



SIGNAL VÉDŐSZÁRNY ÉLETBIZTOSÍTÁS

Ajánlat és feltételek

Hatályos: 2018. február 23-tól



SIGNAL VÉDŐSZÁRNY ÉLETBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK.....	2
Fogalmak, meghatározások	2
1. A biztosítási szerződés alanyai, a biztosítási tartam	3
2. Biztosítási esemény	4
3. Biztosítási szolgáltatás, nyereségrészesedés.....	4
4. Szerződés létrejötte, kockázatelbírálás, a szerződés hatálya, kockázatviselés kezdete, várakozási idő, felmondás ..	4
5. Biztosítási díj	5
6. A biztosítás indexálása (értékkövetés)	5
7. A szerződés módosítása.....	6
8. Visszavásárlás, díjmentes leszállítás, kötvénykölcsön, hitelfedezet ..	6
9. A biztosítás díjfizetésének elmaradása	6
10. A kockázatviselés megszűnése	6
11. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	7
12. A biztosító teljesítése.....	14
13. Mentésülések, kizárások	16
14. Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók.....	17
15. Elévülés	19
16. Egyéb rendelkezések	19
17. Újra érvénybe helyezés (reaktiválás)	20
 MELLÉKLET.....	 21
A szerződésre jellemző értékek	21
 BALESETI- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS ÉS KIEGÉSZÍTŐ FELTÉTELEK	 22
Fogalmak meghatározása.....	22
1. A biztosítási szerződés alanyai	22
2. Baleset- és egészségbiztosítási események	22
3. Biztosítási tartam.....	22
4. A biztosítási összeg és a biztosítási díj	22
5. A kockázatviselés korlátozása balesetbiztosítási kiegészítő biztosítások esetén	23
6. Baleset- és egészségbiztosítási védelemből kizárt kockázatok	23
7. A biztosított egyéb kötelezettségei a baleset- és egészségbiztosítási kiegészítő biztosítások és csomagok esetén	25
8. Egyéb rendelkezések.....	25
BALESETI HALÁL	25
BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS	26
KÓRHÁZI NAPIDÍJ	27
MŰTÉTI TÉRÍTÉS ÉS ÁPOLÁSI HOZZÁJÁRULÁS.....	28
BALESETI EREDETŰ TÖRÉSRE VAGY EGYÉB SÚLYOS SÉRÜLÉSRE NYÚJTOTT AZONNALI SZOLGÁLTATÁS.....	30
MUNKAKÉPTELENSÉG ESETÉRE SZÓLÓ DÍJMENTESÍTÉS	31
D-E ROKKANTSÁGI KATEGÓRIA.....	32
C2 ROKKANTSÁGI KATEGÓRIA	32

SIGNAL VÉDŐSZÁRNY ÉLETBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK

TISZTELT ÜGYFELÜNK!

Jelen SIGNAL VÉDŐSZÁRNY Életbiztosítás általános szerződési feltételei a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. tv. (Ptk.) és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) szabályai alapján jöttek létre. *Jelen feltételek szerint létrejövő biztosítási szerződésre a magyar jog irányadó.*

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. sz. melléklete A) részének megfelelő ügyfélértékelésnek is minősülnek. *Az ügyfélértékelésnek minősülő részek a szövegben dőlt betűvel olvashatóak.*

A biztosító mentesülésének szabályai, a biztosító szolgáltatása korlátozásának a feltételei, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó egyéb rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlatól lényegesen eltérő feltételek dőlt és vastagított betűvel szedettek.

Társaságunk cégneve: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Tulajdonosa: SIGNAL IDUNA Holding (Németország)

Adószám: 10828704-2-44

KSH-száma: 10828704-6511-114-01

Bejegyezve a Fővárosi Bíróságon, mint Cégbíróságon a Cg.01-10-042159 szám alatt.

Adatkezelési nyilvántartási szám: NAIH-87194/2015

Központi ügyfélszolgálat: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Telefon: (361) 458 4200;

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

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

Felhívjuk figyelmét, hogy a Ptk. 6:7§ (4) bekezdése alapján az írásra, illetve olvasásra való képesség hiánya esetén (látássérült állapot okán) a szerződés érvényességéhez további követelmények teljesülése szükséges.

Ügyfeleinknek lehetősége van a biztosító felé (írásban vagy telefonon keresztül) jelezni az esetleges, a fogyatékkal összefüggő speciális igényeit. Kérjük, jelezze ennek fennálltát a biztosítónak vagy biztosításközvetítőjének.

A bejelentéshez használható formanyomtatvány a www.signal.hu oldalon található.

Amennyiben ezt nem kívánja jelezni, úgy speciális igényeit nem áll módunkban figyelembe venni.

A szerződési feltételek a 2018. február 23-a után létrejövő SIGNAL VÉDŐSZÁRNY Életbiztosítás szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a SIGNAL VÉDŐSZÁRNY Életbiztosítás 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.

FOGALMAK, MEGHATÁROZÁSOK:

Alapbiztosítás: olyan biztosítási fedezet, mely alapján önállóan, más biztosítási fedezetek megkötése nélkül is létrejöhethet a biztosítási szerződés.

Belépési kor: a biztosított személy életkora a biztosítás technikai kezdetének időpontjában. A belépési kor úgy kerül meghatározásra, hogy a szerződés technikai kezdetének évszámából levonásra kerül a biztosított születési évszáma.

Biztosítási díj: a biztosító szolgáltatásának ellenértéke; összegét és esedékességét a szerződés rögzíti.

Biztosítási esemény: amikor az alapbiztosításban, illetve a kiegészítő biztosításokban meghatározott esemény(ek) alapján a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.

Biztosítási év: az az időszak, mely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számított egy évig tart.

Biztosítási évforduló: minden naptári évben a biztosítás technikai kezdetének megfelelő naptári nap.

Biztosítási fedezet: a biztosító által vállalt biztosítási kockázat, melynek ellenértékéeként a szerződő a biztosító által meghatározott díjat tartozik fizetni. A szerződő döntésének megfelelően, egy biztosítási szerződésen belül a biztosítottra alapbiztosítási fedezet, továbbá kiegészítő biztosítási fedezet(ek) köthető(ek), azonban egy biztosítási szerződés csak egy alapbiztosítást tartalmazhat.

Biztosítási tartam: a szerződés technikai kezdetétől számított teljes biztosítási évek száma.

Biztosítás technikai kezdete: a biztosítási ajánlaton és a kötvényen szereplő, a biztosítás kezdetét megadó időpont, az ajánlat aláírását követő hónap elseje.

Biztosított életkora: a biztosított életkora a szerződés technikai kezdetét követően minden biztosítási évfordulón egy évvel növekszik.

Díjfizetés: a biztosítási díj szerződésben vállalt megfizetése. A díj a biztosítási időszak egészére, egy összegben és előre esedékes, de lehetséges havi, negyedéves, féléves részletekben is fizetni. A díjfizetés elmulasztása a szerződés megszűnését eredményezi.

Díjfizetési tartam: megegyezik a biztosítási szerződés tartamával.

Fogyasztó: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

Kiegészítő biztosítási fedezet: az alapbiztosításon túl, a szerződő döntésétől függően választhatók további biztosítási fedezetek. A kiegészítő biztosítások önállóan nem, csak alapbiztosítás mellé köthetőek.

Kockázati életbiztosítás: ha a biztosított a kockázatviselési időszakon belül meghal, akkor a biztosító a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítás általános szerződési feltételeiben



rögzített szolgáltatást nyújtja a kedvezményezettnek. A kockázati életbiztosításnak nincs lejáratú szolgáltatása és visszavásárlási értéke.

Kockázatviselési időszak: az az időszak, mely egy adott életbiztosítási fedezet kockázatviselésének hatálybalépésével kezdődik és ugyanazon életbiztosítási fedezet megszűnéséig tart.

Kockázatviselés kezdete: az az időpont, melyet követően bekövetkező biztosítási esemény(ek) esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.

Lényeges körülmények: minden olyan körülmény, amely a biztosító által vállalt kockázatra kihatással van, különösen azok a körülmények, melyek az ajánlati dokumentációban és az egészségi nyilatkozatban szerepelnek, és amelyekre a biztosító írásban kérdést tett fel.

Mellékletek: az alpbiztosítások szerződési feltételeinek Mellékletei.

1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI, A BIZTOSÍTÁSI TARTAM

Szerződő a biztosítóval szerződést kötő fél, aki a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal és a szerződéssel kapcsolatosan a jognyilatkozatok megtételére jogosult. A szerződő magyarországi állandó lakcímmel vagy állandó tartózkodási címmel és magyar adóazonosító jellel rendelkező, természetes személy illetve magyarországi adóilletőséggel és székhellyel bíró jogi személy és jogi személyiséggel nem rendelkező jogalany egyaránt lehet.

Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

Biztosítási szerződést az köthet, aki valamely vagyoni vagy személyhez fűződő jogviszony alapján a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt, vagy aki a szerződést az érdekelt személy javára köti meg.

Biztosított: az a magyarországi állandó vagy állandó tartózkodási címmel és magyar adóazonosító jellel rendelkező természetes személy, akinek az életére vagy az életével kapcsolatosan, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási események kockázatviselési időszakon belüli bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll. A biztosítás lejáratakor a biztosított életkora nem haladhatja meg a 75 évet.

Biztosított lehet az a természetes személy, aki az ajánlat aláírásának időpontjában nem részesül rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásban/járadékban és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.

Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.

Ha a biztosított és a szerződő személye eltér, úgy az életbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe szerződként belép.

A biztosított a szerződésbe szerződként bármikor beléphet. Ha a biztosított belép a szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A belépésről a biztosított írásban értesíteni kell.

Nem lehet biztosított az a személy, aki:

- idült szív- és keringési rendszeri betegségekben szenved,
- vérzékeny,
- dialízis kezelésben részesül,
- Alzheimer kórban szenved,
- vasculáris demenciában szenved,
- Parkinson kórban szenved,
- Sclerosis Multiplex betegségben szenved,
- diagnosztikai vizsgálattal alátámasztottan demielinizációs tünetekkel rendelkezik,
- Myastenia gravis megbetegedésben szenved,
- skizofrén,
- mániás depressziós/bipoláris affektív zavarban szenved,
- sokizületi gyulladásban szenved,
- epilepsziás megbetegedésben szenved,
- vak,
- rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenved/szenvedett,
- krónikus és/vagy alkoholos májbetegségben szenved,
- a biztosítás megkötését megelőző egy évben háziorvos által igazoltan 30 napot meghaladóan keresőképtelen állományban volt.
- a magyar társadalombiztosítási szerv határozata alapján bármilyen fokú maradandó egészségkárosodással bír,
- inzulinnal kezelt cukorbeteg
- HIV fertőzött,
- csontritkulásban szenved (mínusz 2,5 vagy az alatti T-score érték esetén),
- egyensúlyi zavarban szenved.

A kedvezményezett a biztosító szolgáltatására jogosult személy, aki lehet

- a szerződésben megnevezett személy, vagy
- ilyen személy hiányában, vagy ha a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes, a biztosítási esemény időpontjában a biztosított vagy örököse/í.

A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával a biztosítási esemény bekövetkeztéig bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. A biztosított hozzájárulása nélkül történt kedvezményezett jelölés, illetve módosítás érvénytelen, ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosított, illetve annak örököse tekintendő.

Azonos biztosítási szolgáltatásra több kedvezményezett is jelölhető a kedvezményezettekre jutó százalékos mérték egy-

idejű megjelölésével. Amennyiben a százalékos mértékek együttes összege nem pontosan 100 százalék, akkor a biztosító a kedvezményezettek között a kedvezményezés arányában osztja szét a teljes biztosítási összeget.

Ha a szerződő fél a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást teljesítették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.

A kedvezményezett jelölés hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik. Ilyen esetben a biztosított vagy a biztosított örököse a kedvezményezett, ha új kedvezményezettet nem neveznek meg.

Abban az esetben, ha a szolgáltatás kedvezményezettje(i) a biztosított örököse(i), akkor a biztosító a szolgáltatási összeget a hagyatéki végzésben feltüntetett örökösödési arányban fizeti ki az örökös(ök)nek.

A kiegészítő biztosítások kedvezményezettje – a haláleseti kockázatokra szóló kiegészítő biztosítások kivételével – megegyezik a kiegészítő biztosítás biztosítottjával.

