



CSOPORTOS BALESET-, ÉLET- ÉS EGÉSZSÉG- BIZTOSÍTÁS (X2000)

Általános és kiegészítő feltételei

Hatályos: 2017. február 23-tól



CSOPORTOS BALESET-, ÉLET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS szerződési FELTÉTELEK (ÁSZF)	2
1. A biztosítási szerződés alanyai	2
2. A biztosítási esemény, biztosítási szolgáltatások	3
3. A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete, várakozási idő	3
4. A biztosítási időszak, biztosítási évforduló, a szerződés megszűnésének esetei	4
5. A biztosítási díj és a biztosítási összeg, késedelmes díjfizetés	4
6. Biztosítás módosításnak esetei, létszámmódosítás	5
7. Újra érvénybe helyezés (reaktiválás)	5
8. Fedezetfeltöltés	5
9. Maradékjogok, nyereségrészesedés, indexálás (értékkövetés)	5
10. A szerződés területi hatálya	5
11. Közlési és változás bejelentési kötelezettség	5
12. Titoktartási kötelezettség, titokvédelemmel kapcsolatos előírások	6
13. Adatkezelés	12
14. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok	13
15. A kockázatviselés korlátozása	14
16. A biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól	14
17. A biztosítási esemény bejelentése	15
18. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok	15
19. A szolgáltatás kifizetése	17
20. Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók	17
21. Elévülés	19
22. Egyéb rendelkezések	19
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK	20
BALESETI HALÁL	20
KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL	20
KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSI FEDEZET	20
BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS	21
KÖZLEKEDÉSI BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS	22
BALESETI EREDETŰ PROGRESSZÍV SZOLGÁLTATÁSÚ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS	24
BALESETI KÓRHÁZI NAPIDÍJ	25
BÁRMELY OKÚ KÓRHÁZI NAPIDÍJ	26
BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉS	26
BÁRMELY OKÚ MŰTÉTI TÉRÍTÉS	27
BALESETI EREDETŰ PLASZTIKAI MŰTÉTRE	29
CSONTTÖRÉS, CSONTREPEDÉS	29
ÉGÉSI SÉRÜLÉSI TÉRÍTÉS	30
BALESETI KÖLTSÉGTÉRÍTÉS	30
BALESETI GYÓGYULÁSI TÁMOGATÁS	31
BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG	32
BÁRMELY OKÚ KERESŐKÉPTELENSÉG (15 NAPOS) EGYSZERI TÉRÍTÉSSEL	33
D-E ROKKANTSÁGI KIEGÉSZÍTŐ	34
C2 ROKKANTSÁGI KIEGÉSZÍTŐ	35
KIEMELT KOCKÁZATÚ (KRITIKUS) BETEGSÉGEKRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ	36
1. SZÁMÚ MELLÉKLET	38
BIZTOSÍTÁSI FEDEZETEK ÉS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGETEK TÁBLÁZAT	38

CSOPORTOS BALESET-, ÉLET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK (ÁSZF)

Jelen általános szerződési feltételek, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: Ptk.), és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: Bit.) szabályai alapján jöttek létre. Jelen feltételek szerint létrejövő biztosítási szerződésre a magyar jog az irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. számú melléklete A) részének megfelelő ügyféléjtájékoztatónak is minősülnek. Az ügyféléjtájékoztatónak minősülő részek dőlt betűvel szedettek.

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

Társaságunk cégneve: SIGNAL IDUNA Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság

Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Tulajdonosa: SIGNAL IDUNA Holding (Németország)

Adószáma: 10828704-2-44

KSH száma: 10828704-6511-114-01

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

Adatkezelés nyilvántartási száma: NAIH-87194/2015

Központi ügyfélszolgálat: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Telefon: (+36 1) 458 4200

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

Felügyeleti 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 fogyatékossgal 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 2018.02.23-a után létrejövő Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítási Általános és Kiegészítő Szerződési Feltételekre (továbbiakban: ÁSZF) hivatkozással kötötték.

Nem alkalmazandók az ÁSZF egyes pontjai akkor, ha azok alkalmazását az egyes kiegészítő feltételek kifejezetten kizárják.

1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1.1. Szerződő: a biztosítóval szerződést kötő fél, aki a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal és a szerződéssel kapcsolatosan a jognyilatkozatok megtételére jogosult. Szerződő jelen biztosítási szerződés tekintetében kizárólag Magyarországon bejegyzett jogi személy lehet.

Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig 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.

1.2. Biztosított: az a legalább 18 éves, de legfeljebb 65 éves korú természetes személy lehet; aki magyarországi állandó lakcímmel rendelkezik, magyar állampolgárságú, és akivel kapcsolatban a kockázatviselési időszakon belüli biztosítási fedezetekre, a szerződési feltételeiben vállalt biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.

Biztosított csak az a személy lehet, aki aláírta a „Biztosított nyilatkozatot”.

A „Biztosított nyilatkozat” az a dokumentum, amely tartalmazza a biztosított hozzájárulását a szerződés hatályának reá történő kiterjesztéséhez, a biztosított jogaira és kötelezettségeire vonatkozó tájékoztatást, így különösen a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést. A „Biztosított nyilatkozat” a szerződés részét képezi.

Az erre vonatkozó dokumentumokat a szerződő, illetve a képviselője a biztosítottól köteles átvenni, azt megőrizni és káresemény esetén annak eredeti példányát a biztosító rendelkezésére bocsátani.

Azon biztosított személyek esetében, akik a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában már betöltötték a 65. életévüket, a biztosító szolgáltatást nem teljesít. A befizetett biztosítási díjat a jelen szerződési feltételek 5. pontjában leírtaknak megfelelően visszafizeti.

A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását visszavonhatja, ebben az esetben, a rá vonatkozó biztosítási védelem megszűnik, a 4.3.1/ c. pontban foglaltak szerint.

Jelen szerződés esetében a biztosított a szerződésbe szerződőként nem léphet be.

Jelen biztosítási szerződésben a szerződő és a biztosított személye különvállik.

A biztosított személy belépési korát a biztosító úgy határozza meg, hogy a szerződés kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.



A biztosított személy biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában számított életkorát a biztosító úgy számolja ki, hogy a biztosítási esemény bekövetkeztének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

Nem lehet biztosított aki:

- a magyar társadalombiztosítási szerv határozata alapján bármilyen fokú maradandó egészségkárosodással bír,
- az ajánlat aláírásának időpontjában a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztályánál (vagy jogutódjánál) rokkantsági elbírálás alatt áll,
- aki az ajánlat aláírásának időpontjában a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya (vagy jogutódja) határozata alapján rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásban részesül,
- idült szív- és keringési rendszeri betegségben szenved vagy szenvedett,
- vérzékeny,
- inzulin-függő (I. típus) cukorbetegségben szenved,
- dialízis kezelésben részesül vagy részesült,
- Alzheimer –kórban szenved,
- vasculáris demenciában szenved,
- mániás depressziós/bipoláris affektív zavarban szenved,
- skizofrén,
- Parkinson-kórban szenved,
- diagnosztizált sclerosis multiplex betegségben szenved,
- diagnosztikai vizsgálattal alátámasztottan demielinációs tünetekkel rendelkezik,
- Myastenia gravis megbetegedésben szenved,
- HIV-fertőzött,
- sokizületi gyulladásban szenved,
- csontritkulás megbetegedésben szenved,
- egyensúlyi zavarban szenved,
- vak,
- epilepsziás megbetegedésben szenved,
- rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenved vagy szenvedett,
- krónikus és/vagy alkoholos májbetegségben szenved,
- aki a biztosítás megkötését megelőző egy évben olyan balesetet szenvedett, amely miatt szakorvos által igazoltan 30 napot meghaladóan keresőképtelen állományban volt.

1.3. Kedvezményezett: a biztosító szolgáltatására jogosult személy.

- Elhalálozás esetén az elhunyt biztosított örököse.
- Egyéb esetben a biztosított személy maga.

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.

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

2. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

2.1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

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

2.1.2. Biztosítási esemény kizárólag a kockázatviselés időtartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, váratlan betegség vagy baleset, illetve ezek következménye.

2.1.3. Baleset fogalma: 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 hőség.

2.1.4. Betegség: jelen biztosítás szempontjából betegség az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot

2.1.5. Kórház: jelen feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

2.2. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában az adott biztosítottra érvényes biztosítási csomagban foglaltaknak megfelelő, – valamint a kiegészítő feltételekben részletezett – mértékű szolgáltatást teljesít, amennyiben a biztosított személy életkora a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában a 65 évet nem haladja meg.

3. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, HATÁLYBALÉPÉSE, A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE, VÁRAKOZÁSI IDŐ

3.1. A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre úgy, hogy a szerződő ajánlatot tesz a biztosítónak a szerződés megkötésére. A Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződő fél és a biztosított nem azonos – a biztosított vagy törvényes képviselőjének írásbeli hozzájárulása szükséges.

A szerződés létrejön, ha a biztosító az ajánlat alapján biztosítási kötvényt állít ki.

3.2. A biztosítási szerződés akkor is létrejön – a biztosítási ajánlatba foglalt tartalommal –, ha a biztosító az ajánlatra, az ajánlat a biztosító vagy képviselőjének történő átadásától számított 15 napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogsza-

bályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették.

3.3. Jelen szerződés tekintetében a biztosító egészségügyi kockázatelbírálást nem alkalmaz.

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

3.5. A szerződő és a biztosított nyilatkozatai, valamint a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszai az ajánlat részét képezik.

3.6. Érvényesen létrejött szerződés esetén a biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat aláírást követő hónap 1. napjával kezdődik. Ez a nap a biztosítás technikai kezdete. Ha a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, akkor a kockázatviselés a halasztásban megjelölt időpont 0. órájkor kezdődik.

3.7. A biztosítási szerződés csak abban az esetben jön létre, ha a biztosítottak létszáma eléri a 10 főt. Egy biztosítási szerződésen belül csak egy csoport hozható létre.

3.8. A szerződés hatálybalépésének feltétele, hogy a szerződő az ajánlat aláírásával egyidőben a biztosítottak adatait tartalmazó (minimálisan: biztosított neve, anyja neve, születési dátuma, mely biztosítási csomag érvényes az adott biztosítottra) listát elektronikus formában (xls, xlsx, csv) a biztosító rendelkezésére bocsássa.

3.9. A biztosító jelen biztosítás vonatkozásában várakozási időt nem alkalmaz.

4.A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK, BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓ, A SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSÉNEK ESETEI

4.1. A biztosítás tartama határozatlan, a biztosítási időszak 1 év, mely évenként automatikusan újabb 1 évre meghosszabbodik, kivéve, ha bármelyik szerződéses fél (a szerződő vagy a biztosító) az évforduló előtt legalább 30 nappal írásban ellenkező értelmű nyilatkozatot tesz.

4.2. A biztosítási évforduló a minden naptári évben a biztosítás technikai kezdetének megfelelő naptári nap.

4.3. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

4.3.1. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosító kockázatviselése megszűnik az alábbi esetekben:

- a) a biztosított halála esetén a halál időpontjával,
- b) a felek felmondásával a 4.1. pontban írtak szerint,
- c) a biztosított „Biztosított nyilatkozatának” visszavonásával, a nyilatkozat visszavonását követő hónap 1. napjának 0. órájával,
- d) a kilépő biztosított vonatkozásában a biztosított jogviszonyt megalapozó körülmény megszűnésére vonatkozó változás bejelentés (6. pont) biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap 1. napjának 0. órájától,
- e) amennyiben a szerződő azt írásban kezdeményezi, az igény biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap 1. napjának 0. órájától,

f) a különös feltételekben szabályozott egyéb esetekben és módon.

4.3.2. A biztosítási szerződés megszűnésének egyéb esetei:

- a) díjnemfizetés miatt, a jelen feltétel 5. pontjában leírtak szerint,
- b) ha a szerződő jogutód nélkül megszűnik, a megszűnés napját követő hónap 1. napjának 0. órájkor,
- c) a biztosítási szerződés szerződő vagy biztosító általi felmondásával. A biztosítási szerződést érvényesen a biztosítási évforduló napjával – legkésőbb a biztosítási év végét megelőző 30 nappal – írásban lehet felmondani.
- d) Amennyiben a szerződésben már csak egy biztosított szerepel, úgy ezen, biztosított személy elhalálózásával. A szerződő nem követelheti a befizetett díjak visszafizetését.

5. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ ÉS A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG, KÉSEDELMEZŐ DÍJFIZETÉS

5.1. BIZTOSÍTÁSI DÍJ

5.1.1. Az aktuális díj minden esetben a biztosító birtokában lévő, aktuális biztosított létszám alapján kerül meghatározásra és előírásra. A biztosítás mindenkor érvényes díja a választott biztosítási fedezetektől, a biztosítási összegektől, a díjfizetés gyakoriságától és a biztosítottak létszámától függ.

5.1.2. A biztosítási díj fizetése folyamatos. A folyamatos díj éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számíthat fel.

5.1.3. Az első díjfizetési időszakra szóló díj a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

5.1.4. 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.

5.1.5. A szerződő a biztosítás díját a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. Magyar Takarékbank Zrt. 11500092 – 11041623 – 00000000 számú bankszámlaszámára, a kötvényszám megjelölésével teljesítheti. A biztosító a beazonosíthatatlan összegeket a küldő számlaszámára visszautalja.

5.1.6. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép érvénybe.

5.1.7. Biztosítási díj átvételére kizárólag biztosítói meghatalmazással rendelkező képviselő jogosult.

5.1.8. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító addig a napig járó díj megfizetését kérheti, amikor a kockázatviselés véget ér.



5.2. BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A biztosítási összeget a szerződéskötéskor a szerződő választja a biztosító által megadott lehetőségek közül. (1. számú melléklet) **Az itt feltüntetett fedezetektől eltérő tartalmú és/vagy biztosítási összegű fedezetek nem választhatóak.**

5.3. KÉSEDELMES DÍJFIZETÉS

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

6. BIZTOSÍTÁS MÓDOSÍTÁSNAK ESETEI, LÉTSZÁMMÓDOSÍTÁS

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

6.2. A szerződés módosításához a biztosított hozzájárulása nem szükséges.

6.3. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén, a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítási szerződés következő díjfizetési gyakoriság első napjának 0. órájában kezdődik, a kilépő biztosítottakra vonatkozóan, pedig az adott díjfizetési gyakoriság utolsó napjának 24. órájáig tart. A biztosító a tudomására jutástól számítottan kizárólag előre-mutatató hatállyal hajt végre változtatást a biztosított személyekre vonatkozóan.

6.4. Ha a szerződéskötést követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, a biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés vagy az ahhoz kapcsolódó általános szerződési feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot az arról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul. A biztosító a szerződő felet a tájékoztatásban a szerződést vagy az általános szerződési feltételeket érintő változásokról köteles tájékoztatni.

A módosító javaslat szerződő általi elutasítása nem adhat alapot a szerződés biztosító általi felmondására.

7. ÚJRA ÉRVÉNYBE HELYEZÉS (REAKTIVÁLÁS)

A szerződés nem reaktiválható.

8. FEDEZETFELTÖLTÉS

Fedezetfeltöltésre nincs lehetőség.

9. MARADÉKJOGOK, NYERESÉGRÉSZESEDÉS, INDEXÁLÁS (ÉRTÉKKÖVETÉS)

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

9.2. A szerződés nyereségrészesedésre nem jogosít.

9.3. A szerződés nem rendelkezik értékkövetéssel.

10. A SZERZŐDÉS TERÜLETI HATÁLYA

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

A SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

11. KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

11.1. 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 egyaránt sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

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

11.3. A közlési vagy változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha a szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem volt kihatással a biztosítási esemény bekövetkeztére, – a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 biztosítási év már eltelt.

11.4. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik 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.

11.5. A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a szerződés tartam alatt beálló lénye-

ges körülmények változását a változás bekövetkezésétől számított 5 munkanapon belül, az elérhetőségekben, a személyi adatokban és a biztosított személyek körében bekövetkezett változást haladéktalanul. 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.

11.6. 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.

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

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

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

12. TITOKTARTÁSI KÖTELEZETTSÉG, TITOKVÉDELMMEL 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.

12.1. 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 a biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,

b. a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

c. 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. a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

b. a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,

c. büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal

d. a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,

e. IV (2) pontban foglalt esetekben az adóhatósággal,

f. a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

g. a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

h. a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

i. az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,

j. törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titokszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,

k. a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l. törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kártörténeti 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,

m. az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,



- n. 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,
- o. a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgáló feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- p. fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- q. a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r. a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s. 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 agrárkár-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 közgazgatási 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 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, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- 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, bünszövetségben vagy bünszervezetben 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 kötelezettségváltás 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 megghiúsulásával 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.

12.2. 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 kapcsolatban 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 Foglalkoztatónyugdíj-hatóság (a továbbiakban: EBFH) felé történő adatszolgáltatás, az európai felügyeleti hatóság (az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatónyugdíj-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 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 közvetlen vagy közvetett módon előnyt szerezzen, továbbá, hogy a biztosítónak, a viszontbiztosítónak vagy ügyfeleinek hátrányt okozzon.

