet, vagy azon utazik.*
- 1.5. *Amennyiben a biztosított vezetőként nem rendelkezik az adott jármű vezetésére jogosító hatósági engedéllyel (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 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*
 - *amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összecszerülésének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti a rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,*
 - *a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült ilyen).*
- 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 jogosult.*

Diák felelősségbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben *ügyféléltájékoztató*ul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül az a személyi sérüléses (vagyon és nem vagyon) és szerződésen kívül okozott tárgyrongálási kár, melyet a biztosított e szerződés hatálya alatt okozott és jelentettek be, és amelyért a magyar polgári jog szabályai szerint a biztosított vagy gondozója kártérítési felelősséggel tartozik.*
- 1.2. *Nem minősül biztosítási eseménynek, és nem téríti meg a biztosító azokat a károkat, amelyeket a biztosított*
 - a) *közeli hozzátartozóinak,*
 - b) *kereső foglalkozás vagy tevékenység végzése során,*
 - c) *bármilyen motoros jármű (közúti, vízi, légi) üzembentartójaként, használójaként,*
 - d) *gépi meghajtású sporteszköz használatával,*
 - e) *a környezet szennyezésével okozott.*

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. *A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító kártérítést nyújt, melynek felső határa káreseményenként nem haladhatja meg a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget.*
- 2.2. *Egy biztosítási év alatt legfeljebb 1 káresemény fedezett.*

3. A biztosított önrészesedése

A biztosítás levonásos önrészesedése 10%, de minimum 10 000 Ft káreseményenként.

4. A biztosító teljesítése

- 4.1. *A kárrendezés megindításához a kárigényt a biztosítási esemény bekövetkezését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelteni.*
- 4.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok bemutatását is kérheti:*
 - *a biztosított vagy a gondozó felelősségét megállapító egyéb dokumentum,*
 - *az esetleges számla.*

Tanulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

Jelen kiegészítő feltételek (a továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: a biztosító) SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeivel együtt érvényesek, és egyben ügyfélértékelőként is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételeinek (továbbiakban: ÁSZF) a rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosított baleset miatt orvosilag indokolt legalább 10 napos kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül.

2. Biztosított személye

Jelen kiegészítő feltételek szempontjából biztosítottak lehetnek oktatási intézmények nappali tagozatos tanulói, hallgatói. Levelező, valamint esti tagozatos tanulóira illetve hallgatóira, átképzésben résztvevőkre nem lehet megkötni a biztosítást.

3. A biztosító szolgáltatása

3.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító az osztályfőnök/vezető igazolása alapján a biztosított részére a szerződésben meghatározott mértékű tanulási támogatást nyújt.

3.2. Egy biztosítási év alatt legfeljebb 1 káresemény fedezett biztosított személyeként.

4. A biztosító teljesítése

4.1. A kárrendezés megindításához a kárigényt legkésőbb a kórházi gyógykezelés befejezését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok bemutatását is kéri:

- a kórházi zárójelentés eredeti példánya,
- ambuláns kezelő lap eredeti példánya (amennyiben készült),
- az osztályfőnök/vezető eredeti aláírással valamint az iskola vagy a képző intézmény pecsétjével ellátott igazolása.



SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁSI termékeink

SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁSI csomagtermékeink
az alábbi kiegészítő biztosításokat tartalmazzák

Kiemelt gyermekbalesetekre vonatkozó kiegészítő biztosítás
Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás
Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás
Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás
Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás
Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás
Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás
Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás
Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás
Baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás
Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás
Halálesetre vonatkozó kiegészítő biztosítás
Baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás
Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás
Diák felelősségbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás
Tanulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás

www.signal.hu