A biztosítási szerződés határozott tartamra jön létre. A szerződés tartamát szerződéskötéskor a szerződő fél határozza meg a jelen szerződési feltétel Mellékletében meghatározott minimális tartam figyelembevételével.

2. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Biztosítási esemény, ha a biztosított a biztosítás kockázatviselési időszakán belül elhalálozik. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az elhalálozás időpontja.

3. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, NYERESÉGRÉSZESEDÉS

3.1. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget szolgáltatja és ezzel a biztosítás megszűnik.

Ha a biztosított a szerződés lejáratakor életben van, a biztosítás kifizetés nélkül szűnik meg.

3.2. NYERESÉGRÉSZESEDÉS

A kockázati életbiztosítások, mint alapbiztosítások, valamint a baleset-, és egészség kiegészítő biztosítások esetében nyereségrészesedés nincs.

4. SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, KOCKÁZAT-ELBÍRÁLÁS, A SZERZŐDÉS HATÁLYA, KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE, VÁRAKOZÁSI IDŐ, FELMONDÁS

4.1. SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

A biztosítási szerződés létrejön, ha a biztosító a szerződő (és a biztosított) írásbeli ajánlata alapján biztosítási kötvényt állít ki.

A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot 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 kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

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 napra írásban felmondhatja.

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.

Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 napig van kötve.

A biztosító jogosult az ajánlattételkor a biztosítás első díjának megfelelő díjelőleget beszedni, melyet kamatmentes előlegként kezel. Ha a szerződés létrejön, a biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. Amennyiben a szerződés nem jön létre, a biztosító az előleget a szerződőnek visszafizeti.

4.2. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS

A szerződés megkötéséhez kockázatelbírálás, azaz a biztosított egészségi állapotának vizsgálata szükséges, mely egészségi nyilatkozattal, illetve a biztosító által meghatározott kockázati szint felett orvosi vizsgálattal történik.

A biztosítottnak az egészségi nyilatkozatot (mint a szerződéskötés szempontjából lényeges körülményekről) a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A biztosító által feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a biztosított a közlési kötelezettségének eleget tesz.

A biztosító az ajánlat elfogadása előtt az egészségi nyilatkozat alapján is kérheti a biztosított orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait. A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.

A kockázatelbírálás eredményétől függően a biztosító az ajánlatot elfogadja, elutasítja vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles megindokolni. Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát – annak közlésétől számított 15 napon belül – írásban nem utasítja vissza, a biztosítási szerződés a biztosító módosító javaslata alapján jön létre.

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

4.3. A SZERZŐDÉS HATÁLYA, KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE, VÁRAKOZÁSI IDŐ

A biztosító kockázatviselése a technikai kezdet napjának 0 órájában kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön és az első gyakoriság szerinti díj esedékességre került.

A biztosítási díj akkor tekinthető megfizetettnek, amikor az a biztosító erre rendszeresített számlájára a megfelelő azonosítási adatokkal, kötvényszámmal beérkezett.

A biztosítási szerződés hatálybalépésének időpontja megegyezik a biztosító kockázatviselése kezdetének időpontjával.

A biztosító az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítási fedezetek vonatkozásában várakozási időt nem alkalmaz.

4.4. FELMONDÁS

4.4.1. 30 napos felmondás

Az életbiztosítási szerződés megkötését követően a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül a szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, köteles egyértelműen tájékoztatni a biztosítási szerződés létrejöttéről.

Az életbiztosítási szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a szerződést írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról. A szerződőt a felmondási jog nem illeti meg hitelfedezeti életbiztosítások esetén, illetve amennyiben a megkötött életbiztosítási szerződés tartama a 6 hónapot nem haladja meg.

A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 15 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban, bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni az alábbiak szerint.

A biztosító a szerződő által befizetett első díjból – a szerződés 30 napon belüli felmondása esetén – a kockázatelbírálás, a kötvényesítés, a nyomtatványok költségét és az adminisztrációs költségeket vonja le. A biztosító a fenti, a szerződéssel kapcsolatban felmerült költségek fedezetére a befizetett díjat, de maximum a jelen szerződési feltételek Mellékletében meghatározott összeget tartja vissza.

Abban az esetben, ha a szerződés orvosi vizsgálatra jött létre, mely orvosi vizsgálat költségét a biztosító fedezte, és a szerződő él a 30 napos felmondás lehetőségével, akkor a szerződő köteles az orvosi vizsgálati díjat a biztosítónak visszafizetni. Ebben az esetben a biztosító által visszatartott összeg meghaladhatja a Mellékletben rögzített értéket.

4.4.2. Rendes felmondás

A szerződő – ha az első évi biztosítási díjat befizették – az életbiztosítási szerződést írásban, 30 napos felmondási idő mellett, a biztosítási évforduló napjára felmondhatja.

5. BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A biztosítás folyamatos díjfizetésű.

A kezdeti biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél határozza meg. A biztosítás díja a választott biztosítási összeg nagyságától, a biztosítás tartamától, a biztosított belépési korától, egyéni kockázatától (pl.: egészségi állapot) függ.

A folyamatos díj éves díj, mely fizethető féléves, negyedéves vagy havi részletekben. Havi díjfizetéstől eltérő díjfizetés esetén a biztosító a díjfizetés gyakoriságától függően engedményt adhat. A kiegészítő biztosítások díjait az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell megfizetni.

A biztosítás folyamatos díját a biztosítási tartam végéig, vagy annak a biztosítási évnek a végéig kell megfizetni, amelyben a biztosított halála bekövetkezett.

Az első gyakoriság szerinti díj a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a díjfizetési időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik.

Biztosítási díj átvételére csak kifejezett biztosítói meghatalmazással rendelkező biztosításközvetítő jogosult.

Ha a szerződő az első díjat a szerződés hatálybalépése előtt befizeti, ezt az összeget a hatálybalépés időpontjáig a biztosító kamatmentes előlegként kezeli. Amennyiben a szerződő fél által fizetett biztosítási díj nem éri el a biztosítási szerződésben meghatározott rendszeresen fizetendő biztosítási díj mértékét, úgy azt a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

Ha a biztosítási esemény bekövetkezik és a szerződés megszűnik, a biztosítót az egész biztosítási évre járó díj megilleti. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító addig a napig járó díj megfizetését kérheti, amikor a kockázatviselés véget ér.

A szerződő nem követelheti a befizetett díjak visszafizetését – kivéve a 30 napon belüli felmondás 4.4.1. pontjában foglaltakat – amennyiben a kockázatviselés már megkezdődött.

A szerződéskötéskor érvényes minimális biztosítási összegek, illetve díjak a szerződési feltételek Mellékleteiben találhatóak.

6. A BIZTOSÍTÁS INDEXÁLÁSA (ÉRTÉKKÖVETÉS)

A biztosítás szolgáltatásának értékmegőrzését a biztosítási díj és az ahhoz tartozó biztosítási összegek biztosítási évfordulón történő emelése biztosítja. Az emelést a biztosító a biztosított egészségi állapotának újabb vizsgálata nélkül hajtja végre.

A díjemelkedés mértékére (index) a biztosító tesz ajánlatot a szerződőnek, legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 45 nappal. A biztosító által meghirdetett index minden évben a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindexével egyenlő. Az ily módon meghatározott index hatálya jelen szerződési feltételek Mellékletében kerül meghatározásra és az adott szerződés évfordulóján lép érvénybe. A szerződés utolsó 3 évében a biztosító indexálást nem ajánl fel.

Az index igénybevétele esetén a biztosítási szolgáltatás növekedése és a szolgáltatásért fizetendő díj növekedésének mértéke, aránya eltér egymástól. A biztosítási összeg emelése a biztosítottnak az emelés időpontjában érvényes életkorától és a biztosítás hátralévő tartamától is függ.

A szerződőnek jogában áll az indexet írásban visszautasítani. Ha az index visszautasítás nem érkezik meg a biztosító központ-

jába a biztosítási évfordulót megelőző 15 nappal bezárólag, úgy a biztosító az adott szerződésre vonatkozóan a megnövelt díjat és az ahhoz tartozó biztosítási szolgáltatást tekinti érvényesnek. A biztosító által meghirdetett index alkalmazására nincs lehetőség olyan szerződés esetén, melyre vonatkozóan a szerződőnek díjfizetési kötelezettsége nem áll fenn.

Ha a KSH fogyasztói árindexe nem éri el az 5%-ot, a biztosító az indexálást szüneteltetheti.

A biztosító javaslatot tehet a fogyasztói árindexnél magasabb díjmelésre is. Amennyiben a szerződő igényt tart magasabb díjmelésre, úgy az erre vonatkozó írásbeli kérelemnek legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 15 nappal kell beérkeznie a biztosító központjába.

Amennyiben a szerződő az indexálást 2 egymást követő évben visszautasította, vagy a biztosító által felajánlottaknál nagyobb mértékben kívánja a szerződés díját és az ahhoz tartozó szolgáltatást növelni, úgy a biztosítónak jogában áll az indexálás előtt újabb kockázatbírálást végezni és a szerződő által benyújtott kérést annak alapján írásban elutasítani vagy elfogadni.

7. A SZERZŐDÉS MÓDOSÍTÁSA

7.1. A szerződés módosítására a 3. évfordulótól kezdődően a biztosítási évfordulókon van lehetőség a szerződő és a biztosított együttes írásbeli nyilatkozata alapján. A szerződésmódosításra vonatkozó kérelemnek legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 15 nappal kell beérkeznie a biztosító központjába ahhoz, hogy a biztosító a kért módosítást az évfordulón érvényesíteni tudja.

Szerződésmódosításnak minősül különösen:

- az alapbiztosítás biztosítási összegének növelése, csökkentése,
- a kiegészítő biztosítások felvétele és lemondása,
- a kiegészítő biztosítási fedezetek biztosítási összegének növelése, csökkentése.

Az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítás(ok) biztosítási összegének és a hozzá tartozó díjrész(ek) csökkentése az adott biztosítási fedezetre érvényes minimális biztosítási összegek és/vagy díjak figyelembevételével történhet.

7.2. Ha

- az alapbiztosítás vagy a kiegészítő biztosítás(ok) biztosítási összegének növekedése meghaladja az adott életkorhoz tartozó, a biztosító által meghatározott határt, vagy
- az ajánlat aláírását követően, az alapbiztosítás kockázatviselési időszaka alatt kiegészítő biztosítási fedezet felvételére kerül sor

a biztosító orvosi vizsgálatához/egészségi nyilatkozathoz kötheti a módosítást. A tartam alatti – nem indexálásból eredő – biztosítási összeg emelésre vonatkozó ajánlatról a biztosító a 4.2. pontnak megfelelően dönt.

8. VISSZAVÁSÁRLÁS, DÍJMENTES LESZÁLLÍTÁS, KÖTVÉNYKÖLCSÖN, HITELFEDEZET

Kockázati életbiztosítás, mint alapbiztosítás, valamint baleset-, és egészségbiztosítás kiegészítő biztosítási fedezetek esetében visszavásárlásra, díjmentes leszállításra, kötvénykölcson igénybevitelére nincs lehetőség.

8.1. HITELFEDEZET

A biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatási összeg erejéig hitelfedezetet nyújthat a biztosított elhalálása esetére. Ha a biztosítás szolgáltatási összege valamely hitelintézetnél hitelfedezetül szolgál, akkor a biztosító az adott hitelintézet kedvezményezett jogát a szerződésen feltünteti.

A hitel fedezetéül szolgáló életbiztosítás érvényességét és hatályát nem befolyásolja a hitelt nyújtó bank kockázatbírálása, azaz a banki hitelígénylés elutasítása esetén a hitel fedezetéül megkötött életbiztosítási szerződés a hitel elutasítása ellenére hatályban marad.

A hitelfedezetként szolgáló életbiztosítás biztosítottjának elhalálása esetén a biztosítási szolgáltatás csak az elsőszámú kedvezményezettként jelölt hitelintézet engedélyével kerülhet kifizetésre.

A hitelfedezet tartama alatt a kedvezményezett személyének megváltoztatásához, tartamváltáshoz, a szerződő módosításhoz, illetőleg a szolgáltatási összeg csökkenését eredményező szerződés módosításokhoz a hitelintézet hozzájárulása szükséges.