12.3. A BIZTOSÍTÁSI TITOKRA ÉS AZ ÜZLETI TITOKKRA 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 kezelésének lehetőségét bármikor korlátozhatja vagy megtilthatja.

12.4. 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

a) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,

b) az Aktv. 43/B-43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,

c) 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.

12.5. 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

a) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,

b) 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.

12.6. 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
- 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 adatfelvételkori, 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) a szerződő személy azonosító adatait;
- b) a biztosított vagyontárgy azonosító adatait;
- c) az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt vagy vagyontárgyat érintő korábbi biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat; és
- d) 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 alkalmazandóak.

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 igénylős 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 célból 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 létrejötté esetén az 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 célból 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.

13. ADATKEZELÉS

13.1. 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 összefüggésében kezel.

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

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

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

Az adatszolgáltatás önkéntes, de egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. Az adatkezelés időtartama: a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatát is továbbítja e kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

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

A Bit. által meghatározott szervezetek felsorolását a jelen szerződési feltételek 12.1.6. 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:

13.2. TÁJÉKOZTATÁS KÉRÉSE

Az érintett bármely formában előterjesztett kérelmére a biztosító 30 napon belül, írásos formában, közérthető módon

tájékoztatást ad az általa érintett vonatkozásában kezelt, feldolgozott adatokról, azok forrásáról, illetve – amennyiben az adatok továbbításra kerültek – az adattovábbítás címzettjéről és jogalapjáról.

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

Az érintett tájékoztatását – indoklással – kizárólag a törvényben meghatározott esetekben lehet megtagadni. A tájékoztatás megtagadása esetén a biztosító írásban közli az érintettel, hogy a felvilágosítás megtagadására a törvény mely rendelkezése alapján került sor. A felvilágosítás megtagadása esetén a biztosító tájékoztatja az érintettet a bírósági jogorvoslat, továbbá a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz fordulás lehetőségéről.

13.3. HELYESBÍTÉS

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

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

13.4. TÖRLÉS

A személyes adatot törölni kell, ha

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

13.5. ZÁROLÁS

Törlés helyett a személyes adat zárolandó, ha az érintett ezt kéri, vagy ha a rendelkezésre álló információk alapján feltételezhető, hogy a törlés sértené az érintett jogos érdekeit. Az így zárolt személyes adat kizárólag addig kezelhető, amíg fennáll az az adatkezelési cél, amely a személyes adat törlését kizárja. A helyesbítésről, a zárolásról és a törlésről az érintettet, továbbá mindazokat értesíteni kell, akiknek az adatot korábban adatkezelés céljából továbbították.(Az értesítés mellőzhető, ha az adatkezelés céljára való tekintettel az érintett jogos érdekét nem sérti.) Ha az érintett helyesbítés, zárolás vagy törlés iránti kérelme nem teljesíthető, akkor a kérelem kézhezvételét követő 30 napon belül az érintettel írásban 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.

13.6. NYILVÁNOSSÁGRA HOZATAL

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

13.7. FELMENTÉS, FELHATALMAZÁS

A szerződő és a biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az ajánlatban illetve az egészségi nyilatkozatban, valamint a biztosítóhoz a szerződés megkötése, fenntartása illetve a szolgáltatás 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.

14. A BIZTOSÍTÁSI VÉDELEMBŐL KIZÁRT KOCKÁZATOK

Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

14.1. *Az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetek esetén akkor, ha az ittasságon, kábító- illetve bódító szerek fogyasztásán alapul, valamint agyvérzés, epilepsziás roham és egyéb, a biztosított egész testére kiterjedő görcsös roham következtében bekövetkező balesetek. Ha az említett roham olyan baleset következménye, amelyre a kockázatviselés kiterjed, a biztosítási védelem fennáll.*

14.2. *A biztosított testén saját maga, vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodás, amennyiben erre nem valamely biztosítási esemény miatt került sor.*

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

14.4. *Háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határviillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlés, népi megmozdulás során bekövetkezett balesetek, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől volt szó.*

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

14.6. *Légi jármű pilótájaként vagy légi jármű személyzeteként elszervezett, valamint légi járművel folytatott egyéb hivatás gyakorlása közben bekövetkezett balesetek.*

14.7. *Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.*

14.8. *Megemelés, habituális ficam, patológiás törés.*

14.9. *Napszúrás, hóguta, fagyás kivéve, ha az baleset következménye.*

14.10. *Veszélyes sport- és egyéb célú tevékenységekből eredő balesetek:*

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

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

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

d. *privát-, illetve sportrepülés, repülősportok (pl. ejtőernyős ugrás, hőléggallonozás, léghajó, motoros vitorlázó repülő, paplanrepülő pilóta, siklóernyő, siklórepülő, sárkány és ultrakönnyű repülő pilóta, vitorlázó repülő).*

14.11. *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.*

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

a. *kóros elmeállapot,*

b. *HIV-fertőzés,*

c. *nukleáris energia.*

14.13. *Fertőzések esetén fennáll a biztosítási védelem, ha a kórokozó olyan baleseti sérülés következtében kerül a szervezetbe, amelyre a kockázatviselés kiterjed. Kismértékű bőr- és nyálkahártya-sérülések nem tartoznak ezen, baleseti sérülésekhez. Ha a kórokozó ezen keresztül jut a szervezetbe (azonnal vagy később), a biztosítási védelem nem áll fenn. Ez a korlátozás a veszettségre és a tetanuszra nem vonatkozik. Gyógykezelés következtében bekövetkező fertőzésekre a biztosítási védelem nem terjed ki.*

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

14.15. *Retina leválás és annak következményei nem minősülnek balesetnek.*

14.16. *Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre – kivéve életmentő beavatkozás esetén – amelynek oka részben vagy egészben:*

a. *az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,*

b. *a fogpótlás.*

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

a. *a lelki működés zavarai, betegségei,*

b. *a szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,*

c. *a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógytornász, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogókúra),*

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

14.18. A szerződés megkötése előtt már fennálló betegségek, illetve a szerződés megkötésének időpontjában bármely okból már károsodott, korábbi baleset vagy betegség miatt sérült vagy csonka, funkciójában korlátozott (nem ép) testrészek és szervek a biztosításból ki vannak zárva.

14.19. A biztosított igazolt (versenyzői, sportolói licence-szel, engedéllyel) sportolóként végzett sporttevékenységével vannak okozati összefüggésben.

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

14.21. Artroszkópiával végzett, térdet érintő műtétek következményeként kialakult maradandó egészségkárosodási kockázat a biztosítási fedezetből ki van zárva.

14.22. 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,
- állatszelidítő,
- barlangi mentő, hegyi mentő,
- hivatásos katona,
- tűzszerész.

14.23. 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 azért hajtanak végre, hogy – egy jogszerű vagy tényleges kormányt, illetve államot, vagy a nyilvánosságot vagy a nyilvánosság egy részét megfélemlítse, vagy befolyásolja, vagy – a gazdasági életet részben vagy egészben befolyásolja, vagy – melyek módja és körülményei arra engednek következtetni, hogy azokat politikai, szociális, vallási, ideológiai vagy hasonló okokból vagy céllal hajtottak végre. Kizárásra kerülnek továbbá azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül vagy közvetve olyan cselekmények okoztak, vagy amelyekben közrehatottak olyan cselekmények, amelyek terrorista támadások ellenőrzésére, megelőzésére vagy elfojtására szolgálnak, vagy egyéb módon egy terrorista akcióval függnek össze.

15. A KOCKÁZATVISELÉS KORLÁTOZÁSA

15.1. Balesetbiztosítási kockázatoknál hasfali és lágyék-sérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha a sérvet olyan kívülről jövő egyszeri, extrém behatás okozta, amelyre a kockázatviselés kiterjed és az nem öröklött tényezők (adottságok) következményeként jelentkezett.

15.2. Balesetbiztosítási kockázatoknál porckorongsérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha ez a gerincoszlopot ért egyszeri, extrém közvetlen mechanikus behatás, nem pedig egy korábbi, már a baleset előtt is meglévő betegség súlyosbodásának a következménye.

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

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

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

16. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSE ALÓL

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

16.2. A biztosító mentesülése balesetbiztosítási kockázatok esetén

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



- a szerződő fél vagy a biztosított,
- velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk,
- üzletvezetésre jogosult tagjuk,
- alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta.

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

- a kedvezményezett szándékos magatartása következménye. Ebben az esetben, ha több haláleseti kedvezményezett is van, akkor ez a rendelkezése nem vonatkozik azon kedvezményezettekre, akik nem hatottak közre a biztosított elhalálozásának előidézésében.
- A biztosított jogellenesen, szándékosan elkövetett bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- a biztosított súlyosan gondatlan magatartása folytán következett be.