9. A BIZTOSÍTÁS DÍJFIZETÉSÉNEK ELMARADÁSA

Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harminc 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.

10. A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

10.1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE

A biztosító kockázatviselése és ezzel a biztosítási szerződés megszűnik

- a biztosított kockázatviselési időszakon belüli halálával, a halál bekövetkezésének időpontjával,
- a biztosítási tartam lejáratával, a lejárat napjának 0. órájával,
- a szerződő felmondásával (4.4. pont), a szerződés megszűnésének napjának 0. órájával,
- az 1. időszakra járó folyamatos díj meg nem fizetésével (9. pont) az esedékesség időpontjára visszamenőleg,
- további folyamatos díjak fizetésének elmaradása esetén (9. pont), a díjjal fedezett időszak utolsó napjának 0. órájával,
- a biztosított hozzájáruló nyilatkozatának visszavonásával, az írásbeli értesítés biztosítóhoz történő beérkezés napjának 0. órájával,
- ha az alapbiztosítás kockázatviselési időszaka alatt bekövetkező lényeges változás (11.1. pont) következtében a biztosítási kockázatot a biztosító a továbbiakban nem vállalja, és a változás bejelentés kézhezvételétől számított 30. nappal felmondja, illetőleg
- ha a biztosított valós életkora alapján a szerződés nem jöhetett volna létre, úgy a szerződéskötés időpontjára visszamenőleg (11.1. pont).
- az életbiztosítási szerződésnek a kockázat jelentős növekedésére tekintettel a biztosító részéről történő felmondásával.

10.2. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS(OK) MEGSZŰNÉSE

A kiegészítő biztosítás(ok) – amennyiben az alapbiztosításhoz megkötésre került(ek) – kockázatviselése megszűnik

- a biztosított halálával, a halál bekövetkezésének időpontjával,
- a kiegészítő biztosítás lejáratával, a lejárat napjának 0. órájával,
- az alapbiztosítás megszűnésének napjának 0. órájával,
- azon biztosítási év utolsó napjának 0 órájakor, mikor a biztosított betölti a Baleseti és egészségbiztosítási általános és kiegészítő feltételekben megadott lejáratú életkort,
- Baleseti és egészségbiztosítási általános és kiegészítő feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésével, a biztosítási esemény bekövetkezése napjának 0. órájával, ha a kiegészítő biztosítási fedezet szerződési feltételei szerinti biztosítási esemény a kiegészítő biztosítás megszűnését eredményezi,
- a kiegészítő biztosítások lemondására vonatkozó szerződői nyilatkozat –biztosító központjába történő – beérkezését követő hónap 1. nap 0. órájával,
- ha a kiegészítő biztosítás kockázatviselési időszaka alatt bekövetkező lényeges változás (11.1. pont) következtében a biztosítási kockázatot a biztosító a továbbiakban nem vállalja, és a változás bejelentés kézhezvételétől számított 30. napra felmondja, illetőleg
- ha a biztosított valós életkora alapján a kiegészítő biztosítási fedezet nem jöhetett volna létre, úgy a kiegészítő biztosítás felvételének időpontjára visszamenőleg (11.1. pont).

11. A SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

11.1. KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

11.1.1. 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 kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. 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.

11.1.2. Ha a szerződéskötéskor már fennállott lényeges körülményekről a biztosító csak később szerez tudomást, az ebből eredő jogokat a szerződés létrejöttétől számított 5 évig gyakorolhatja.

A szerződésbe később felvett új kockázat(ok) esetén pedig a szerződésmódosítástól számított 5 évig.

11.1.3. A közlési vagy változásbejelentési 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 bekövetkezétre,
- a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 biztosítási év már eltelt, figyelembe véve a 11.1.2. pontban leírtakat.

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.

11.1.4. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot nem vállalja – a szerződést 30 napra 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 megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta. Fogyasztóval kötött szerződés esetén, 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.

11.1.5. A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a szerződés tartam alatt beállt lényeges körülmények változását a változás bekövetkezésétől számított 5 munkanapon belül, az elérhetőségekben, a személyi adatokban. A jognyilatkozatokat és a bejelentéseket a biztosító csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azt írásban juttatták el a biztosítóhoz az alábbi módok egyikén:

e-mail: info@signal.hu,

telefon: 06 1 458 4200,

fax: 06 1 458 4260,

postacím: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1519 Budapest, Pf. 260.

11.1.6. Amennyiben a szerződő és a biztosított a változás bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok irányadóak. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló 5 éves időszak a változás bejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

11.1.7. Amennyiben a biztosító az életkor helytelen bevallása miatt a szerződésben a tényleges fedezetre alacsonyabb díjat számított, de a szerződés a valós életkorral az egyes biztosítási fedezet kiegészítő szerződési feltétele szerint létrejöhetett volna, úgy a szolgáltatás arra a szintre kerül leszállításra, amely a szerződés megkötésének időpontjában a biztosított tényleges életkora mellett megfelelt volna.

11.1.8. Ha a szerződés a valós korral létrejöhetett volna és a helytelen korbevallás eredményeképpen a díj magasabb szinten került megállapításra, úgy a biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti.

11.1.9. Ha a biztosított valós életkora alapján a biztosítási szerződés nem jöhetett volna létre, a szerződés érvénytelen, a biztosító a biztosítási fedezetre befizetett díjakat a 4.4.1. pont szerint visszatéríti a szerződőnek.

11.2. TITOKTARTÁSI KÖTELEZETTSÉG, TITOKVÉDELEMMEL KAPCSOLATOS ELŐÍRÁSOK

Jelen Titoktartási kötelezettség tájékoztató a jelen általános szerződési feltételek kiadáskor hatályos Bit-nek megfelelően került beillesztésre. A www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor aktuális Bit-nek megfelelő Titoktartási tájékoztató.

11.2.1. A Biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések

I. (1) A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

I (2) Az (1). pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

I (3) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a Bit. másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

II. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a I (1). pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

III. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.
- a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

IV. (1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyésséggel,
- büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csőd eljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a ter-

mészetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal,

- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- IV (2) pontban foglalt esetekben az adóhatósággal,
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
- az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
- a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,
- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgáló feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- 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,
- a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósággal,
- a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,

- t. a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrár-kár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal szemben, ha az a)-j), n), s), t) és u) 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 p)-s) 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.

IV (2) A IV. (1) bekezdés e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

IV. (2a) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.

IV. (3) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

IV. (3a) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

IV. (4) A biztosító vagy a viszontbiztosító a IV (1). valamint a IV.(6) pontokban, a II. pontban, a VI. és a VII pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

IV (5). A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a IV (1). pontban meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

IV (6). A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles

haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a. a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b. a büntető törvénykönyvről szóló 2012 évi C törvény (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.

IV (7). A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

IV (8) Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

IV (9). Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a hitelintézetekről és pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. tv. (Hpt.) 164/B. § szerinti adattovábbítás.

V. 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,
- 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.

VI. (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

- a. ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: 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 (a továbbiakban: Infotv.) 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

VI (2). A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

VII (1). Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a. az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti 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 pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

VII (2). A VII (1). pontban meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

VIII (1). Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a II. pont alá eső adatok vagy az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.

VIII (2). A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a IV (1). pont b), f) és j) pontjai, illetve a IV (6). pont alapján végzett adattovábbításokról.

VIII (3). A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

IX (1). A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

IX (2). A biztosító és a viszontbiztosító 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.

IX (3). A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

IX (4). Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

11.2.2. A biztosító és a viszontbiztosító üzleti titka

X. A biztosító, a viszontbiztosító, valamint ezek tulajdonosa, a biztosítóban, a viszontbiztosítóban részesedést szerezni kívánó személy, a vezető állású személy, egyéb vezető, valamint a biztosító és a viszontbiztosító alkalmazottja, megbízottja köteles a biztosító és a viszontbiztosító működésével kapcsolat-

ban tudomására jutott üzleti titkot – időbeli korlátozás nélkül – megőrizni.

XI. (1) A X. pontban előírt titoktartási kötelezettség nem áll fenn a feladatkörében eljáró

- a) Felügyelettel,
- b) nemzetbiztonsági szolgálattal,
- c) Állami Számvevőszékkel,
- d) Gazdasági Versenyhivatallal,
- e) a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző Kormány által kijelölt belső ellenőrzési szervvel,
- f) vagyonellenőrrel,
- g) Információs Központtal,
- h) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében – az agrárkár-megállapító szervvel, agrárkár-enyhítési szervvel, mezőgazdasági igazgatási szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel szemben.

XI (2) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez.

XI (3) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Felügyelet által az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatóinyugdíj-hatóság (a továbbiakban: EBFH) felé történő adatszolgáltatás, az európai felügyeleti hatóság (az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatóinyugdíj-hatóság) létrehozásáról, valamint a 716/2009/EK határozat módosításáról és a 2009/79/EK bizottsági határozat hatályon kívül helyezéséről szóló 2010. november 24-i 1094/2010/EU európai parlamenti és tanácsi rendeletnek (a továbbiakban: 1094/2010/EU rendelet) megfelelően.

XI (4) A X pontban előírt titoktartási kötelezettség nem áll fenn a)

- a) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- b) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, valamint az önkormányzati adósságrendezési eljárás keretében a bírósággal szemben.

XI (5) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Felügyelet által a biztosítókról és a viszontbiztosítókról egyedi azonosításra alkalmas adatok szolgáltatása a jogalkotás megalapozása és hatásvizsgálatok elvégzése céljából a pénz-, tőke- és biztosítási piac szabályozásáért felelős miniszter részére.

XI (6) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a feladatkörében eljáró Információs Központ által végzett adattovábbítás.

XII (1) Aki üzleti titok birtokába jut, köteles azt időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

XII (2) A titoktartási kötelezettség alapján az üzleti titok körébe tartozó tény, tájékoztatás vagy adat az e törvényben meghatározott körön kívül a biztosító és a viszontbiztosító, továbbá az ügyfél felhatalmazása nélkül nem adható ki harmadik személynek és feladatkörön kívül nem használható fel.

XII (3) Aki üzleti titok birtokába jut, nem használhatja fel arra, hogy annak révén saját maga vagy más személy részére köz-



vetlen vagy közvetett módon előnyt szerezzen, továbbá, hogy a biztosítónak, a viszontbiztosítónak vagy ügyfeleinek hátrányt okozzon.

11.2.3. A biztosítási titokra és az üzleti titkokra vonatkozó közös szabályok

XIII (1) Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.

XIII (2) Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó – az Infotv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

XIII (3) Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben (Ptk.) foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

XIV (1) A Hpt. 164/B. §-a alapján átvett adatokat a biztosító tevékenységi köre ellátásával összefüggésben a szolgáltatásai nyújtásához szükséges mértékben megismerheti, és az ügyfélkapcsolat létrehozásának és fennállásának időtartamában kezelheti, ha az ügyfél az adattovábbítást a XIV (2) bekezdés szerint nem korlátozta vagy tiltotta meg.

XIV (2) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító ügyfele kifejezett nyilatkozatával jogosult korlátozni vagy megtiltani a Hpt. 164/B. § (2) bekezdése szerinti adattovábbítást.

XIV (3) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító az ügyféllel kötendő szerződést megelőzően köteles az ügyfél részére a Hpt. 164/B. §-ában foglalt kölcsönös adatátadás lehetőségéről igazolható módon tájékoztatást adni. Az írásbeli tájékoztatásban egyértelműen fel kell hívni az ügyfél figyelmét arra, hogy a személyes adatai e §-ban foglalt kezelési lehetőségét bármikor korlátozhatja vagy megtilthatja.

11.2.4. A FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségek XV (1). A FATCA-törvény szerinti, a Bit. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (a továbbiakban ezen fejezet tekintetében: intézmény) az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla (a továbbiakban: pénzügyi számla) vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (a továbbiakban együtt: számlatulajdonos) FATCA-törvényben foglalt Megállapodás I. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban: illetőségvizsgálat).

XV (2). Az intézmény a számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg írásban tájékoztatja

- az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
- az Aktv. 43/B-43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,
- a FATCA-törvény szerinti jelentéstételi kötelezettségéről.

XV (3). Az Aktv. 43/B-43/C. §-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről az intézmény a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban tájékoztatja.

11.2.5. A Pénzügyi Számlákkal kapcsolatos adatszolgáltatás és átvilágítás alapján fennálló kötelezettségek

XVI (1). Az Aktv. szerinti, a Bit. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (ezen fejezet alkalmazásában a továbbiakban: intézmény) az általa kezelt, az Aktv. 1. melléklet VIII/C. pontja szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban együtt: Számlatulajdonos) illetőségének az Aktv. 1. melléklet II-VII. pontja szerinti megállapítására irányuló vizsgálatot (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: illetőségvizsgálat).

XVI (2). Az intézmény a Számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg az ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben kifüggesztett hirdetmény útján vagy – ha az lehetséges – elektronikus úton tájékoztatja

- az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
- az Aktv. 43/H. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről.

XIV (3). Az Aktv. 43/H. §-a szerinti adatszolgáltatásról az intézmény a Számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban – ha az lehetséges elektronikus úton – tájékoztatja.

11.2.6. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

XVII (1). A biztosító (e fejezet alkalmazásában: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (e fejezet alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a I (1). pontban meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a XVII (3).- (6) pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

XVII (2). A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.

XVII (3). A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
- a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- az a. pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e pontban meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és

e. a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

XVII (4). A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 3-9. és 14-18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
- a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
- a b. pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

XVII (5). A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 10-13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
- a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a XVII (4). pont b-e. pontjában meghatározott adatokat;
- a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételi, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat;
- a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

XVII (6). A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű járműazonosító adatai (rendszáma, alvázszáma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:

- az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is,
- az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.

XVII (7). A XVII (1) pontban meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az XVII (1). pontban meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

XVII (8). A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

XVII (9). Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés XVII (8). pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

XVII (10). Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

XVII (11). A megkereső biztosító a XVII (1). pontban meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.

XVII (12). Ha az ügyfél az Infotv.-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – a XVII (8)-XVII (10). pontokban meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

XVII (13). A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a XVII (1). pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

XVII (14). A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

XVIII (1) A biztosítók – az 1. melléklet A) rész 3-6. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésekkel kapcsolatban – a biztosítási szerződés vonatkozásában – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) hozhatnak létre, amely tartalmazza

- a szerződő személy azonosító adatait;
- a biztosított vagyontárgy azonosító adatait;
- az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt vagy vagyontárgyat érintő korábbi biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat; és
- a biztosító megnevezését és a biztosítást igazoló okirat számát.

XVIII (2) A biztosító az XVIII (1) bekezdésben meghatározott adatokat az adat keletkezését követő harminc napon belül továbbítja az Adatbázisba.



XVIII (3) A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a visszaélések megakadályozása céljából az Adatbázisból adatot igényelhet.

XVIII (4) Az Adatbázis kezelője a jogszabályoknak megfelelő igénylés szerinti adatokat nyolc napon belül köteles átadni az igénylő biztosítónak.

XVIII (5) Nem áll fenn a biztosító titoktartási kötelezettsége az Adatbázis irányában, az Adatbázisba való adatátadás vonatkozásában, továbbá az Adatbázis kezelőjét terhelő biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettsége a biztosító vonatkozásában, amely a jogszabálynak megfelelő igényléssel fordul hozzá.

XVIII (6) Az Adatbázis kezelőjének az Adatbázisban kezelt adatokra vonatkozó titoktartási kötelezettségére, továbbá a kezelt adatokra vonatkozó igénylések teljesítésére nézve a biztosítási titokra vonatkozó szabályok megfelelően alkalmazandók.

XVIII (7) Az Adatbázis kezelője – amennyiben a megkeresés érdemi megválaszolása a kért adatok hiányában nem lehetséges – a hozzá intézett, a IV (1) bekezdés b), f), q) és r) pontjában, illetve a XVIII (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási ágazatok művelésére tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosítók számára. Az Adatbázis kezelője az igénylés továbbításáról az igénylőt egyidejűleg köteles tájékoztatni.

XVIII (8) Az igénylő biztosító az igénylés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a XVIII (3) bekezdésben meghatározottól eltérő célből nem kapcsolhatja össze.

XVIII (9) Az Adatbázisban továbbított adatok helyességéért és pontosságáért az azt továbbító biztosító felelős.

XVIII (10) A XVIII (1) bekezdésben meghatározott adatok a XVIII (11) bekezdésben meghatározott kivétellel a nyilvántartásba vételt követő öt évig kezelhetők.

XVIII (11) Biztosítási szerződés létrejötte esetén a XVIII (1) bekezdésben meghatározott adatok a szerződés fennállása alatt, a szerződésből származó igények elévüléséig kezelhetők az XVIII (1) bekezdésben meghatározott nyilvántartásban. A szerződés megszűnésének és a szerződésből származó igények elévülésének tényéről a biztosító tájékoztatja az Adatbázis kezelőjét.

XVIII (12) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

XVIII (13) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés XVIII (12) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

XVIII (14) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését

követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

XVIII (15) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot csak az XVIII (1) bekezdésben meghatározott célből kezelheti.

XVIII (16) Az igénylő biztosító a XVIII (3) bekezdésben meghatározott igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az Infotv.-ben szabályozott módon tájékoztatja.

XIX (1) A XVII (1) bekezdésében meghatározott Adatbázist a biztosítók abban az esetben hozhatják létre, ha a XVIII (1) bekezdésében meghatározott biztosítási ágazatokat művelő biztosítók megállapodást megelőző piaci részesedés szerint számított kétharmada megállapodik az adatbázis létrehozásáról, a működésében történő részvétel feltételeiről és az Adatbázis fenntartásával kapcsolatos költségek fedezetéről.

XIX (2) Az adatbázis létrehozásának további feltétele, hogy az Adatbázisba adatot szolgáltató biztosítók az Adatbázisba továbbított adatok továbbításának és lekérdezésének lehetőségét az érintett szerződések feltételeiben meghatározzák.

11.3. A SZEMÉLYES ADATKEZELÉSRE VONATKOZÓ TUDNIVALÓK

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 összefüggésben 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. (Infotv.) 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.

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 hoz-

zájárulás alapján továbbíthatja harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adat-szolgáltatás teljesítése során történik.

A Bit. által meghatározott szervezetek felsorolását a jelen szerződési feltételek 11.2.6. 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:

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.

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.

Törlés

A személyes adatot törölni kell, ha

- kezelése jogellenes,
- az érintett ezt kéri meg 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.

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 kell 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.

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 közzétele előtt az adat közlője köteles meggyőződni arról, hogy a közölt adatok alapján nem lehetséges természetes személyek azonosítása.

11.4. 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 kifizetése 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 kifizetéséhez szükséges egyéb személyes vagy különleges adatok beszerzése érdekében személyesen köteles eljárni.

11.5. SZERZŐDÉSRE JELLEMZŐ ÉRTÉKEK MÓDOSÍTÁSA

Az életbiztosítási szerződést érintő változásokról a biztosító az internetes honlapján ([www. signal.hu](http://www.signal.hu)) nyújt tájékoztatást.

12. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

12.1. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 5 munkanapon belül kell a biztosítónak bejelenteni. A bejelentési határidő elmulasztása esetén a biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási összeg kifizetését, illetve a biztosítási szolgáltatás teljesítését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetetlennek válnak.

12.2. A SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT SZEMÉLY

Az életbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összegre a ked-



vezményezett(ek) jogosult(ak). Érvényes kedvezményezett jelölés hiányában a biztosított örökösei.

12.3. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELEHEZ SZÜKSÉGES IRATOK

A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a szerződő, a biztosított, illetve a kedvezményezett a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jogalapjának és összegszerűségének megállapításához szükséges iratokat, információkat maradéktalanul a biztosító rendelkezésére bocsátotta, továbbá lehetővé teszi azoknak ellenőrzését.

Ha az iratokat hiányosan nyújtották be, akkor a biztosító az utolsó irat beérkezést követően 30 napon belül értesíti a kedvezményezettet a hiánypótlásról. A hiánypótlásra a kedvezményezettnek 30 nap áll rendelkezésre, ha a biztosító értesítő levelében ettől eltérően nem rendelkezik.

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának és összegszerűségének megállapításához a biztosító a következő iratokat kérheti be. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a jelen fejezetben felsorolt valamennyi dokumentum eredeti példányát is bekérje:

12.3.1. Valamennyi, a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok:

- a biztosító erre a célra szolgáló, hiánytalanul kitöltött és aláírt szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványának eredeti példánya,
- a biztosítási kötvény eredeti példánya, vagy ennek hiányában a szerződő/kedvezményezett arra vonatkozó írásos nyilatkozata, hogy a biztosítási kötvényt elvesztette,
- a biztosítási eseményt kiváltó, annak bekövetkezésében szerepet játszó eseményre vonatkozó, illetve az azzal kapcsolatos valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, gyógykezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatai,
- hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas, hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárást befejező/elutasító határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,
- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása,
- kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő, illetve gyámhatóság vonatkozó nyilatkozata,
- mindenkor hatályos jogszabályi rendelkezések által előírt esetekben az azonosítási adatlap, EU illetőségi nyilatkozat.

12.3.2. Halál, baleseti halál esetén szükséges dokumentumok:

- a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- boncolási jegyzőkönyv/kórbonctani lelet másolata (amennyiben készült és a kár elbírálásához szükséges),

- a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata,
- a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatait,
- halotti epikrizist tartalmazó kórházi zárójelentés,
- a halál előtti orvosi dokumentumok, ambuláns vagy fekvőbeteg kórházi kezelés esetén kórházi ambuláns kezelőlap és/vagy zárójelentés(ek) másolata,
- a háziorvos által kitöltött haláleset utáni orvosi jelentés nyomtatvány,
- házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi betegkarton másolata,
- véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült),
- toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (ha készült),
- baleseti jegyzőkönyv, vagy rendőrségi – munkahelyi baleset esetén munkahelyi – baleseti jegyzőkönyv másolata (amennyiben ilyen készült),

Továbbá közlekedési baleset esetén

- a közlekedési vállalat helyszínén felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolatát, (amennyiben ilyen készült),
- amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélyének és a jármű forgalmi engedélyének másolata,
- azon okiratok, amelyek a kedvezményezetti jogosultság (személyazonosítás, illetve kedvezményezetti vagy örökös státusz) igazolásához szükségesek,
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg vagy a kedvezményezett elhalálozott).

12.3.3. Egyes kiegészítő biztosítások esetén

12.3.3.1. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetén szükséges dokumentumok

- a baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció (lelet, vizsgálati eredmények), valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolása illetve az egészségkárosodás mértékének igazolása,
- a balesetet követő egy év után, a kezelő traumatológus vagy szakorvos által készített, a sérült testrésze vonatkozó, minden részletre kiterjedő státuszleírás,
- végállapotot leíró szakorvosi, kezelőorvosi dokumentáció másolata,
- az arra jogosult szerv által kiadott, a maradandó egészségkárosodásra vonatkozó orvosi határozat másolata (amennyiben ilyen készült).

12.3.3.2. Munkaképtelenség esetén

- a betegállományban töltött időszakra vonatkozó orvosi igazolást, a diagnózis kódjával ellátva, mely a keresőképtelenség megállapítására jogosult szerv által a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány (táppénzes állományra),
- a betegállomány időszakában készült valamennyi orvosi dokumentum (ambuláns lap, kórházi zárójelentés, kezelőlap) másolatát,
- veszélyeztetett terhesség miatt a terhes kiskönyv („A várandós anya gondozási könyve” azon oldalainak másola-

tát, mely tartalmazza a veszélyeztetett terhesség okát, a kismama személyére, a kiskönyv kiállítására és a szülés várható idejére vonatkozó igazoló adatokat,

- a szerződő nyilatkozatát a kárigényből adódó túlfizetés esetleges visszafizetésére vonatkozóan.

12.3.3.3. C2, D-E rokkantsági kategória esetén

- a munkaképesség-csökkenés megállapítására jogosult szerv, illetve az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság által kiadott és a hozzá benyújtott orvosi dokumentumok, határozatok, minősítések másolata.