16.4. Súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény

- a biztosított ittas állapotával (0,8 ezreléket meghaladó véralkohol vagy 0,5 mg/l légalkohol szint) közvetlen összefüggésben valósul meg, vagy
- nem az orvos által javasolt, illetve nem az orvos által előírt adagolásban szedett gyógyszer, nyugtató, tudatmódosító szer hatására állt be,
- a biztosított jogosítvány nélküli vagy ittas (0,8 ezrelék) vezetése következtében áll be, vagy
- a biztosított munkavégzése során a munka- és tűzvédelmi szabályok be nem tartása miatt következett be.

16.5. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét szegi meg súlyosan gondatlanul vagy szándékosan.

17. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

17.1. A biztosított, vagy a biztosítási szolgáltatásra igényt tartó személy, illetve azok képviselője köteles a biztosítónak a biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban bejelenteni oly módon, hogy a kárbejelentéssel egyidőben a szerződő által kiadott a biztosított munkavállalói vagy tagságát igazoló dokumentumot, illetve a „Biztosított nyilatkozatot” is be kell nyújtania. Köteles továbbá a biztosítónak a szükséges felvilágosításokat megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

17.2. Halálesetet a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül kell jelenteni a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet korábban már jelentették, valamint abban az esetben is, ha a teljes körű kárbejelentéshez szükséges összes dokumentáció még nem áll rendelkezésre.

A biztosító elérhetőségei:

Ügyfélszolgálati irodánk: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Levél cím: 1519 Budapest Pf. 260.

Telefonon a +36-1-458-4200 számon

17.3. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

17.4. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik.

18. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSÉHEZ SZÜKSÉGES IRATOK

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

Amennyiben 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.

18.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez, 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.

Valamennyi, a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok:

- a) a biztosító erre a célra szolgáló, hiánytalanul kitöltött és aláírt szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványának eredeti példánya,
- b) „Biztosított nyilatkozat” másolatát, illetve kérésre annak eredeti példányát,
- c) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, 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, beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát is,
- d) baleseti/közlekedési baleseti jegyzőkönyv, vagy rendőrségi – munkahelyi baleset esetén munkahelyi – baleseti jegyzőkönyv másolata (amennyiben ilyen készült),
- e) véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült),
- f) toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (ha készült),
- g) amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélyének és a jármű forgalmi engedélyének másolata,
- h) 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,

- i) külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása,
- j) kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő, illetve gyámhatóság vonatkozó nyilatkozata.

Halál, baleseti/közlekedési baleseti halál esetén:

- a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- boncolási jegyzőkönyv/korbonctani 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 másolatai,
- halotti epikrízist 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,
- 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).

Baleseti eredetű/közlekedési baleseti eredetű/baleseti eredetű progresszív szolgáltatású maradandó egészségkárosodás esetén továbbá:

- 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 testrészeire 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).

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.

Kórházi ápolás, műtéti térítés, plasztikai műtét, égési sérülés, baleseti költségtérítés, gyógyulási támogatás, keresőképtelenség, kritikus betegség és baleseti költségtérítés esetén továbbá:

- 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 vagy OENO kódot tartalmazó műtéti leírás,
- a plasztikai műtéttel kapcsolatos, a biztosított nevére kiállított, műtétről szóló, vagy gyógyszerek, kötszerek, kórházi tartózkodás költségeire vonatkozó számla
- az égési sérülés ellátásáról szóló orvosi dokumentáció másolata, mely tartalmazza a sérülés súlyosságát és kiterjedtségét,
- a biztosított nevére kiállított, a balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított gyógyulásával, gyógykezelésével kapcsolatos, gyógyászati segédeszközökre, gyógyszerekre, kötszerekre stb. vonatkozó számla eredeti példánya.

Csonttörés, csontrepedés 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.

Keresőképtelenség esetén:

- a betegállomány időszakában készült valamennyi orvosi dokumentum (ambuláns lap, kórházi zárójelentés, kezelő lap),
- táppénzes/keresőképtelen időszakot igazoló dokumentumok másolata, mely a keresőképtelenség megállapítására jogosult szerv által a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány (táppénzes állományra).

Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségek esetén a benyújtandó iratok listáját betegségi típusonként a kiegészítő biztosítási feltételek tartalmazzák.

Egyéb, szükség esetén benyújtandó dokumentumok:

- biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény eredeti példánya,
- az utolsó befizetést igazoló befizetési, átutalási bizonylat,
- a biztosított személyi igazolványának vagy születési anyakönyvi kivonatának másolata,
- a szerződő és a biztosítottaknak a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes lakcímet igazoló hatósági igazolványának másolata,
- hozzátartozói viszonyt igazoló dokumentum (házassági anyakönyvi kivonat, bejegyzett élettársi kapcsolatáról szóló igazolás, stb.) másolata,
- a NEAK, illetve egyéb hivatalos szerv felé történő adatkéréshez szükséges a biztosított, biztosított örököse vagy a



kedvezményezett által aláírt felmentő nyilatkozat eredeti példánya,

- a biztosított sporttagsági igazolványa, jogviszonyának igazolásra szolgáló dokumentumok másolata,
- orvosi ambuláns lap másolata,
- orvosi igazolás, beutaló másolata,
- altatási jegyzőkönyv másolata,
- kórlapok másolata,
- ápolási lap és dokumentáció másolata,
- labor eredmények másolata,
- képkalkotó műszeres vizsgálatok eredménye
- a kiegészítő biztosítási feltételekben részletezett további iratok.

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

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

18.5. A biztosított, illetve a kedvezményezett a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartásával, a biztosítási szerződés létrejöttével, vagy a kárigény érvényesítésével egyidejűleg felhatalmazza a biztosítót, hogy a biztosítási szerződéssel, illetve a szolgáltatási kötelezettség beálltával összefüggésben más biztosítótól információkat szerezzen be, valamint azoktól az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a biztosítottat kezelték, vizsgálták, a szükséges felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat közvetlenül beszerezze.

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

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

18.7. A biztosító által előírt, a kárrendezéshez kapcsolódó orvosi vizsgálaton részt vett biztosított az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében jogosult a vizsgálati eredményeket az egészségügyi szolgáltatónál megismerni.

18.8. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy ismételt 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.

19. A SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSE

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

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

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

20. PANASZKEZELÉssel KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

Jelen Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók a jelen általános szerződési feltételek kiadáskor 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

20.1. 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.

20.2. A biztosítóhoz intézett

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

20.3. 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.

20.4. 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.

20.5. 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.

20.6. 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.

20.7. 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.

20.8. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással 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.

20.9. 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, amennyiben a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül. A biztosítónak tájékoztatni kell e fogyasztót arról, hogy tett-e általános alávetési 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>

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

20.11. 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.

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

20.13. 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.

20.14. 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.

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

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

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

20.18. 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 eljárásán 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 eljárásán 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.

21. ELÉVÜLÉS

A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékeségtől számított 1 év elteltével évülnek el.

22. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

22.1. Jelen szerződés alapján járadék fizetésére nincs lehetőség.

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

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

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

22.5. A jelen szerződési feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés díjára és az annak alapján járó szolgáltatásra a személyi jövedelemadóról szóló (SZJA tv) rendelkezései is irányadók. Jogi személy szerződő esetén az SZJA tv. mellett a társasági adózásról szóló törvény, illetve a társadalombiztosításra vonatkozó jogszabályok is irányadóak. Mivel az adójogszabályok a szerződés tartama alatt változhatnak, indokolt a biztosított és a szerződő részéről a szerződés tartama alatt a törvényi változások figyelemmel kísérése. A Biztosító az aktuális adózásra vonatkozó információkat a honlapján (www.signal.hu) bocsátja ügyfelei rendelkezésére. Az adójogszabályok változásáról a biztosító nem küld értesítést, a jogszabályi változásokat a szerződő és a biztosított kíséri figyelemmel.

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

22.6.1. 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).

22.6.2. Független biztosításközvetítő az ügyfél megbízásából eljáró biztosításközvetítő (alkusz).

22.6.3. 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.

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

22.6.5. Tanácsadás: Jelen biztosítási termék tanácsadás nélkül értékesíthető.

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

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).

Az Általános Szerződési Feltételek szerkesztésének lezárási dátuma: 2018.02.20.

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.

BALESETI HALÁL

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül elhalálozik.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

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

2.2. Amennyiben a biztosító a halál alapjául szolgáló balesettel összefüggésben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra már szolgáltatást nyújtott, úgy a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra kifizetett összeget a baleseti haláleseti szolgáltatás összegéből levonja és csak a különbözetet fizeti ki.

KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a közlekedési baleset megtörténtétől számított 1 éven belül elhalálozik.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

Közlekedési balesetnek minősül a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

Nem minősül közlekedési balesetnek:

- a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkeztében nem hatott közre mozgó jármű,
- a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű, vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,

- jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, ütközésével, illetve megállásával összefüggésben következett be.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

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

2.2. Amennyiben a biztosító a halál alapjául szolgáló balesettel összefüggésben a közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra már szolgáltatást nyújtott, úgy a közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra kifizetett összeget a közlekedési baleseti haláleseti szolgáltatás összegéből levonja és csak a különbözetet fizeti ki.

KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított bármilyen okú elhalálása.

A biztosítási esemény időpontja a biztosított halálának napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott, a haláleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.

BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosítottnál a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül maradandó, legalább 20%-os mértékű baleseti egészségkárosodást állapítanak meg.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. Amennyiben a baleset napjától számított 1 éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 20%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek az egészségkárosodás mértékének megfelelő százalékát, de legfeljebb a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

2.2. Az egészségkárosodás mértékét az alábbiak szerint kell megállapítani (a táblázat csak iránymutatásként szolgál):

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 combközép felettig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy láb térd alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	50%
Egyik láb lábszár közepéig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	45%
Egyik lábfej teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	40%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely másik lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Az ízlelőképesség teljes elvesztése	5%
Az ízlelőképesség teljes elvesztése	5%

2.3. Az előző pontból adódó maradandó egészségkárosodási mértékek (százalékok) összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. Csak a legalább 20%-os baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás biztosítási esemény.

Amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg.

2.4. 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 a táblázat alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

2.5. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe.

2.6. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.

2.7. Amennyiben a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékével nem ért egyet, saját maga is beszerezhet orvosi véleményt.

Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvosszakértőt lehet egy újabb 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 egészségkárosodást állapított meg.

2.8. A baleset utáni első évben a jelen kiegészítő biztosítás kapcsán, kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Miután a biztosító fizetési kötelezettsége megállapítást nyert, a biztosított előlegként követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki az ebben az időpontban megállapítható, legalább 20%-os mértékű egészségkárosodás szerint járó kifizetést.

2.9. Ha a biztosított halála

- a balesetet követő 1 éven belül a balesetből kifolyólag következik be, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható,
- 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 teljesíthe-

tő a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása alapján számolni kellett volna.

3. MEGSZŰNÉS

Jelen kiegészítő biztosítás a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételeiben részletezettekén túl adott biztosított esetében megszűnik, akkor is, 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 adott biztosított vonatkozásban ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

4. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

4.1. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírta-kon túl a következő iratok benyújtását kérheti:

- kórházi kezelőlap és zárójelentés eredeti példánya,
- friss orvosi jelentés eredeti példánya a biztosított állapotáról,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összegszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti a rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
- a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv (amennyiben készült ilyen).

4.2. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító jogosult.

KÖZLEKEDÉSI BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosítottnál a közlekedési baleset megtörténtétől számított 1 éven belül maradandó, legalább 20%-os mértékű baleseti egészségkárosodást állapítanak meg.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

Közlekedési balesetnek minősül a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

Nem minősül közlekedési balesetnek

- a gyalogost ért olyan baleset, amelynek következtében nem hatott közre mozgó jármű,
- a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű, vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,
- jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, ütközésével, illetve megállásával összefüggésben következett be.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. Amennyiben a baleset napjától számított 1 éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 20%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a egészség-

károsodás mértékének megfelelő százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

2.2. Az egészségkárosodás mértékét az alábbiak szerint kell megállapítani (a táblázat csak iránymutatásként szolgál):

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 combközép felettig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy láb térd alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	50%
Egyik láb lábszár közepéig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	45%
Egyik lábfej teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	40%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%



Testrészek maradandó egészségkárosodása	Térítés mértéke:
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 (százalékok) összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot.

Amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg.

2.4. 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 a táblázat alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

2.5. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe.

2.6. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.

2.7. Amennyiben a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékével nem ért egyet, saját maga is beszerezhet orvosi véleményt.

Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvosszakértőt lehet egy újabb 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 egészségkárosodást állapított meg.

2.8. A baleset utáni első évben a jelen kiegészítő biztosítás kapcsán, kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Miután a biztosító fizetési kötelezettsége megállapítást nyert, a biztosított előlegként követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki az ebben az időpontban megállapítható, legalább 20%-os mértékű egészségkárosodás szerint járó kifizetést.

2.9. Ha a biztosított halála

– a balesetet követő 1 éven belül a balesetből kifolyólag következik be, a baleseti eredetű maradandó egész-

ségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható,

- 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. MEGSZŰNÉS

Jelen kiegészítő biztosítás a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételeiben részletezettekén túl adott biztosított esetében megszűnik, akkor is, 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 adott biztosított vonatkozásban ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

4. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

4.1. A közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kérheti:

- kórházi kezelőlap és zárójelentés eredeti példánya,
- friss orvosi jelentés eredeti példánya a biztosított állapotáról,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összegszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti a rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
- a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv (amennyiben készült ilyen).

4.3. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító jogosult.

BALESETI EREDETŰ PROGRESSZÍV SZOLGÁLTATÁSÚ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül maradandó, legalább 20%-os mértékű baleseti egészségkárosodást szenved.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1.a) Amennyiben a baleset napjától számított 1 éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 20%-os, de 50%-ot meg nem haladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás mértéke alapján megállapított százalékát, fizeti ki.

b) Amennyiben a baleset napjától számított 1 éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékének az 50%-ot meghaladó részére a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek az ötszörösét veszi alapul, **azaz legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosát fizeti ki.**

2.2. A maradandó egészségkárosodás mértékét az alábbiak szerint kell megállapítani (a táblázat csak iránymutatásként szolgál):

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 közepéig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	45%

Egyik lábfej teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	40%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely másik lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Az ízlésképesség teljes elvesztése	5%

2.3. Az előző pontból adódó maradandó egészségkárosodási mértékek (százalékok) összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot.

Amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg.

2.4. 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 a táblázat alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

2.5. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe.

2.6. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.

2.7. Amennyiben a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékével nem ért egyet, saját maga is beszerezhet orvosi véleményt.

Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvossalakértőt lehet egy újabb felülvizsgálatra felkérni.

A független orvossalakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvossalakértő a biztosító által korábban megállapítottaknál magasabb maradandó egészségkárosodást állapított meg.

2.8. A baleset utáni első évben a jelen kiegészítő biztosítás kapcsán, kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset kö-



vetkezményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Miután a biztosító fizetési kötelezettsége megállapítást nyert, a biztosított előlegként követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki az ebben az időpontban megállapítható, legalább 20%-os mértékű egészségkárosodás szerint járó kifizetést.

2.9. Ha a biztosított halála

- a balesetet követő 1 éven belül a balesetből kifolyólag következik be, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható,
- 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. MEGSZŰNÉS

Jelen kiegészítő biztosítás a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételeiben részletezettekén túl adott biztosított esetében megszűnik, akkor is, 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 adott biztosított vonatkozásban ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

4. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

4.1. A baleseti eredetű progresszív szolgáltatású maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kérheti:

- kórházi kezelőlap és zárójelentés eredeti példánya,
- friss orvosi jelentés eredeti példánya a biztosított állapotáról,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összegszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti a rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
- a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv (amennyiben készült ilyen).

4.3. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító jogosult.

BALESETI KÓRHÁZI NAPIDÍJ

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, 5 napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul. A biztosítási esemény a biztosítottat ért balesettel okozati összefüggésben álló kórházi kezelés első napjával kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiállításának napjával végződik.

1.2. Nem terjed ki a biztosítás:

- geriátriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolásra és a gyógytornára, fogyókúra kezelésekre,
- tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
- idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,
- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
- fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
- ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei által nyújtott ellátásaira.

1.3. Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel ok-okozati összefüggésben álló kórházi tartózkodásra és/vagy kezelésre.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset) miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, a baleset napjától számított 1 éven belül, de maximum 30 napra kórházi napidíjat fizet, feltéve, hogy az 5 napot meghaladta a kórházi ellátás.

2.2. Több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is a biztosító szolgáltatása 1 éven belül maximum 30 napra korlátozódik.

2.3. A kórházi napidíj mértéke a választott biztosítási összeg 100%-a.

BÁRMELY OKÚ KÓRHÁZI NAPIDÍJ

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, ha a biztosított baleset vagy betegség miatt orvosilag szükségesnek tartott, 5 napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul. A biztosítási esemény a kórházi kezelés első napjával kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.

1.2. Nem terjed ki a biztosítás:

- *geriátriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogókúrás kezelésekre,*
- *tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,*
- *idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,*
- *gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,*
- *fürdő- és egyéb gyógyintézetek,*
- *ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei által nyújtott ellátásaira.*

Nem terjed ki a biztosítási védelem továbbá, ha a kórházi ellátás oka

- *nem orvosi javaslatra történő terhességmegszakítás,*
- *rendszeres kábítószer- vagy alkoholfogyasztás miatt bekövetkező kórházi ápolás,*
- *a mesterséges megtermékenyítéssel összefüggő fekvőbeteg-kezelés.*

1.3. Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel, illetve a kockázatviselés kezdetét előtt már ismert és/vagy diagnosztizált betegséggel ok-okozati összefüggésben álló kórházi tartózkodásra és/vagy kezelésre.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset vagy betegség) miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, – baleset esetén a baleset napjától számított 1 éven belül –, **biztosítási évente maximum 30 napra kórházi napidíjat fizet, feltéve, hogy az 5 napot meghaladta a kórházi ellátás.**

2.2. Több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is a biztosító szolgáltatása 1 éven belül maximum 30 napra korlátozódik.

2.3. A kórházi napidíj mértéke a választott biztosítási összeg 100%-a.

BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett műtéti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra szorul, amelyeket az orvos-szakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg ellátás keretén belül végeznek.

1.2. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

1.3. Nem minősül biztosítási eseménynek:

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

- *patológias törés miatti műtét,*
- *artroszkópia és artroszkópos ízületi és szalagműtét.*

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

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

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

2.3. Ha egy műtéti beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon baleseti következmény elhárítását célzó) eljárás szükséges, akkor a térítés alapja a beavatkozás során elvégzett legmagasabb %-os értékű eljárásért fizetendő összeg.

2.4. Olyan műtételnél, melyek elvégzésénél a jelen szerződés létrejöttét megelőzően fennálló állapotok jelentős mértékben (legalább 25%-ig) közrehatottak, a biztosító a térítés összegét ezen közrehatás mértékével csökkenti. Ezt a közrehatást, illetve a mértéket a biztosító orvosa állapítja meg.



2.5. A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a 5. pontban található. Az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán megtekinthető. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás ezen, táblázatban nem található, úgy a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg.

3. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

3.1. A baleseti műtéti térítésre vonatkozó szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

3.2. A biztosító 1 biztosítási éven belül több biztosítási eseménnyel kapcsolatban is legfeljebb 2 alkalommal teljesít kifizetést, és összességében maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.

4. MŰTÉTEK BESOROLÁSA (példák)

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

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

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

4.2. 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

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

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

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

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

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

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

BÁRMELY OKÚ MŰTÉTI TÉRÍTÉS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított betegsége vagy a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett műtéti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra szorul, amelyeket az orvos-szakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg ellátás keretén belül végeznek.

1.2. Nem minősül biztosítási eseménynek:

- kozmetikai és plasztikai kezelésekkel összefüggő műtétek,

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

- terhesség alatti, a terhességgel vagy terhesség megszakítással összefüggő műtét,
- a méhen kívüli terhesség miatti műtét,
- mesterséges megtermékenyítés és az azzal összefüggő műtét,
- fogamzásgátlás és az azzal összefüggő műtét,
- szülés, szüléssel összefüggésben álló műtét,
- természetgyógyászati gyógyellátások, illetve az azok következménye miatt szükségessé vált műtét,
- fogászati, szájsebészeti műtét,
- felszínes bőrelváltozások kimetszése, mint például: zsírcsomó-, anyajegy-, szemölcs-, jégárpa eltávolítása

1.3. A biztosítási esemény időpontja a műtét napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére műtétí tértítést fizet.

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

2.3. Ha egy műtétí beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon baleseti vagy betegségi következmény elhárítását célzó) eljárás szükséges, akkor a tértítés alapja a beavatkozás során elvégzett legmagasabb %-os értékű eljárásért fizetendő összeg.

2.4. Olyan műtéteknél, melyek elvégzésénél a jelen szerződés létrejöttét megelőzően fennálló állapotok jelentős mértékben (legalább 25%- ig) közrehatottak, a biztosító a tértítés összegét ezen közrehatás mértékével csökkenti. Ezt a közrehatást, illetve a mértéket a biztosító orvosa állapítja meg.

2.5. A műtétí eljárások kivonatos listája és a tértítések %-os besorolása a 5. pontban található. Az orvosi beavatkozások tértítési csoportok szerinti részletes listája a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán megtekinthető. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás ezen táblázatban nem található, úgy a műtétí besorolást a biztosító orvosa állapítja meg.

3. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

3.1. A műtétí tértítésre vonatkozó szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

3.2. A biztosító egy biztosítási éven belül több biztosítási eseménnyel kapcsolatban is legfeljebb 2 alkalommal tel-

jesít kifizetést, és összességében maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.

4. MŰTÉTEK BESOROLÁSA (példák)

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

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

WHO-kód	Műtét megnevezése
57882	Belső fémrögztés eltávolítása
51100	Idegentest eltávolítása kötőhártyáról bemetszéssel
58900	Bőrvarrat
58900	Orrcsonttörés fedett helyzetétele

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

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

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

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

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

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

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

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

BALESETI EREDETŰ PLASZTIKAI MŰTÉTRE

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított testfelülete olyan mértékben károsodik vagy deformálódik, amely külső megjelenését a gyógyulást követően is hátrányosan befolyásolja, és ezen hátrány megszüntetése érdekében orvosi javaslatra rekonstrukciós célú plasztikai műtétnek veti alá magát.

1.2. Nem minősül biztosítási eseménynek a korábbi esztétikai célú plasztikai műtétet követő helyreállító (rekonstrukciós) plasztikai műtét vagy beavatkozás, valamint az orvosi műhiba következtében szükségessé váló rekonstrukciós műtét/beavatkozás sem.

1.3. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben baleseti eredetű plasztikai műtét esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeg erejéig megtéríti a plasztikai műtéttel kapcsolatos orvosilag igazolt költségeket (pl. orvosi honorárium, gyógyszerek, kötszerek, kórházi tartózkodás költségei).

2.2. A plasztikai műtétnek és az ezzel kapcsolatos kórházi tartózkodásnak a balesetet követően 1 éven belül kell történnie.

2.3. A biztosító a plasztikai műtéttel kapcsolatos költségeket csak a műtétet végző (NEAK általi működési engedéllyel rendelkező) egészségügyi intézmény által a biztosított nevére kiállított számla eredeti példánya ellenében téríti meg.

CSONTTÖRÉS, CSONTREPEDÉS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amely következtében a biztosított csonttörést vagy csontrepedést szenved.

1.2. Fogtörés nem minősül csonttörésnek, illetve a fogrepedés nem minősül csontrepedésnek.

1.3. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén – balesetenként a törések vagy repedések számától függetlenül – egyszeri kifizetesként a biztosítási esemény időpontjában hatályos, a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

2.2. Biztosítási évente biztosítottanként, maximum 2 biztosítási eseményre történhet szolgáltatás.

ÉGÉSI SÉRÜLÉSI TÉRÍTÉS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított égési sérülést szenved.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben az égési sérülések esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek az égési sérülés súlyossága alapján megállapított százalékát fizeti ki. A térítés mértéke az égési sérülés súlyosságától és kiterjedtségétől függően a következő:

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

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka.

2.1. Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle súlyosságú és/vagy kiterjedésű égési sérülést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedésének százalékos mértékét összeadva, a legmagasabb súlyosságú sérülés szorzójával állapítja meg. **Ez azonban összességében a 200%-ot nem haladhatja meg.**

2.2. A biztosító szolgáltatása 1 biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg kétszeresét.

BALESETI KÖLTSÉGTÉRÍTÉS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosítottnak baleseti költségei merülnek fel.

1.2. Baleseti költségnek minősülnek a balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított gyógyulásával, gyógykezelésével kapcsolatos, a biztosított nevére kiállított számlával igazolt:

- gyógyászati segédeszközök beszerzésének vagy más, a kezeléshez szükséges eszközök (pl.: gyógyszer, kötszer, stb.) szükséges mennyiségben való beszerzésének költségei,
- rehabilitációs költségek,
- mentési költségek, amelyek akkor válnak szükségessé, ha a balesetet szenvedett biztosított sérülten mentésre szorul, vagy ha meghal és a holtteste csak mentéssel hozzáférhető,
- szállítási költségek, amelyek akkor merülnek fel, ha a balesetet szenvedett biztosítottat a baleset helyszínéről a kezelésre alkalmas legközelebbi kórházba vagy orvoshoz szállítják, vagy ha a biztosított baleset következtében meghal, és a holttestét a baleset helyszínéről elszállítják.

1.3. Nem téríti meg a biztosító:

- a fürdőkúrákkal és üdülésekkel kapcsolatos utazási és tartózkodási költségeket, illetve

- a fogpótlásból vagy más gyógyászati segédeszközök javításából vagy újbóli beszerzéséből adódó költségeket.