12.3.3.4. Műtéti térítés és kórházi térítés esetén

- a kórházi tartózkodásról és az ellátásról szóló egészségügyi dokumentáció (vizsgálati eredmények, zárójelentés) fénymásolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával,
- a sérült testrészrel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatai (ha létezik ilyen),
- a WHO kódot tartalmazó műtéti leírás.

12.3.3.5. Csonttörés esetén

- a baleset után készült valamennyi orvosi lelet,
- röntgen lelet, vagy orvosi dokumentáció (zárójelentés), mely egyértelműen leírja a csonttörés tényét és az orvosi ellátás módját.

12.3.4. Baleset esetén benyújtandók továbbá

- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől/közlekedési balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum másolatát, beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát is,
- baleseti/közlekedési baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát (amennyiben ilyen készült),
- véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredményének másolatát, (amennyiben ilyen készült).

Továbbá közlekedési baleset esetén

- rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
- amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélyének és a jármű forgalmi engedélyének másolatát,
- a közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolatát, (amennyiben ilyen készült).

12.3.5. Egyéb benyújtandó dokumentumok

- orvosi ambuláns lap másolatát,
- orvosi igazolás, beutaló másolatát,
- altatási jegyzőkönyv másolatát,
- kórlapok másolatát,
- ápolási lap és dokumentáció másolatát,
- labor eredmények másolatát,
- képpalkotó műszeres vizsgálatok eredményeit,
- befizetési, átutalási bizonylat, az utolsó díjfizetést igazoló nyugta eredeti példányát,
- a biztosított személyi igazolványának vagy születési anyakönyvi kivonatának másolatát,

- a NEA, illetve egyéb hivatalos szerv felé történő adatkéréshez szükséges a biztosított, biztosított örököse vagy a kedvezményezett által aláírt felmentő nyilatkozat eredeti példányát,
- biztosított sporttagsági igazolványa, jogviszonyának igazolásra szolgáló dokumentumok másolatát,
- a kiegészítő biztosítási feltételekben részletezett további iratok.

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

12.3.6. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényt a biztosítóval szemben érvényesíti.

12.3.7. 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 beszerezze.

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

12.3.8. Az idegen nyelvű dokumentumokat magyar nyelven kell benyújtani, a magyar nyelvű hiteles fordítás költségei minden esetben az igény érvényesítőjét terhelik.

12.3.9. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy ismételten hiányosan nyújtották be, a biztosító a szolgáltatási igényt a hiánypótlási határidő lejártát követő 30 napon belül elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el vagy szükség esetén további adatokat kérhet.

12.4. A SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSE

A biztosító a szolgáltatásait költségmentesen banki átutalással teljesíti. A biztosításközvetítő az ügyfélnek járó összeg kifizetésében nem működhet közre. A szolgáltatások kifizetését a szolgáltatás jogosságának és összegszerűségének elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti a biztosító. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy ismételten hiányosan nyújtották be, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésére álló dokumentumok alapján bírálja el.

13. MENTESÜLÉSEK, KIZÁRÁSOK

13.1. MENTESÜLÉS

A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a kedvezményezett szándékos magatar-



tása következtében következett be. Ebben az esetben jelen életbiztosítási szerződés kifizetés nélkül megszűnik.

A szerződés szintén a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosítási esemény a biztosított

- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben, vagy
- a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halálozik el.

A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól ha:

- a biztosítási esemény valamely, a szerződéskötés előtt, a biztosítottnál fennálló, de a biztosító elől elhallgatott betegség, baleset illetve egészségi állapot meglétével ok-okozati összefüggésben következik be.
- a biztosítási eseményt szándékosan, vagy súlyosan gondatlan magatartással a
 - szerződő fél vagy a biztosított,
 - velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk,
 - üzletvezetésre jogosult tagjuk
 - alkalmazottjuk, tagjuk, vagy megbízottjuk okozta.

Súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény

- nem az orvos által javasolt, illetve nem az orvos által előírt adagolásban szedett gyógyszer, nyugtató, tudatmódosító szer hatására áll be,
- 0,8 ezreléket meghaladó véralkohol, vagy 0,5 mg/l légalkohol szintet elérő alkoholos befolyásoltság állapotával közvetlen összefüggésben valósul meg,
- a biztosított gépjármű jogosítvány nélküli vezetése következtében áll be,
- a biztosított munkavégzése során a munka- és tűzvédelmi szabályok be nem tartása miatt következett be.
- szakszerűtlen üzemeltetéssel összefüggésben áll be (Szakszerűtlen üzemeltetésnek minősül az is, ha a gépjárművel az azt ért mechanikai sérülés bekövetkezését követően úgy közlekednek tovább, hogy nem győződtek meg arról, hogy a sérülés következtében további károsodás veszélye nem áll fenn.),
- a KRESZ lényeges, alapvető szabályai, illetve a KRESZ szabályainak súlyos, ismétlődő vagy folyamatos figyelmen kívül hagyásának következtében állt be,
- a jármű a biztosítási esemény időpontjában súlyosan elhanyagolt műszaki állapotával összefüggésben következett be.

A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha jelen pontban rögzített személyek a kármegeelőzési vagy kárrenyhítési kötelezettségüket szegik meg súlyosan gondatlanul, vagy szándékosan.

13.2. KIZÁRÁSOK

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási

eseményekre, amennyiben arról a biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett.

A biztosító nem viseli a kockázatot, amennyiben a biztosított halála, balesete, betegsége gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi vagy légi járműben országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) során következett be.

A biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosított halála, balesete, betegsége nem szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott légi úton vagy korrepülésen való részvétel, hanem egyéb jellegű repülőtevékenység (pl. ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, egyéb sportrepülés, mezőgazdasági repülés, stb.) következménye.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény – függetlenül annak bekövetkezési helyétől – közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll

- harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel,
- felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal,
- radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosi elírt terápiás célú sugárkezelést, vagy
- HIV fertőzéssel.
- Jelen feltételek alkalmazásában harci cselekménynek minősül a háború, határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény.
- A biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá, ha a biztosítási esemény
- rendszeres alkoholfogyasztás (alkoholizmus) miatt történt,
- kábítószer, kábító vagy bódító hatású anyag, vagy gyógyszer szedése következtében történt,
- öngyilkossági kísérlet, alkoholizmus, alkoholos befolyásoltság, kábítószer vagy egyéb vegyi anyag kábító- vagy bódítószerként való alkalmazása miatt történt.

Jelen feltételek alkalmazása tekintetében alkoholizmusnak minősül a szesztartalmú italok rendszeres, tartós, fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus, pszichés, valamint egyéb kóros elváltozások együttese; amikor a testi-lelki megbetegedés kóros tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.

A biztosító kockázatviseléséből a bármely okból már károsodott – korábbi baleset vagy betegség miatt funkciójukban már korlátozott, sérült, vagy csonkolt – testrészek és szervek ki vannak zárva.

14. PANASZKEZELÉSEL KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

Jelen Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók a jelen általános szerződési feltételek kiadásakor hatályos Bit-nek, valamint a biztosító, a többes ügynökök és az alkuszok panaszkezelésének eljárásával, valamint a panaszkezelési szabályzatával kapcsolatos részletes szabályokról szóló 437/2016. (XII.16.)

Korm. rendelet ezen feltétel lezárásának napján hatályos szövege szerint megfelelően került beillesztésre. A www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor aktuális Bit-nek és megfelelő Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók.

14.1. A biztosító biztosítja, hogy az ügyfél a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölhesse.

Személyes panaszbejelentés

Félfogadási időben a központi ügyfélszolgálati irodában lehet személyesen panaszbejelentést tenni.

Ügyfélszolgálati Iroda: 1123 Budapest, Alkotás u. 50. B. épület földszint

Telefonos panaszbejelentés

Telefonon a külföldről is hívható +361 458 4200 számon tehet panaszbejelentést az ügyfél.

Postai úton történő panaszbejelentés

A panaszbejelentés postai úton az alábbi levelezési címre küldhető:

SIGNAL IDUNA 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 061 458 4260 faxszámra vagy – regisztrációt követően – Ügyfélportálon keresztül online módon is eljuttathatja a biztosító részére.

A SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. mindenkor aktuális elérhetőségei, a nyitvatartási idő megtekinthető a <http://www.signal.hu/hu/kapcsolat-cegadatok> elérési úton.

14.2. A biztosítóhoz intézett

- szóbeli panaszt személyesen ügyfélszolgálati irodánkban munkanapokon hétfőn 08:00-20:00, kedden 08:00-17:00, szerdától-péntekig: 08:00-16:00 nyitva tartási időben,
- telefonon közölt szóbeli panaszt munkanapokon hétfőn 08:00-20:00, kedden 08:00-17:00, szerdától-péntekig: 08:00-16:00 nyitva tartási időben,
- írásbeli panaszt elektronikus eléréssel – üzemzavar esetén megfelelő más elérhetőséget biztosítva – folyamatosan lehet megtenni.

14.3. A biztosító a szóbeli panasz ügyfelek részére nyitva álló helyiségben vagy annak hiányában székhelyén történő kezelése esetén köteles biztosítani, hogy az ügyfeleknek lehetőségük legyen elektronikusan és telefonon keresztül is a személyes ügyintézés időpontjának előzetes lefoglalására. A személyes ügyintézés időpontja igénylésének napjától számított öt munkanapon belül a biztosító köteles személyes ügyfélfogadási időpontot biztosítani az ügyfél számára.

14.4. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézését. A biztosító az ügyintézőjének – a biztosító felé indított hívás sikeres felépülésének időpontjától számított – öt percen belüli élőhangos bejelentkezése érdekében úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.

14.5. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a biztosító hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt öt évig megőrzi. Erről az ügyfelet a telefonos ügyintézés kezdetekor tájékoztatni kell. Az ügyfél kérésére biztosítani kell a hangfelvétel visszahallgatását, továbbá térítésmentesen – kérésének megfelelően – tizenöt napon belül rendelkezésére kell bocsátani a hangfelvételtől készített hitelesített jegyzőkönyvet vagy a hangfelvétel másolatát.

14.6. A biztosító a szóbeli panaszt – a 14.7. pontban meghatározott eltéréssel – azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha az ügyfél a panasz kezelésével nem ért egyet, a biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek – a 14.8. pontban foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

14.7. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek – a 14.8. pontban foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

14.8. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indoklással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek. A biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.

14.9. A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában írásban tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy az a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben (a továbbiakban: MNBtv.-ben) meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a pénzügyi közvetítő rendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, amennyiben a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül. A biztosítónak tájékoztatni kell e fogyasztót arról, hogy tett-e általános alávétési nyilatkozatot, meg kell adnia a Pénzügyi Békéltető Testület székhelyét, telefonos és internetes elérhetőségét, valamint a levelezési címét, továbbá a fogyasztó külön kérésére meg kell küldenie a Pénzügyi Békéltető Testület által készített és a biztosító rendelkezésére bocsátott kérelem nyomtatványt.

Fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezése esetén eljáró szerv:

Magyar Nemzeti Bank

1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Központi levélcím: H-1534 Budapest, Pf. 777.

Telefon: 06-80-203-776

Fax: +36 1 489 9102



E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu Internet: <http://www.mnbb.hu>
A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén eljáró szerv:

Pénzügyi Békéltető Testület

Székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank

1525 Budapest, BKKP Pf. 172.

A meghallgatások helyszíne: 1133 Budapest, Váci út 76.

(Capital Square irodaház)

Telefon: +36 80 203 776

Fax: +36 1 489 9102

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Internet: <http://www.mnbb.hu/bekeltetes>

14.10. A biztosító a panaszt és az arra adott választ öt évig őrzi meg, és azt a Felügyeletnek kérésére bemutatja.

14.11. A biztosító az ügyfelek panaszai hatékony, átlátható és gyors kezelésének eljárásáról, a panaszügyintézés módjáról, valamint a 14.12. pont szerinti nyilvántartás vezetésének szabályairól szabályzatot (a továbbiakban: panaszkezelési szabályzat) készít. A biztosító a panaszkezelési szabályzatban tájékoztatja az ügyfelet a panaszügyintézés helyéről, levelezési címéről, elektronikus levelezési címéről, telefonszámáról és telefaxszámáról.

14.12. A biztosító az ügyfelek panaszairól, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről nyilvántartást vezet.

14.13. A 14.12. pont szerinti nyilvántartásnak tartalmaznia kell a. a panasz leírását, a panasz tárgyát képező esemény vagy tény megjelölését,

b. a panasz benyújtásának időpontját,

c. a panasz rendezésére vagy megoldására szolgáló intézkedés leírását, elutasítás esetén annak indokát,

d. a c) pont szerinti intézkedés teljesítésének határidejét és a végrehajtásért felelős személy megnevezését, továbbá

e. a panasz megválaszolásának időpontját.

14.14. A biztosító a panaszkezelési szabályzatot az ügyfelek számára nyitva álló helyiségében, ennek hiányában a székhelyén kifüggeszti és a honlapján közzéteszi. A biztosító panaszkezelési szabályzata a www.signal.hu oldalon elérhető.

14.15. A biztosító a panasz kivizsgálásáért a fogyasztóval szemben külön díjat nem számíthat fel. A telefonon történő panaszkezelés emelt díjas szolgáltatással nem működtethető.

14.16. A biztosító köteles fogyasztóvédelmi ügyekben fogyasztóvédelmi ügyekért felelős kapcsolattartót kijelölni, és a Felügyeletnek tizenöt napon belül a felelős személyét, illetve annak változását írásban bejelenteni.

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

14.18. On-line szerződéskötés esetén a 2013. május 21-i 524/2013/EU rendelet alapján fogyasztói szerződés esetén online vitarendezési platformon keresztül online kezdeményezhető a pénzügyi jogvita bírósági eljárásen kívüli rendezése. A Rendelet szerint az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkező fogyasztók és az Európai Unióban letelepedett

szolgáltatók közötti, online szolgáltatási szerződésekből eredő kötelezettségekkel kapcsolatban felmerülő jogviták, így az online megkötött szerződésekkel összefüggő pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljárásen kívüli rendezésére irányuló kommunikációt ezen a platformon keresztül kell a fogyasztóknak biztosítani. A pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult. Az online vitarendezési platform honlapja: <http://ec.europa.eu/odr>, amely a www.signal.hu honlapról is elérhető.

A fenti tájékoztató a Bit. valamint a 437/2016. Kormányrendelet 2017. július 1-én hatályos szövege szerint készült és az általános szerződési feltételek részét képezi.

15. ELÉVÜLÉS

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

16. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

16.1. 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 irányadók. 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.

16.2. A biztosítási szerződés közvetítője lehet független vagy függő biztosításközvetítő.

16.2.1. Függő biztosításközvetítő az a biztosításközvetítő, aki biztosítóval fennálló jogviszony alapján

a) egy biztosító biztosítási termékeit vagy több biztosító egymással nem versengő biztosítási termékeit közvetíti (továbbiakban: ügynök);

b) egyidejűleg több biztosító egymással versengő biztosítási termékeit közvetíti (a továbbiakban: többes ügynök).

Független biztosításközvetítő az ügyfél megbízásából eljáró biztosításközvetítő (alkusz).

16.2.2. Az ügynök – és az általa közvetítésre igénybe vett, vele munkaviszonyban, megbízási, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló személy – közvetítői tevékenysége során okozott kárért a biztosító felelős, és a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni. Ha az ügynök több biztosító megbízása alapján végzi közvetítői tevékenységét, a közvetítői tevékenységével okozott kárért az a biztosító felelős és az a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni, amely termékének közvetítése során az ügynök a kárt okozta.

A többes ügynök – és az általa közvetítésre igénybe vett, vele munkaviszonyban, megbízási, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló személy – közvetítői tevékenysége során okozott kárért a biztosító felelős, és a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni. A közvetítői tevékenységével okozott kárért az a biztosító felelős és az a biztosító köteles a

felmerült sérelemdíjat megfizetni, amely termékének közvetítése során a többes ügynök a tevékenységével vagy mulasztásával a kárt okozta.

Ha vitás, vagy nem állapítható meg, hogy mely biztosító termékének a közvetítése során okozta a többes ügynök a kárt vagy a sérelemdíj iránti igényt, a többes ügynök köteles a kárt megtéríteni, illetve a felmerült sérelemdíjat megfizetni.

Az alkusz a tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályokat mindenkor megtartva köteles eljárni, az e kötelezettsége elmulasztásáért, így különösen a téves tanácsadásért, téves tájékoztatásért, a szabálytalan díjkezelésért, a nyilatkozatok hibás vagy késedelmes továbbításáért felelős.

16.2.3. Javadalmazás: A biztosításközvetítő a biztosítóval áll szerződéses jogviszonyban, tehát a biztosítási díj magába foglalja a javadalmazást.

16.2.4. Tanácsadás: Jelen biztosítási termék tanácsadás nélkül értékesíthető.

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

16.4. 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.

16.5. Jelen szerződés alapján járadék fizetésére nincs lehetőség.

16.6. A biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről, amely a www.signal.hu oldalon érhető el a közzétételt követően.

17. ÚJRA ÉRVÉNYBE HELYEZÉS (REAKTIVÁLÁS)

A szerződés nem reaktíválható.

A jelen Általános Szerződési Feltételek a szerkesztésének lezárásakor hatályos Bit. szövegének megfelelően készült (különös tekintettel a Titoktartási kötelezettség, Titokvédelemmel kapcsolatos előírásokra, valamint a Panaszkezelésre vonatkozó pontokra).

A jelen Általános és a Baleseti és egészségbiztosítási általános és kiegészítő feltételek szerkesztésének lezárási dátuma: Tekintettel arra, hogy a Bit. módosítására a biztosítási szerződés létrejöttéig is sor kerülhet, ezért a www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor hatályos Bit. szövege.



MELLÉKLET

A SZERZŐDÉSRE JELLEMZŐ ÉRTÉKEK

1. Jellemző értékek

Minimális éves díj:	15.000 Ft
Minimális díjfizetési gyakoriság szerinti díj:	5.000 Ft
Minimális alapbiztosítási összeg:	200.000 Ft
Maximális alapbiztosítási összeg:	20.000.000 Ft
Minimális tartam:	1 év

A szerződés 30 napon belül történő felmondása esetén (jelen szerződés 4.4.1. pont) a levonandó költség maximuma: 5.900 Ft

Technikai kamat:

A kockázati életbiztosítás technikai kamatának mértéke: 0%

A kiegészítő biztosítások technikai kamatának mértéke: 0%

Index hatálya: minden év május 1-től a következő év április 30-ig.

2. Kiegészítő biztosítások

Alapbiztosításhoz (T0601) köthető kiegészítő biztosítások:

- Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás
- Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítás
- Kórházi napidíjra szóló kiegészítő biztosítás
- Műtéti térítésre és ápolási hozzájárulásra szóló kiegészítő biztosítás
- Baleseti eredetű törésre vagy egyéb súlyos sérülésre azonnali szolgáltatást nyújtó kiegészítő biztosítás
- D-E rokkantsági kategóriára szóló kiegészítő biztosítás
- C2 rokkantsági kategóriára szóló kiegészítő biztosítás
- Munkaképtelenség esetére szóló díjmentesítés kiegészítő biztosítás

3. Az életbiztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások biztosítási összegeinek minimuma és maximuma, valamint maximális aránya az alapbiztosítás biztosítási összegéhez (BÖ) viszonyítva:

Név	Minimális biztosítási összeg	Maximális biztosítási összeg az alapbiztosítás biztosítási összegének arányában	Maximális biztosítási összeg
Baleseti halál	200 000 Ft	BÖ*3	20 000 000 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás	200 000 Ft	BÖ*4	20 000 000 Ft
Kórházi napidíj	500 Ft	BÖ*0,3%	8 000 Ft
Műtéti térítés	50 000 Ft	BÖ*10%	400 000 Ft
Baleseti törés, sérülés	500 Ft	BÖ*1%	40 000 Ft
D-E rokkantság	200 000 Ft	BÖ*2	8 000 000 Ft
C2 rokkantság	200 000 Ft	BÖ*1	4 000 000 Ft

Baleseti halál és a Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás kiegészítő biztosítások összege együtt nem haladhatja meg a 20.000.000-Ft-ot.

4. A biztosítási díj fogadására rendszeresített bankszámlaszám:

11500092-11041623-00000000

BALESETI- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS ÉS KIEGÉSZÍTŐ FELTÉTELEK

A jelen Baleset- és egészségbiztosítási általános feltételek a klasszikus életbiztosítási szerződésekhez köthető kiegészítő biztosítások feltételeire vonatkoznak. Az itt nem szabályozott kérdésekben a SIGNAL Védőszárny Életbiztosítás Általános Szerződési Feltételek az irányadók.

FOGALMAK MEGHATÁROZÁSA

Baleset: jelen biztosítási szerződés szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri hirtelen külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár. Jelen biztosítási szerződés feltételei szempontjából nem minősül balesetnek a betegségből eredő sérülés, a megemelés, a rándulás, habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi égés és a hóguta.

Gyógykezelés: olyan orvosi kezelés, mely az orvostudomány általánosan elismert állása szerint megfelelőnek tűnik az egészség újbóli helyreállítására, az egészségi állapot javítására, vagy a rosszabbodás megakadályozására.

Betegség: az orvostudomány általánosan elismert állása szerinti rendellenes testi, vagy szellemi állapot.

Kórház: Magyarországon kórháznak minősülnek a Szakminisztérium és az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) által engedélyezett és nyilvántartott kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak, valamint a fegyveres testületek kórházai.

Nem minősülnek kórháznak a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és a szanatóriumok, valamint az idült, gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők, utógondozó szanatóriumok, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, valamint a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, a társadalombiztosítás rehabilitációs központjai.

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás: ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi teljesítőképessége maradandóan károsodik.

1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

Biztosított lehet az a 15-57 év – baleseti halálra és baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítások esetében 15-65 év – belépési korú személy, aki a jelen kiegészítő biztosítás hatályba lépésének időpontjában a SIGNAL Védőszárny Életbiztosítás Általános Szerződési Feltételekben foglaltaknak és a biztosító Kockázatvállalási feltételeinek megfelel. A kiegészítő biztosítás lejáratakor a biztosított életkora nem haladhatja meg a 75 évet - baleseti halálra és baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítások esetében a 65 évet – (lejárató életkor).

2. BALESET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK

2.1. Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek az egyes kiegészítő biztosítási feltételekben részletesen meghatározott események.

2.2. Biztosítási eseménynek kizárólag a kockázatviselés időtartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, váratlan baleset vagy betegség, illetve azok következményei minősülnek.

2.2.1. Jelen feltétel szempontjából balesetbiztosítási eseménynek minősülnek az alábbi események is:

- vízbefúvás,
- égési sérülések, leforrázás, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai.

2.2.2. Egészségbiztosítási eseménynek számítanak a biztosított orvosiilag szükséges, hitelesen diagnosztizált és ténylegesen végrehajtott gyógykezelések, vizsgálatok, beavatkozások, műtétek, ápolások, melyeket a műtéti térítésre és ápolási hozzájárulásra szóló kiegészítő biztosítás szerződési feltétele határoz meg, és melyek elvégzése a biztosítotton bizonyított.

2.2.3. A diagnosztikai célú vizsgálatok és beavatkozások nem minősülnek biztosítási eseménynek.

2.3. Betegségek nem minősülnek balesetnek.

2.4. A biztosító szolgáltatásait az egyes kiegészítő biztosítások szerződési feltételei határozzák meg. Az egészségbiztosítási esemény lehet betegségi vagy baleseti eredetű.

3. BIZTOSÍTÁSI TARTAM

A kiegészítő biztosítás tartama 1 év, mely automatikusan évenként újabb 1 évre meghosszabbodik, kivéve, ha bármelyik szerződéses fél az évforduló előtt legalább 30 nappal írásban ellenkező értelmű nyilatkozatot nem tesz. A kiegészítő biztosítások maximális tartama megegyezik az alapbiztosítás szerződésből hátralévő tartamával, de megszűnik azon biztosítási évet követő nap 0. órájkor, amely évben a biztosított betölti a lejárató életkort.