1.4. Nem minősül továbbá baleseti költségnek a gyógyászati segédeszközök beszerzésének költsége, ha az nem áll közvetlen ok-okozati összefüggésben a balesettel.

1.5. A gyógyászati segédeszközök szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja.

1.6. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

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

2.2. Egy biztosítási évben a biztosító szolgáltatásának felső határa maximum a biztosítási összeg 100%-a, függetlenül a biztosítási események számától.

BALESETI GYÓGYULÁSI TÁMOGATÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a baleset napjától számított 1 éven belül orvosilag szükségesnek tartott:

- kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt nem kerül sor műtéti beavatkozásra, vagy
- kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt csak egy napon kerül sor műtéti beavatkozásra, illetve beavatkozásokra, vagy
- kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt több napon is sor kerül műtéti beavatkozásra, illetve beavatkozásokra, vagy
- kórházi fekvőbeteg-ellátásban nem részesül, de műtetre vagy egy napon belül több műtetre szorul.

1.2. Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan, úgy vesznek fel, hogy a személy a kórházi felvétel, illetve elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt orvosi ellátással kapcsolatban.

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

1.3. Nem terjed ki a biztosítás:

- tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
- idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,
- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
- idősek szociális otthonai és azok betegosztályai,
- fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
- ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei által nyújtott ellátásra.

1.4. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

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

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

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

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti többszöröse.

2.2. Az egy műtét során vagy egy napon belül elvégzett műtéti beavatkozások és sebészeti eljárások közül a biztosító kizárólag a legsúlyosabb műtétet veszi figyelembe a szolgáltatásnál, illetve mértékének meghatározásánál.

2.3. Ha a fekvőbeteg-ellátás során, a kórházi ápolás időszaka alatt eltérő napokon több műtéti beavatkozást, illetve beavatkozásokat is végeznek, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét egyik tényezőként meghatározó szorzót (többszörözőt) az alábbiak szerint állapítja meg:

A 2.2. pont szerint figyelembe veendő elvégzett legsúlyosabb műtét (több azonos súlyosságú műtét esetén egyhez) hozzárendeli a teljes kórházi ápolási napok számát és a táblázat szerinti szorzót, majd ehhez egymás után hozzáadja a további műtéti beavatkozásokhoz és – mindegyik esetén – nulla kórházi ápolási naphoz rendelt szorzókat. Tehát a biztosító az említett szorzók összegében állapítja meg az említett szorzót.

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

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

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

2.7. A biztosító szolgáltatása 1 biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg tizenöt-szörösét.

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

BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.

1.2. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosító a baleset napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges keresőképtelen napokra nyújt szolgáltatást.

2.2. A folyamatos keresőképtelenség első, a biztosítási szerződésben meghatározott számú napjára (önrész) a biztosító nem teljesít szolgáltatást. Az önrész a szerződő döntésétől függően lehet 7 vagy 14 nap.

2.3. A szolgáltatás mértéke:

a baleset napján hatályos biztosítási összegnek és azon napok számának a szorzata, amely napokon a biztosított keresőképtelen volt, figyelembe véve az önrészt.

2.4. A biztosító egy káreseménnyel összefüggésben a baleset napjától számított 1 éven belül legfeljebb 90 napra teljesít szolgáltatást.

2.5. A biztosító egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is legfeljebb 90 napra teljesít szolgáltatást.

3. A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLYE

3.1. Nem köthető meg baleseti keresőképtelenségi kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki saját jogon nem jogosult a társadalombiztosítás rendszerében finanszírozott keresőképtelenségi ellátásra – táppénzre, baleseti táppénzre, pl. munkanélküli, nyugdíjas, nappali tagozatos hallgató.

3.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy öregségi nyugdíjra jogosultságának megszerzéséig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el az öregségi nyugdíjra a jogosultságot, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik. A biztosítási díj ezen napig illeti meg a biztosítót.

4. A BIZTOSÍTÁSRA VONATKOZÓ EGYÉB RENDELKEZÉSEK

4.1. A biztosító és a szerződő a biztosítási ajánlat elfogadása előtt előírhatja az egészségbiztosítási járulék fizetésére vonatkozó kötelezettség igazolását, illetve jövedelemigazolás benyújtását.

4.2. A biztosított köteles a biztosítónak bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt szűnik meg a saját jogú keresőképtelenségi ellátásra való jogosultsága. Ebben az esetben a biztosítási évfordulón a kiegészítő biztosítás megszűnik.

5. MEGSZŪNÉS

A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás az ÁSZF-ben leírtakon kívül, adott biztosított vonatkozásában megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén, a következő biztosítási évfordulón:

- ha a biztosított öregségi nyugdíjra szerez jogosultságot,
- ha a biztosított rokkantsági nyugdíjra szerez jogosultságot,
- ha a biztosított 50%-os vagy az ennél súlyosabb fokú össz-szervezeti egészségkárosodását az arra jogosult társadalombiztosítási szerv határozatában megállapította.

Amennyiben a jelen pontban felsorolt feltételek közül bármelyik bekövetkezik, úgy a biztosított és szerződő köteles azt a bekövetkezésétől számított 30 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni.

6. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

6.1. A szolgáltatás iránti igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelteni kell a biztosítónak.

6.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírta-tkon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- táppénzes és/vagy keresőképtelenségi állomány megállapítására jogosult szerv által a táppénzes és/vagy keresőképtelenségi állomány igazolására rendszeresített nyomtatványok eredeti vagy másolati példányát,
- szükség esetén NEAK/MEP igazolást eredeti példányt.

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

BÁRMELY OKÚ KERESŐKÉPTELENSÉG (15 NAPOS) EGYSZERI TÉRÍTÉSEL

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, balesetből vagy betegségből eredően, 15 napot meghaladóan keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a betegségi vagy baleseti következmények elhárítása miatt szükséges keresőképtelen napokra nyújt szolgáltatást.

2.2. A folyamatos keresőképtelenség első 15 napjára, a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

2.3. A szolgáltatás mértéke:

Folyamatos keresőképtelenség esetén, a biztosító a keresőképtelenség első napján hatályos biztosítási összege fizeti ki, egyszeri térítésként; feltéve, hogy a keresőképtelen napok száma meghaladja a 15 napot.

2.4. A biztosító egy káreseménnyel összefüggésben, illetve 1 biztosítási éven belül csak egyszer nyújt szolgáltatást.

2.5. A biztosító egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is legfeljebb egyszer nyújt szolgáltatást.

3. A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLYE

3.1. Nem köthető meg baleseti keresőképtelenségi kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki saját jogon nem jogosult a társadalombiztosítás rendszerében finanszírozott keresőképtelenségi ellátásra – táppénzre, baleseti táppénzre, pl. munkanélküli, nyugdíjas, nappali tagozatos hallgató.

3.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy öregségi nyugdíjra jogosultságának megszerzéséig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el az öregségi nyugdíjra a jogosultságot, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

4. A BIZTOSÍTÁSRA VONATKOZÓ EGYÉB RENDELKEZÉSEK

4.1. A biztosító a biztosítási ajánlat elfogadása előtt előírhatja az egészségbiztosítási járulék fizetésére vonatkozó kötelezettség igazolását, illetve jövedelemigazolás benyújtását.

4.2. A biztosított köteles a biztosítónak bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt szűnik meg a saját jogú keresőképtelenségi ellátásra való jogosultsága. Ebben az esetben a biztosítási évfordulón a kiegészítő biztosítás megszűnik.

5. MEGSZÚNÉS

A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás az ÁSZF-ben leírtakon kívül, adott biztosított vonatkozásában megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén, a következő biztosítási évfordulón:

- a) ha a biztosított öregségi nyugdíjra szerez jogosultságot,
- b) ha a biztosított rokkantsági nyugdíjra szerez jogosultságot,
- c) ha a biztosított 50%-os vagy az ennél súlyosabb fokú össz-szervezeti egészségkárosodását az arra jogosult társadalombiztosítási szerv határozatában megállapította.

Amennyiben a jelen pontban felsorolt feltételek közül bármelyik bekövetkezik, úgy a biztosított és szerződő köteles azt a bekövetkezésétől számított 30 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni.

6. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSE ALÓL, A KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító kockázatviselése az ÁSZF-ben meghatározottakon kívül nem terjed ki:

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

D-E ROKKANTSÁGI KIEGÉSZÍTŐ

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, az arra jogosult állami szerv – Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya vagy jogutódja/jogutódjai – a biztosítottat D-E vagy annak megfelelő rokkantsági csoportba sorolja és erről baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozatot hoz.

A biztosítási esemény időpontja a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya (vagy jogutódja/jogutódjainak) orvosi határozatában a baleseti rokkantsági nyugdíj jogosultság, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosság kezdeteként megjelölt nap.

2. NEM BIZTOSÍTHATÓ SZEMÉLYEK

2.1. Jelen feltételek szerint nem köthető D-E rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki az arra jogosult nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be valaha igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.

2.2. Jelen feltételek szerint nem köthető rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, akit a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya vagy jogelődje a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a Hivatalnál új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.

3. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget téríti meg.

3.2. A biztosító a szolgáltatást a biztosítás tartama alatt csak egyszer fizeti ki, így állapotrosszabbodás esetén sem történik újabb kifizetés.

3.3. A biztosított a szolgáltatásra csak abban az esetben jogosult, ha érvényes magyar társadalombiztosítással rendelkezik.

4. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

4.1. A szolgáltatás iránti igényt a baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozat kézhezvételétől számított 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozatot és orvosi határozatot,
- a határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok (leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, stb.) másolatát.

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

4.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult.

C2 ROKKANTSÁGI KIEGÉSZÍTŐ

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, az arra jogosult állami szerv – Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya vagy jogutódja/jogutódjai – a biztosítottat C2 vagy annak megfelelő rokkantsági csoportba sorolja és erről baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozatot hoz.

A biztosítási esemény időpontja a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya (vagy jogutója/jogutódjainak) orvosi határozatában a baleseti rokkantsági nyugdíj jogosultság, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosság kezdeteként megjelölt nap.

2. NEM BIZTOSÍTHATÓ SZEMÉLYEK

2.1. Jelen feltételek szerint nem köthető C2 rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki az arra jogosult nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be valaha igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.

2.2. Jelen feltételek szerint nem köthető rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, akit a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya vagy jogelődje a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a Hivatalnál új vagy régi véleményezett-ként tartanak nyilván.

3. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget téríti meg.

3.2. A biztosító a szolgáltatást a biztosítás tartama alatt csak egyszer fizeti ki, így állapotrosszabbodás esetén sem történik újabb kifizetés.

3.3. A biztosított a szolgáltatásra csak abban az esetben jogosult, ha érvényes magyar társadalombiztosítással rendelkezik.

4. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

4.1. A szolgáltatás iránti igényt a baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozat kézhezvételétől számított 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozatot és orvosi határozatot,
- a határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok (leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, stb.).

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

4.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult.

KIEMELT KOCKÁZATÚ (KRITIKUS) BETEGSÉGEKRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül az 1.2 pontban meghatározott, a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül, váratlanul bekövetkezett betegség.

1.2. BETEGSÉGEK MEGHATÁROZÁSA

1.2.1. A szívizomelhalás (szívinfarktus) a szívizomzat bizonyos részeinek elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizomelhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.

1.2.2. Rosszindulatú daganatos betegség esetén a szövettani atípia jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása áll fenn, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió) és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis/áttét).

Jelen feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatok alábbi csoportjaira:

- **rákelőző (precarcinoma) állapotok,**
- **a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,**
- **a bőrrák, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),**
- **a HIV pozitív diagnózis mellett fellepő bármely daganat,**
- **chronikus lymphoid leukaemia.**

1.2.3. Krónikus veseelégtelenség áll fenn, ha a vesék működése visszafordíthatatlanul csökkentek és ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető és a beteg a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rendszeres, tartós dialíziskezelés megkezdésének időpontja, amennyiben a kezelés még legalább 60 napig tart, vagy ezen időszak alatt veseátültetésre kerül sor.

1.2.4. Agyi érkatasztrófa az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfalszakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán maradandó szervi, idegrendszeri károsodás alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa felléptét követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók. **Valamely balesettel oki összefüggésben lévő érkatasztrófákra a biztosítás nem terjed ki.**

1.2.5. Jelen feltételek szempontjából szervátültetésnek minősül az a műtéti beavatkozás, melynek során a szervet kapó (recipiens) testébe más szervezetéből (donor) szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj vagy vese kerül átültetésre.

Szövet- és sejtátültetés nem fedi a szervátültetés fogalmát, emiatt a csontvelő-, hasnyálmirigy-, bőr- és csontátültetés nem biztosítási esemény.

1.2.6. Jelen feltételek szempontjából szívkoszorúér-műtétnek számít az a nyitott mellkasi beavatkozás, melynek célja két vagy több ér koszorúérfestéssel igazolt szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése a beteg érszakasz eltávolítása és annak a szervezet más részéből származó érrel való pótlása által.

1.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja

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

1.3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja szívinfarktus esetén a szívinfarktus-diagnózis felállításának napja.

1.3.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rosszindulatú daganatok esetén a diagnózis felállításának a napja.

1.3.3. A biztosítási esemény időpontja veseelégtelenség fellépésekor a rendszeres, tartós dialízis kezelés megkezdését követő 60 nap.

1.3.4. A biztosítási esemény időpontja agyi érkatasztrófa esetén a betegség bekövetkezésének időpontja, feltéve, hogy a maradandó szervi idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellepését követő 30 nap után is egyértelműen kimutathatók.

1.3.5. A biztosítási esemény időpontja a szervátültetés esetén a műtét időpontja.

1.3.6. A biztosítási esemény időpontja a szívkoszorúér műtét esetén a műtét időpontja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes összeget téríti meg.

2.2. A biztosítási összeg csak egyszer kerülhet kifizetésre, akkor is, ha több betegség együttesen lép fel, illetve a kárkifizetést követően újabb betegség vagy abból eredő halál következik be.

3. MEGSZŪNÉS

Jelen kiegészítő biztosítás a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételeiben részletezettekén túl adott biztosított esetében megszűnik, akkor is, 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 adott biztosított vonatkozásban ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

4. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

4.1. A szolgáltatás iránti igényt legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezését követő 60 napon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő speciális iratok, illetve dokumentumok bemutatását is kérheti:

4.2.1. Szívizomelhalás bizonyításához az alábbi körülmények hiteles egészségügyi dokumentummal igazolható jelenléte szükséges:

- a kórtörténetben típusos mellkasi fájdalom és
- friss szívizomelhalásra utaló EKG elváltozás és
- szívizom-specifikus enzimszintek kórjelző mértékű emelkedése (a két utóbbi körülmény megvalósulása önmagában is bizonyító értékű) és/vagy
- egyértelmű kórbonctani információ, mely bizonyítja a friss és a halállal közvetten oki összefüggésben lévő szívizomelhalás tényét. Friss szívizomelhalásra utaló EKG elváltozás (jelen különös feltételek szempontjából csak azok a szívizomelhalások tekinthetők a kockázatviselési körbe tartozónak, melyeknél a koszorúér-elzáródással okozati összefüggésben a hagyományos– 12 elvezetéses – EKG felvétel bármelyik elvezetésében kóros, korábban nem észlelt Q hullám – szélessége meghaladja a 40 ms-ot, amplitudoja az R hullám amplitudojának 25%-át) és az úgynevezett szívizomspecifikus enzimszintek kórjelző mértékű emelke-

dése – bármelyik intracellularis enzim (CPK,CKMB, SGOT, LDH, alfa-HBDH) szintjének szignifikans, jól dokumentált emelkedése ezen feltétel megvalósulásaként értékelendő.

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

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

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

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

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

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

BIZTOSÍTÁSI FEDEZETEK ÉS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK TÁBLÁZAT

Fedezet megnevezése	Minimum BÖ	Maximum BÖ
Baleseti halál*	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (20% tól)**	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti eredetű progresszív szolgáltatású maradandó egészségkárosodás **	100 000 Ft	5 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halál**	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (20% tól)**	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti kórházi napidíj	1 000 Ft	15 000 Ft
Baleseti műtéti térítés**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti plasztikai műtéti térítés**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Csonttörés	5 000 Ft	50 000 Ft
Égési sérülés**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti költségtérítés**	25 000 Ft	250 000 Ft
Baleseti gyógyulási támogatás**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti keresőképtelenség (7 napos önrész)**	1 000 Ft	10 000 Ft
Baleseti keresőképtelenség (14 napos önrész)**	1 000 Ft	10 000 Ft
Kockázati élet **	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Bármely okú kórházi napidíj	1 000 Ft	15 000 Ft
Bármely okú műtéti térítés**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Bármely okú táppénz (15 napos) egyszeri térítés	10 000 Ft	100 000 Ft
Kritikus betegségek**	100 000 Ft	1 000 000 Ft
D-E rokkantság**	100 000 Ft	10 000 000 Ft
C2 rokkantság**	100 000 Ft	0 Ft

*Baleseti halál fedezet kötelezően választandó.

**Ezen fedezetek esetén a maximális biztosítási összeg nem haladhatja a baleseti halál biztosítási összegét.





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