4. A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG ÉS A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A kiegészítő biztosítás biztosítási összege eltérhet az alapbiztosítás biztosítási összegétől, azonban nem lehet nagyobb, mint a SIGNAL Védőszárny életbiztosítás általános szerződési feltételeinek Mellékletében meghatározott érték. A kezdeti biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél határozza meg. A kiegészítő biztosítás folyamatos biztosítási díja a választott biztosítási összeg nagyságától, (munkaképtelenség esetére szóló díjmentesítés kiegészítő biztosításnál a szerződésre öszszességében fizetett díjaktól) a biztosítás tartamától, a biztosított belépési korától és a biztosított egyéni kockázatától (pl. egészségi állapot, foglalkozás, hobby- és veszélyes tevékenység) függ.

5. A KOCKÁZATVISELÉS KORLÁTOZÁSA BALESETBIZTOSÍTÁSI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK ESETÉN

5.1. A biztosító a balesetbiztosítási szolgáltatást csak a bekövetkezett baleset által előidézett következmények esetén nyújtja.

5.2. Amennyiben a baleset előtt meglévő betegségek, testi fogyatékoságok, vagy műtétek [például: szív- és érrendszeri betegségek, a gerincoszlop és a gerincvelő sérülései, betegségei, a csípőízület betegségei, isiász, csontvelőgyulladás, cukorbetegség, nagyothallás, rosszindulatú daganatok, valamint az ideg- és elmebetegségek, illetve a felsorolt betegségek következményeként fellépő ájulás, szédülés, erősen korlátozott látás (8 dioptriától)] következményei, szövődményei a baleseti eseményekben és ezek következményeiben jelentősen közrehatottak, a biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti. Ennek mértékét a biztosító orvosa határozza meg.

5.3. Az idegrendszer szervi eredetű zavarainál a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha az visszavezethető a baleset által előidézett károsodásra. Lelki magatartászavarok, neurózisok, pszicho neurózisok nem minősülnek baleseti oknak.

5.4. A biztosító csak akkor teljesít kifizetést porckorongsérv esetén, ha bizonyítható, hogy annak előidézője a baleset következtében a gerincoszlopot ért mechanikai behatás. Amennyiben a porckorongsérv a baleset előtt fennálló állapot súlyosbodása, a biztosító nem teljesít kifizetést.

5.5. Hasfali és altesti sérv esetén csak akkor teljesít kifizetést, ha ezek előidézője a baleset következtében bekövetkező mechanikai behatás. Amennyiben ezek öröklött, vagy a baleset előtt már fennálló állapot következményei, a biztosító nem teljesít kifizetést.

6. BALESET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI VÉDELEMBŐL KIZÁRT KOCKÁZATOK

Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

6.1. 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 következménye. Ha az említett roham olyan baleset következménye, amelyre a kockázatviselés kiterjed, a biztosítási védelem fennáll.

6.2. 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.

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

6.4. Háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérelt, népi megmozdulás során bekövetkezett bal-

esetek, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről volt szó.

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

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

6.7. Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.

6.8. Megemelés, rándulás, habituális ficam, patológiás törés.

6.9. Napszúrás, hőguta, fagyás kivéve, ha az baleset következménye.

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

- autó-motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, motocross, jet ski, motorcsónak sport, vízisí, wakeboard, kitesurf, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival),
- búvárkodás légzőkészülékkel 40 méter alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, surf, vadvízi evezés,
- hegy-, illetve sziklamászás a kötelező egészségbiztosítási ellátásról szóló jogszabályok szerinti V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangászat, canyoning, hydrospeed, Bungee Jumping (mélybe ugrás), bázisugrás, falmászás,
- privát-, illetve sportrepülés, repülősportok (pl. ejtőernyős ugrás, hőlégballonozás, léghajó, motoros vitorlázó repülő, paplanrepülő pilóta, siklóernyő, siklórepülő, sárkány és ultrakönnyű repülő pilóta, vitorlázó repülő, műrepülés).

6.11. 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.

6.12. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:

- kóros elmeállapot,
- HIV-fertőzés,
- nukleáris energia.

6.13. 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 veszetségre és a tetanuszra nem vonatkozik. Gyógykezelés következtében bekövetkező fertőzésekre a biztosítási védelem nem terjed ki.

6.14. Nem minősül balesetnek, a szilárd vagy folyékony anyagok okozta mérgezés, ha az szájon keresztül került a szervezetbe. Az ételmérgezés nem minősül balesetnek.

6.15. Recehártya-leválás és annak következményei nem minősülnek balesetnek.

6.16. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre amelynek oka részben vagy egészben:

- a) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,
- b) a fogpótlás,
- c) a mesterséges megtermékenyítés (annak bármely formája),
- d) a kizárólag a meddőség megszüntetése miatti események,
- e) a sterilizáció,
- f) a nemi jelleg megváltoztatása.

6.17. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre, amelynek oka részben vagy egészben:

- a) a lelki működés zavarai, betegségei,
- b) az olyan kórházi ápolás és/vagy keresőképtelenség amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozás és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása és/vagy keresőképtelensége a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,
- c) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,
- d) orvosi végzettséggel vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

6.18. 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 biztosítási védelemből ki vannak zárva.

6.19. A biztosított igazolt (versenyzői, sportolói licenccsel, engedéllyel) sportolóként végzett sporttevékenységével vannak okozati összefüggésben.

6.20. Olyan, a szervezet támasztórendszerét érintő ártalomra, melynek meglétére az adott baleseti esemény hívja fel a figyelmet. A degeneratív, ortopéd jellegű kórképek a biztosítási védelemből ki vannak zárva.

6.21. Az artroszkópiával végzett térdet érintő műtétek következményeként kialakult maradandó egészségkárosodási kockázat a biztosítási fedezetből ki van zárva.

6.22. A biztosított foglalkozásával összefüggésben bekövetkező biztosítási események, amennyiben a biztosított foglalkozása: artista, bűvár, bányász, építőmunkás magas építményeken (10 méteres magasságtól), 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, ipari alpinista, mélyépítő munkás, állatszolidító,

barlangi mentő, hegyi mentő hivatásos katona, tűzszerész.

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

Kizárásra kerülnek azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül, vagy közvetve terrorcselekménnyel, vagy annak elkövetése során közveszély okozásával, vagy ezen cselekmények közrehatásával idéznek elő, illetve az alábbiakban meghatározott egyéb cselekményekkel okoztak, függetlenül attól, hogy más ok, vagy más esemény, – történjék ez bármely időrendi sorrendben is – közrehatott-e a kár bekövetkeztében. Terrorista cselekménynek minősül továbbá, minden olyan cselekmény – függetlenül attól, hogy erőszakos cselekmény alkalmazásával, azzal való fenyegetéssel, vagy annak előkészítésével valósult-e meg –, melyet önállóan, vagy egy bizonyos szervezet vagy kormány megbízásából, vagy ahhoz kapcsolódva hajt végre egy ember, vagy emberek csoportja(i), amelyet minden jel szerint hajtanak végre, hogy – egy jogszerű vagy tényleges kormányt, illetve államot, vagy a nyilvánosságot vagy a nyilvánosság egy részét megfélemlítse, vagy befolyásolja, vagy – a gazdasági életet részben vagy egészben befolyásolja, vagy – melyek módja és körülményei arra engednek következtetni, hogy azokat politikai, szociális, vallási, ideológiai vagy hasonló okokból vagy céllal hajtottak végre.

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

6.24. A biztosító nem tekinti balesetnek, a foglalkozási ártalom következtében kialakuló foglalkozási megbetegedést, még akkor sem, ha azt az arra jogosult állami szerv üzemi balesetnek ismeri el.

6.25. A biztosítási védelem nem vonatkozik a biztosítás megkötése előtti időben bekövetkezett balesetekre, vagy azok következményeként fellépő betegségekre, vagy az azokból eredő kórházi ápolásokra, műtétek miatti kórházi kezelésekre.

6.26. Ha a fogantatás a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően történt, akkor a biztosító kockázatviselése nem terjed ki az adott terhességre és szülésre. A fogantatás a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően történt, ha a szerződés hatálybalépése és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kiskönyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 285 nap van.



6.27. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a művi terhesség megszakítás eseteire, kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség megszakítások eseteit, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit.

7. A BIZTOSÍTOTT EGYÉB KÖTELEZETTSÉGEI A BALESET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK ÉS CSOMAGOK ESETÉN

7.1. 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 – lehetőség szerinti – elhárításáról és enyhítéséről.

7.2. A biztosító előírhatja, hogy a biztosított a biztosító által megnevezett orvosokkal indokolt esetben megvizsgálta magát.

8. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

8.1. Egészségbiztosításra vonatkozó egyéb rendelkezések

8.1.1. Az egészségbiztosítási kiegészítő biztosítások vonatkozásában nem tekinthető a kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

8.1.2. Az egészségbiztosítást a biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg.

8.2. Balesetbiztosításra vonatkozó egyéb rendelkezések

8.2.1. Közlési és változásbejelentési kötelezettség Ha a szerződéskötéskor már fennállott lényeges körülményekről a biztosító csak később szerez tudomást, vagy lényeges körülmények megváltozását közli vele, az ebből eredő jogokat nem csak a szerződés létrejöttétől számított 5 évig gyakorolhatja.

BALESETI HALÁL

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a kiegészítő biztosítás kockázatviselési időszakában bekövetkező olyan balesete, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül elhalálozik.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

2. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.

Ha a halál a balesetet követő 1 éven belül, a balesetből kifolyólag következik be, a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére megállapodott összeget fizeti ki. A haláleseti kifizetésből az ugyanazon eseményből eredően tartós egészségkárosodási szolgáltatásként már kifizetett összeget levonja, s csak a különbözetet fizeti ki.

Amennyiben a biztosító a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodási szolgáltatást már kifizette a biztosított elhalálozása előtt, és a baleseti halál szolgáltatási összege alacsonyabb, mint az egészségkárosodási szolgáltatásé, a többletkifizetést nem követelheti vissza.

BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítottak a kiegészítő biztosítás kockázatviselési időszakában bekövetkező olyan balesete, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül maradandó egészségkárosodást szenved.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

2. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

2.1. Amennyiben a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi teljesítőképessége maradandóan károsodott, a biztosító a szerződésben, a baleset napján érvényes, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás eseteire meghatározott biztosítási összegnek az egészségkárosodás mértékének megfelelő százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

2.2. A maradandó egészségkárosodás fokát az alábbiak szerint kell megállapítani:

Testrészek maradandó egészségkárosodása:	Térítés mértéke:
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 combközépig felettig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépigig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy láb térd alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	50%
Egyik láb lábszár középigig 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 ízlelőképesség teljes elvesztése	5%

2.3. Az előző pontból adódó maradandó egészségkárosodási mértékek összegződhetnek, de nem haladhatják meg a

100%-ot. Ennek megfelelően amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a maradandó egészségkárosodási mértékek együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a maradandó egészségkárosodási mértékek összegződnek és a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg.

Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő hányadát kell figyelembe venni.

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

Az egészségkárosodás maradandó jellegét és annak mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.

2.4. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított maradandó egészségkárosodás mértékével nem ért egyet, saját maga is szerezhet be orvosi véleményt.

Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvosszakértőt kell felülvizsgálatra felkérni. A független orvosszakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvosszakértő a biztosító által korábban megállapítottaknál magasabb maradandó egészségkárosodási százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.

2.5. A baleset utáni első évben az egészségkárosodási 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, egészségkárosodás szerint járó kifizetést.

2.6. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke nem tisztázott egyértelműen, mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van a baleset napjától számított 4 évig évenként a maradandó egészségkárosodási mértékének újbóli megállapítását kérni. Ha a felülvizsgálat magasabb maradandó egészségkárosodási mértéket állapít meg, a biztosító ennek megfelelően térít. Ha a felülvizsgálat alacsonyabb maradandó egészségkárosodási mértéket állapít meg, a biztosítottak nem kell a korábban kifizetett és a felülvizsgálaton megállapított alacsonyabb szolgáltatás különbségét a biztosítónak visszatérítenie.

2.7. Ha a biztosított elhalálozása a balesetet követő 1 éven belül a balesetből kifolyólag következik be, egészségkárosodási szolgáltatásra vonatkozó igény nem tá-



masztható. Ha a biztosított elhalálása a balesetet követő 1 éven belül, de a balesettel össze nem függő okból vagy bármely okból, de a balesettől számított 1 év eltelte után következik be, olyan maradandó egészségkárosodási mérték alapján teljesíthető a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása alapján számolni kellett volna.

3. MEGSZÚNÉS

Jelen kiegészítő biztosítás a SIGNAL Védőszárny Életbiztosítás Általános Szerződési Feltételekben rögzítettek túl megszűnik abban az esetben, ha a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összegének 100%-a kifizetésre került. Ebben az esetben a megszűnés időpontja a kifizetést követő hónap 1. napja. A kiegészítő biztosítás díja ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

KÓRHÁZI NAPIDÍJ

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül ha a biztosított a kiegészítő biztosítás kockázatviselési időszaka alatt – a Baleseti- és egészségbiztosítási általános feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése miatt – orvosi szempontból indokolt, 1 napot meghaladó kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül. 1 napot meghaladó a kórházi kezelés, ha a kórházba történő felvétel és a kórházból történő elbocsátás eltérő naptári napra esik.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórházba történő felvétel napja.

Amennyiben a gyógyító eljárást egy olyan betegsége vagy baleseti következményre is ki kell terjeszteni, mely az előzővel nem állt ok-okozati összefüggésben, akkor egy új biztosítási esemény keletkezik.

Kórházi ápolásnak számít a szülés is.

2. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget (napidíj) szolgáltatja a biztosított kórházi fekvőbeteg ellátása esetén, minden kórházban töltött napra.

A biztosítási szolgáltatás első napja a biztosítási esemény bekövetkezésének napja, várandósság esetén a szülés napja az utolsó napja a kórházból történő elbocsátás, a kórházi zárójelentés kiadásának napja. 1 naptári napra csak 1 napidíjat fizet a biztosító, függetlenül a biztosítási események számától. A biztosító két egymást követő biztosítási évben maximum 185 napra szolgáltat. Várandósság esetén a szülést megelőző időszakban történt kórházi ápolásra a Biztosító szolgáltatása nem terjed ki.

MŰTÉTI TÉRÍTÉS ÉS ÁPOLÁSI HOZZÁJÁRULÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a kiegészítő biztosítás kockázatviselési időszaka alatt a biztosítotton végrehajtott, a számára káros betegségi- vagy baleseti következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett és hitelesen igazolt, azon műtéti eljárások, sebészeti beavatkozások, vagy a betegségek pontosabb okait felderítő műtétek, melyeket az orvosszakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg ellátás keretében végeznek.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét vagy a sebészeti beavatkozás napja.

Nem minősül biztosítási eseménynek:

- terhesség alatti, a terhességgel vagy terhességmegszakítással összefüggő műtét,
- a méhen kívüli terhesség miatti műtét,
- mesterséges megtermékenyítés és az azzal összefüggő műtét,
- fogamzásgátlás és az azzal összefüggő műtét,
- kozmetikai és plasztikai kezelésekkel összefüggő műtét,
- szülés, szüléssel összefüggésben álló műtét,
- előzőleg ismert betegségek, balesetek kapcsán végrehajtott műtét következménye miatti beavatkozás,
- műtéti szövődmények miatti beavatkozás,
- halasztott műtét, melynek orvosi dokumentumokkal gazolt szükségessége még a kockázatviselés kezdetét megelőzően megállapításra került,
- természetgyógyászati gyógyellátások, illetve az azok következménye miatt szükségessé vált műtét,
- diagnosztikus műtét, vizsgálat, melynek nincsen az adott műtéti eljárás keretein belül terápiás következménye,
- fogászati, szájsebészeti műtét,
- orvosi műhibából adódó műtét,
- patológiás törés miatti műtét,
- artroszkópia és artroszkópos ízületi és szalagműtét,
- felszínes bőrelváltozások kimetszése, mint például: zsírcsomó-, anyajegy-, szemölcs-, jégárpa eltávolítása.

2. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget, illetve annak többszörösét, vagy annak egy részét szolgáltatja a jelen szerződési feltételek 2.1. pontjában meghatározottak szerint.

2.1. MŰTÉTI TÉRÍTÉS

A biztosító a jelen szerződési feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 5 térítési kategóriába sorolja. Műtéti térítésként – jelen szerződési feltételek mellékletét képező térítési kategóriák alapján – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 0%, 25%, 50%, 100% vagy 200%-a kerül kifizetésre, azonban

- a kifizetésre kerülő műtéti térítés a biztosítási tartam egésze alatt két egymást követő biztosítási évben nem haladhatja meg a figyelembe vett két biztosítási év első biztosítási évének első napján érvényes biztosítási összeg négyszeresét,
- ha ugyanazon betegség, vagy baleseti következmény elhárítását követően 5 éven belül több műtéti beavatkozás, vagy sebészeti eljárás szükséges, akkor a biztosító maximum a legmagasabb térítési kategóriába sorolt műtét összegét téríti.

A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a 3. pontban található. A listában nem szereplő műtétek besorolását minden esetben a biztosító orvosa végzi.

Ha az adott műtét a táblázatban nem szerepel, a műtéti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy az orvosi szempontból melyik műtéti csoporthoz áll legközelebb. A

besorolást a biztosító orvosa állapítja meg, szükség esetén külső szakértő véleménye alapján. A műtét megítélésében a szövődmények lehetősége vagy esetleges bekövetkezése nem kerül mérlegelésre. A műtét következtében esetlegesen létrejövő maradandó egészségkárosodás a műtét besorolásában, illetve megítélésében nem játszik szerepet.

2.2. ÁPOLÁSI HOZZÁJÁRULÁS

Ápolási hozzájárulás minden esetben a műtéti térítéssel együtt kerül kifizetésre. Az ápolási hozzájárulás a 2.1. pont szerinti biztosítási szolgáltatás 10%-a.

3. MŰTÉTEK BESOROLÁSA (Példák)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BALESETI EREDETŰ TÖRÉSRE VAGY EGYÉB SÚLYOS SÉRÜLÉSRE NYÚJTOTT AZONNALI SZOLGÁLTATÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül ha a biztosított a kiegészítő biztosítás kockázatviselési időszakában bekövetkező balesetből eredően törést, vagy a balesetet követő 1 éven belül egyéb súlyos sérülést szenved az alábbiak szerint:

1.1. CSONTTÖRÉSEK

- koponyatörés (orrcsonttörés kivételével)
- csigolyatörés
- mellesont-, kulcscsont- és bordatörés
- medencecsonttörés
- kéz-, és kartörés, a vállcsonttörést is beleértve, ujjcsonttörést kivéve
- lábtorés, a combnyaktörést beleértve, lábujjtörést kivéve

1.2. EGYÉB SÚLYOS SÉRÜLÉSEK

- a gerincvelő károsodása okozta harántbénulás
- amputálás, legalább az egész kézfej vagy legalább az egész lábfej
- olyan koponya- vagy agysérülés, melynek következménye egyértelműen bizonyított súlyos agyvérzés vagy súlyos agyzúzódás
- égési sérülés II. vagy III. fokú, mely a testfelület több mint 30%-át érinti
- megvakulás vagy a látás nagymértékű csökkenése mindkét szemén, látáscsökkenésnél, ha a látásélesség 0,05 alá csökken.

Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset bekövetkezésének időpontja.

2. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

A biztosító jelen szerződés

- 1.1. pontja szerinti biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeget, míg
- 1.2. pont szerinti biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg ötszörösét szolgáltatja.

Amennyiben a biztosított a 60. életévét betöltötte, úgy a biztosító kockázatviselése a 1.1. pont szerinti eseményekre vonatkozóan a 60. életév betöltését követő biztosítási évfordulóig áll fenn, ezt követően a kiegészítő biztosítás vonatkozásában a biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag a 1.2. pont szerinti biztosítási események bekövetkezése esetére áll fenn.

Amennyiben ugyanazon baleset során több, a jelen szerződés 1. pontjában meghatározott biztosítási esemény is bekövetkezik, a biztosítási szolgáltatást a biztosító csak egyszeresen (a súlyosabb törésre, sérülésre) nyújtja.

Ha a balesettől számított 1 éven belül további következménykárosodások lépnek fel, amelyek magasabb azonnali szolgáltatásra jogosítanak, mint amelyeket a biztosító már az adott baleset vonatkozásában teljesített, a biztosító a következménykárosodásra érvényes magasabb szolgáltatás és az adott balesetből eredően korábban teljesített biztosítási szolgáltatás különbözetét fizeti ki.

MUNKAKÉPTELENSÉG ESETÉRE SZÓLÓ DÍJMENTESÍTÉS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül ha a biztosított a kiegészítő biztosítás kockázatviselési időszakán belül 42 napot meghaladóan keresőképtelenné válik, amennyiben a keresőképtelenség oka

- a biztosított táppénzes állományba történő felvétele, vagy
- a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya, illetve az illetékes rehabilitációs szakigazgatási szervek (vagy jogutódai) általi D vagy E rokkanttá nyilvánítás és az erről szóló határozat még a biztosítás kockázatviselési időszakán belül jogerőre emelkedik.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a jogerős rokkantsági határozat kiadásának napja, illetve a táppénzes állományba történő felvétel napja.

2. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

A biztosító a 42 napot meghaladó táppénzes állomány és a D vagy E rokkantsági kategóriába sorolás esetén – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontját követő hónap elsejétől a keresőképtelenség fennállása hónapjának utolsó napjáig – a

biztosítási szerződést díjmentesíti úgy, hogy a díjmentesítés időtartama alatt az esedékes díjak fizetését átvállalja.

3. MEGSZÚNÉS

Jelen kiegészítő biztosítás a SIGNAL VÉDŐSZÁRNY Életbiztosítás Általános szerződési feltételekben részletezettekben túl megszűnik a táppénz jogosultság megszűnésének hónapja utolsó napjával.

4. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

A keresőképtelenség megszűnését a biztosított köteles 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a biztosító központja felé. Jelen szerződés 2. pont szerinti díjmentes időszaka alatt az értékkövetés az alap- és kiegészítő biztosításokra nem vonatkozik.

D-E ROKKANTSÁGI KATEGÓRIA

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül ha a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya, illetve az illetékes rehabilitációs szakigazgatási szervek (vagy jogutódaik) a biztosítottat rokkantsága miatt D vagy E rokkantsági kategóriába sorolják és az erről szóló határozat még a biztosítás kockázatviselési időszakán belül jogerőre emelkedik.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya, illetve az illetékes rehabilitációs szakigazgatási szervek (vagy jogutódaik) által kiállított D vagy E rokkantsági kategóriába sorolást megállapító határozat kiadásának napja.

2. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget szolgáltatja és ezzel a kiegészítő biztosítás megszűnik. A biztosító a szolgáltatást a kiegészítő biztosítás kockázatviselési tartama alatt csak egyszer fizeti ki. A biztosított a szolgáltatásra csak abban az esetben jogosult, ha érvényes társadalombiztosítással rendelkezik.

3. MEGSZŪNÉS

Jelen kiegészítő biztosítás a SIGNAL Védőszárny Életbiztosítás Általános Szerződési Feltételekben részletezettekben túl megszűnik

- a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen szerződési feltételek 1. pontja szerinti időpontban,
- a társadalombiztosítási jogosultság megszűnésének hónapja utolsó napjával.

C2 ROKKANTSÁGI KATEGÓRIA

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül ha a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya, illetve az illetékes rehabilitációs szakigazgatási szervek (vagy jogutódaik) a biztosítottat rokkantsága miatt C2 rokkantsági kategóriába sorolják és az erről szóló határozat még a biztosítás kockázatviselési időszakán belül jogerőre emelkedik.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya, illetve az illetékes rehabilitációs szakigazgatási szervek (vagy jogutódaik) által kiállított C2 rokkantsági kategóriába sorolást megállapító határozat kiadásának a napja.

2. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget szolgáltatja és ezzel a kiegészítő biztosítás megszűnik. A biztosított a szolgáltatásra csak abban az esetben jogosult, ha érvényes társadalombiztosítással rendelkezik.

3. MEGSZŪNÉS

Jelen kiegészítő biztosítás a SIGNAL Védőszárny Életbiztosítás Általános Szerződési Feltételekben részletezettekben túl megszűnik

- a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen szerződési feltétel 1. pontja szerinti időpontban,
- a társadalombiztosítási jogosultság megszűnésének hónapja utolsó napjával.

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.
1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcíím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu