



EGYÉNI BALESETBIZTOSÍTÁS

Általános és kiegészítő feltételek

Hatályos: 2018. február 23-tól



BALESETBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK (ÁSZF)	2
1. A biztosítási esemény	2
2. A biztosítási szerződés alanyai	2
3. A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete	3
4. A biztosítási időszak, a szerződés megszűnésének esetei, maradékjogok	4
5. A biztosítási díj és a biztosítási összeg	4
6. Késedelmes díjfizetés	4
7. Újra érvénybe helyezés (reaktiválás)	4
A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	4
8. Közlési és változás bejelentési kötelezettség	4
9. A biztosított egyéb kötelezettségei	5
10. Titoktartási kötelezettség, titokvédelemmel kapcsolatos előírások	5
11. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók	10
12. A szerződés visszavásárlása, díjmentes leszállítása, kötvénykölcsön, maradékjogok	12
13. Egyéb változások bejelentése	12
14. Orvosi vizsgálat, egészségi nyilatkozat, várakozási idő	12
15. A szerződés területi hatálya	12
16. Nem biztosítható személyek	12
17. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok	12
18. A kockázatviselés korlátozása	14
19. A biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól	14
20. A biztosítási esemény bejelentése	14
21. A biztosítási szolgáltatások	15
22. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok	15
23. A szolgáltatás kifizetése	16
24. Jognyilatkozatok	16
25. Nyereségrészesedés	17
26. A biztosítás értékének megőrzése	17
27. Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók	17
28. Egyéb	18
29. Elévülés	19
30. Egyéb rendelkezések	19
31. A biztosítási szerződés módosulásának szabályai jogszabály megváltozása esetén	19
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK	20
BALESETI HALÁL ÉS BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (A1100)	20
BALESETI HALÁL ÉS PROGRESSZÍV (MEGNÖVELT SZOLGÁLTATÁSÚ)	
BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (A1150)	21
BALESETI KÓRHÁZI NAPIDÍJ (A1910)	22
BALESETI EREDETŰ PLASZTIKAI MŰTÉT (A1920)	22
CSONTTÖRÉS, CSONTREPEDÉS (A1930)	23
ÉGÉSI SÉRÜLÉSI TÉRÍTÉS (A1935)	23
BALESETI KÖLTSÉGTÉRÍTÉS (A1940)	23
BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉS (A1961)	24
BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG (A1970)	26
BALESETI GYÓGYULÁSI TÁMOGATÁS (A1980)	27
KÖZÚTI KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL (A1990)	28
KÖZÚTI KÖZLEKEDÉSI BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (A1995)	29

BALESETBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK (ÁSZF)

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

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

A Biztosító mentesülésének szabályai, a biztosító szolgáltatása korlátozásának a feltételei, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó 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.

Cégjegyzék száma: 01-10-042159

Tulajdonosa: SIGNAL IDUNA Holding (Németország)

Központi ügyfélszolgálat:

1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Telefon: 36 1 458 4200

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

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

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

Ügyfeleinknek lehetősége van a biztosító felé (írásban vagy telefonon keresztül) jelezni az esetleges, a 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 Egyéni balesetbiztosítási szerződésekre érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a Balesetbiztosítási Általános 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 ESEMÉNY

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

1.2. Biztosítási esemény kizárólag a kockázatviselés időtartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, váratlan baleset, illetve annak következménye.

1.3. 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 hőguta.

2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

2.1. Szerződő: a biztosítóval szerződést kötő fél, aki a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal és a szerződéssel kapcsolatosan a jognyilatkozatok megtételére jogosult. Szerződő kizárólag magyarországi állandó lakcímmel rendelkező, magyar állampolgárságú természetes személy, illetve magyarországi székhellyel bíró jogi személy és jogi személyiséggel nem rendelkező jogalany egyaránt lehet.

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

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

2.2. Biztosított: az a 2-70 év közötti, magyarországi állandó lakcímmel rendelkező, magyar állampolgárságú természetes személy, akinek a személyével kapcsolatos szerződési feltételekben meghatározott biztosítási események kockázatviselési időszakon belüli bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.

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

A biztosítási szerződésben a szerződő és a biztosított személye különválhat.

A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép. A biztosított a szerződésbe szerződként bármikor beléphet. Ha a biztosított belép a szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a



szerező féllel egyetemlegesen felelős. A belépésről a biztosítót írásban értesíteni kell.

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

- a szerződésben megnevezett személy, vagy
- a biztosított vagy törvényes örököse, ha a szerződésben kedvezményezettet nem jelöltek meg, vagy a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában.

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

Azonos biztosítási szolgáltatásra több kedvezményezett is jelezhető a kedvezményezettekre jutó százalékos mérték egyidejű megjelölésével. Amennyiben a százalékos mértékek együttes összege nem pontosan 100 százalék, akkor a biztosító a kedvezményezettek között a kedvezményezés arányában osztja szét a teljes biztosítási összeget.

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.

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

3. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, HATÁLYBALÉPÉSE, A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE

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

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

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

A biztosított az ajánlat megtételekor – ettől eltérő rendelkezés hiányában – minden esetben köteles egészségi nyilatkozatot

tenni. A biztosítottnak a nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie.

3.3. A biztosító által feltett kérdésekre adott válaszokkal a biztosított közzéi kötelezettségének eleget tesz. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végezhet, melynek során a biztosított orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait kérheti. A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni. A kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító az ajánlatot elfogadja vagy elutasítja, illetve az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles megindokolni.

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

3.5. Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 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.

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

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

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

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

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

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

4.1. A biztosítás tartama 1 év, mely automatikusan évenként újabb 1 évre meghosszabbodik, kivéve, ha bármelyik szerződéses fél az évforduló előtt legalább 30 nappal írásban ellenkező értelmű nyilatkozatot nem tesz.

4.2. A szerződés megszűnhet:

- a biztosított személy elhalálozásával,
- díjnemfizetés miatt,
- felmondással,
- **határozott idejű szerződések esetén a szerződésben megjelölt időpontban.**

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

4.4. Ha a biztosított természetes halállal elhunyt, és ezt a tényt a biztosítás tartama alatt a biztosítónak bejelentik, akkor adott biztosított vonatkozásban a biztosító kockázatviselése a halál napjára, visszamenőleges hatállyal megszűnik.

5. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ ÉS A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

5.1. 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 számít fel. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép hatályba. Az első biztosítási évre szóló díj a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

5.2. 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.

5.3. A kezdeti biztosítási összeget a szerződéskötéskor a szerződő választja a biztosító által megadott lehetőségek közül.

5.4. A biztosító jogosult minden biztosítási időszakra új biztosítási díjat és/vagy biztosítási összeget megállapítani. A biztosító az új díjról és/vagy biztosítási összegéről, annak hatályba lépése előtt legalább 60 nappal köteles tájékoztatni a szerződőt.

6. KÉSEDELMES DÍJFIZETÉS

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

7. ÚJRA ÉRVÉNYBE HELYEZÉS (REAKTIVÁLÁS)

A szerződés nem reaktiválható.

A SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

8. KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

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

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

8.3. A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a szerződés tartama alatt beálló lényeges körülmények változását a változás bekövetkezésétől számított 5 munkanapon belül, az elérhetőségekben, 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: 36 1 458 4200

fax: 06 1 458 4260,

postacím: SIGNAL Biztosító Zrt.

1519 Budapest, Pf. 260.

8.4. Amennyiben a szerződő és a biztosított a változás bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok irányadóak.

8.5. A biztosított egészségi állapotával, foglalkozásával, szabadidős tevékenységével kapcsolatosan baleseti kockázatának elbírálása érdekében a biztosító jogosult kérdéseket feltenni, továbbá orvosi vizsgálatot és egészségi nyilatkozat kitöltését is kérheti.

8.6. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményeket a szerződéskötéskor a biztosító ismerte, vagy az nem volt kihatással a biztosítási esemény bekövetkeztére.

9. A BIZTOSÍTOTT EGYÉB KÖTELEZETTSÉGEI

9.1. A baleset után a biztosítottnak haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejeztéig folytatni kell, gondoskodni kell a baleset következményeinek – a lehetőség szerint – elhárításáról és enyhítéséről.

9.2. A biztosító előírhatja, hogy a biztosított a biztosító által megnevezett orvosokkal indokolt esetben megvizsgáltassa magát.

10. 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.

10.1. A BIZTOSÍTÁSI TITOKRA VONATKOZÓ RENDELKEZÉSEK

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

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

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

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

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

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

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

- a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,

- 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 vagytonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagytonfelügyelővel, rendkívüli vagytonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagytonfelügyelővel, bírósággal,
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- IV (2) pontban foglalt esetekben az adóhatósággal,
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titokszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
- az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
- a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,
- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgáló feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,

- 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 adata 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 közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

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

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

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

IV (6). A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a. a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b. a büntető törvénykönyvről szóló 2012 évi C törvény (Btk.) szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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

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

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

V. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a. a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi 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 megíúsulásával 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.

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

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

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

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

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

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

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

XII (3) Aki üzleti titok birtokába jut, nem használhatja fel arra, hogy annak révén saját maga vagy más személy részére közvetlen vagy közvetett módon előnyt szerezzen, továbbá, hogy a biztosítónak, a viszontbiztosítónak vagy ügyfeleinek hátrányt okozzon.

10.3. A BIZTOSÍTÁSI TITOKRA ÉS AZ ÜZLETI TITOKRA 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.

10.4. 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.

10.5. 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.

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

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

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

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

- a. a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
- b. a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a XVII (4). pont b-e. pontjában meghatározott adatokat;
- c. 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;
- d. 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;
- e. 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 kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:

- a. 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,
- b. 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) hozhatna 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 igénylés továbbításáról az igénylőt egyidejűleg köteles tájékoztatni.

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

11. A SZEMÉLYES ADATKEZELÉSRE VONATKOZÓ TUDNIVALÓK

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

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

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

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



A különleges adatok kezelésére vonatkozó írásos hozzájárulását az érintett ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. tv. (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 adatait is továbbítja e kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

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

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

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

Az érintett a biztosító adatkezelésével kapcsolatosan az alábbi jogokkal élhet:

11.2. Tájékoztatás kérése

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

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

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

11.3. Helyesbítés

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

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

11.4. Törlés

A személyes adatot törölni kell, ha

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

11.5. Zárolás

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

11.6. Nyilvánosságra hozatal

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

11.7. Felmentés, felhatalmazás

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

téséhez szükséges egyéb személyes vagy különleges adatok beszerzése érdekében személyesen köteles eljárni.

11.8. Szerződésre jellemző értékek módosítása

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

12. A SZERZŐDÉS VISSZAVÁSÁRLÁSA, DÍJMENTES LESZÁLLÍTÁSA, KÖTVÉNYKÖLCSÖN, MARADÉKJOGOK

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

13. EGYÉB VÁLTOZÁSOK BEJELENTÉSE

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

14. ORVOSI VIZSGÁLAT, EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT, VÁRAKOZÁSI IDŐ

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

14.2. A biztosító várakozási időt nem köt ki.

15. A SZERZŐDÉS TERÜLETI HATÁLYA

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

16. NEM BIZTOSÍTHATÓ SZEMÉLYEK

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

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

16.3. Nem biztosíthatóak a 70. életévüket betöltött személyek.

16.4. Nem biztosíthatóak az alábbi személyek:

- a magyar társadalombiztosítási szerv határozata alapján bármilyen fokú maradandó egészségkárosodással bír,
- idült szív- és keringési rendszeri betegségben szenved,
- vérzékeny,
- inzulin-függő (I. típusú) cukorbetegségben szenved,
- dialízis kezelésben részesül,
- Alzheimer-kórban szenved,
- vasculáris demenciában szenved,

- mániás depressziós/bipoláris affektív zavarban szenved,
- skizofrén,
- Parkinson-kórban szenved,
- diagnosztizált sclerosis multiplex betegségben szenved,
- diagnosztikai vizsgálattal alátámasztottan demielinizációs tünetekkel rendelkezik,
- Myastenia gravis megbetegedésben szenved,
- HIV-fertőzött,
- soküzeleti 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.

16.5. Nem biztosítható személyekre vonatkozóan biztosítási szerződés nem köthető.

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

17. A BIZTOSÍTÁSI VÉDELEMBŐL KIZÁRT KOCKÁZATOK

Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

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

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

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

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

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



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

17.7. Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.

17.8. Megemelés, habituális ficam, patológiás törés.

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

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

- a) autó-motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, motocross, jet ski, motorcsónak sport, vízisízés, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival),
- b) búvárkodás légzőkészülékkel 40 méter alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, surf, vadvízi evezés,
- c) 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, hőlégballoonozás, léghajó, motoros vitorlázó repülő, paplanrepülő pilóta, siklóernyő, siklórepülő, sárkány és ultrakönnnyű repülő pilóta, vitorlázó repülő).

17.11. Közvetve vagy közvetlenül radioaktív sugárzás illetve ionizáló sugárzás (pl. röntgen) által okozott balesetek, abban az esetben, amennyiben az nem áll összefüggésben a biztosított – munkavédelmi szabályok betartása melletti – munkavégzésével.

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

- a) kóros elmeállapot,
- b) HIV-fertőzés,
- c) nukleáris energia.

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

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

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

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

- a) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,
- b) a fogpótlás.

17.17. 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 geriatriai, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizikoterápia, fürdőkúra, fogyókúra),
- d) orvosi végzettséggel vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

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

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

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

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

17.22. A biztosított foglalkozásával összefüggésben bekövetkező biztosítási események, amennyiben a biztosított foglalkozása:

- artista,
- bűvár,
- bányász,
- építőmunkás magas építményeken 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,
- állatszeliidítő,
- barlangi mentő, hegyi mentő,
- hivatásos katona,
- tűzszerész.

17.23. 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 fűgnek össze.

18. A KOCKÁZATVISELÉS KORLÁTOZÁSA

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

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

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

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

18.5. 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.

19. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSE ALÓL

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

19.2. 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.

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

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

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

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

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

20. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

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

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

20.3. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biz-



tosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

20.4. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a 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 kideríthetlenné válik.

21. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

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

22. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSÉHEZ SZÜKSÉGES IRATOK

22.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a biztosított, illetve a szolgáltatásra jogosult a szolgáltatási kötelezettség beálltának, 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

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

Valamennyi, a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok:

- a biztosító erre a célra szolgáló, hiánytalanul kitöltött és aláírt szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványának eredeti példánya,
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, annak bekövetkezésében szerepet játszó eseményre vonatkozó, illetve az azal kapcsolatos valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, gyógykezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatai, beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát is,
- baleseti/közlekedési baleseti jegyzőkönyv, vagy rendőrségi – munkahelyi baleset esetén munkahelyi – baleseti jegyzőkönyv másolata (amennyiben ilyen készült),
- véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült),
- toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (ha készült),
- amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélyének és a jármű forgalmi engedélyének másolata,

- hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas, hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárást befejező/elutasító határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,
- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása,
- kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő, illetve gyámhatóság vonatkozó nyilatkozata.

Baleseti/közlekedési baleseti halál esetén:

- a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolata,
 - halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
 - boncolási jegyzőkönyv/korbonctani lelet másolata (amennyiben készült és a kár elbíráláshoz szükséges),
 - a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata,
 - a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatai,
 - halotti epikrizist tartalmazó kórházi zárójelentés,
 - a halál előtti orvosi dokumentumok, ambuláns vagy fekvőbeteg kórházi kezelés esetén kórházi ambuláns kezelőlap és/vagy zárójelentés(ek) másolata,
 - a háziorvos által kitöltött haláleset utáni orvosi jelentés nyomtatvány,
 - házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi betegkarton másolata,
 - 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

Egyéni progresszív szolgáltatású, baleseti /közlekedési baleseti eredetű 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 testrésze vonatkozó, minden részletre kiterjedő státuszleírás
- végállapotot leíró szakorvosi, kezelőorvosi dokumentáció másolata,
- az arra jogosult szerv által kiadott, a maradandó egészségkárosodásra vonatkozó orvosi határozat másolata (amennyiben ilyen készült).

Kórházi ápolás, műtéti térítés, plasztikai műtét, égési sérülés, 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.

Baleseti 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).

Egyéb, szükség esetén benyújtandó dokumentumok:

- biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény eredeti példánya,
- az utolsó díjfizetést 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,
- képpalkotó műszeres vizsgálatok eredménye,
- a kiegészítő biztosítási feltételekben részletezett további iratok.

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

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

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

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

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

22.7. 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.

23. A SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSE

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

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

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

24. JOGNYILATKOZATOK

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

25. NYERESÉGRÉSZESEDÉS

A szerződés nyereségrészesedésre nem jogosít.

26. A BIZTOSÍTÁS ÉRTÉKÉNEK MEGŐRZÉSE

26.1. A biztosítás értékének megőrzését a biztosítási díj és a biztosítási összeg évenkénti azonos arányú emelése biztosítja. Az emelésre a biztosító tesz ajánlatot a szerződőnek. Az emelést a biztosító a biztosított baleseti kockázatának újabb vizsgálata nélkül hajtja végre.

26.2. A díjemelkedés mértéke minden évben a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári év inflációs rátájával egyenlő. A biztosító javaslatot tehet az inflációs rátánál magasabb díjemelésre is.

26.3. Ha az inflációs ráta nem éri el a 2%-ot, akkor az értékötetés rátája 2%.

26.4. A biztosítási díj és összeg emelkedése a biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődik, és évente következik be. Biztosítási évforduló minden év azon hónapjának azon napja, amely a biztosítási kötvényen a hatályba lépés időpontjaként szerepel.

26.5. A biztosítási évfordulót megelőzően legalább 30 nappal a biztosító minden évben értesítést küld a megemelkedett díjról és biztosítási összegről.

A szerződőnek jogában áll a díjnövelést visszautasítani, ha ezt a biztosítási évfordulóig nem teszi meg írásban, a biztosító a megnövekedett díjat tekinti érvényesnek. Ha a szerződő egymás után két díjnövelést utasít vissza, a továbbiakban nincs lehetősége újabb növelésre.

27. PANASZKEZELÉSEL KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

Jelen Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók a jelen általános szerződési feltételek kiadásakor hatályos Bit-nek, valamint a biztosító, a többes ügynökök és az alkuszok panaszkezelésének eljárásával, valamint a panaszkezelési szabályzatával kapcsolatos részletes szabályokról szóló 437/2016. (XII.16.) Korm. rendelet ezen feltétel lezárásának napján hatályos szövege szerint megfelelően került beillesztésre. A www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor aktuális Bit-nek és megfelelő Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók

27.1. 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

Levél cím: 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.

27.2. A biztosítóhoz intézett

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

27.3. 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.

27.4. 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 előhangos

bejelentkezése érdekében úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.

27.5. 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.

27.6. 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.

27.7. Ha a panasz azonnali vizsgálata 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.

27.8. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokollással 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.

27.9. A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában írásban tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy az a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben (a továbbiakban: MNBtv.-ben) meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a pénzügyi közvetítő rendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, amennyiben a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül. A biztosítónak tájékoztatni kell e fogyasztót arról, hogy tett-e általános 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>

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

27.11. 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 sza-

bályzat) készít. A biztosító a panaszkezelési szabályzatban tájékoztatja az ügyfelet a panaszügyintézés helyéről, levelezési címéről, elektronikus levelezési címéről, telefonszámáról és telefaxszámáról.

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

27.13. 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.

27.14. 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.

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

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

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

27.18. 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 eljáráson 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 eljáráson 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.

28. EGYÉB

28.1. Jelen szerződés alapján járadékfizetésre nincs lehetőség.

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

28.3. Írásban tett nyilatkozatnak nem minősül jelen feltételek alapján az elektronikus aláírással ellátott elektro-

nikus dokumentumba foglalás (kivéve annak az eredeti, a nyilatkozatot tevő aláírásával ellátott nyilatkozat szkennelt PDF. formátumú másolatát tartalmazó melléklete, vagy fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalás) és az SMS.

29. ELÉVÜLÉS

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

30. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

30.1. A jelen szerződési feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés díjára és az annak alapján járó szolgáltatásra a személyi jövedelemadóról szóló (SZJA tv.) rendelkezései is irányadók. Jogi személy szerződő esetén az SZJA tv. mellett a társasági adózásról szóló törvény, illetve a társadalombiztosításra vonatkozó jogszabályok is irányadóak. Mivel az adójogszabályok a szerződés tartama alatt változhatnak, indokolt a biztosított és a szerződő részéről a szerződés tartama alatt a törvényi változások figyelemmel kísérése. A biztosító az aktuális adózásra vonatkozó információkat a honlapján (www.signal.hu) bocsátja Ügyfelei rendelkezésére. Az adójogszabályok változásáról a biztosító nem küld értesítést, a jogszabályi változásokat a szerződő és a biztosított kíséri figyelemmel, ez alól kivételt képez a szerződési feltételek 31. pontjában foglalt eset.

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

Függő biztosításközvetítő az a biztosításközvetítő, aki biztosítóval fennálló jogviszony alapján

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

Független biztosításközvetítő az ügyfél megbízásából eljáró biztosításközvetítő (alkusz).

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.

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

Tanácsadás: Jelen biztosítási termék tanácsadás nélkül értékesíthető.

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

31. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MÓDOSULÁSÁNAK SZABÁLYAI JOGSZABÁLY MEGVÁLTOZÁSA ESETÉN

Ha a szerződéskötést követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, a biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő hatvan 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 harminc 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.

BALESETI HALÁL ÉS BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (A1100)

1. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül:

- elhalálozik, vagy
- legalább 1%-os mértékű maradandó baleseti egészségkárosodást szenved.

2. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

- Baleseti halál esetén: a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- Maradandó, legalább 1%-os mértékű baleseti eredetű egészségkárosodás esetén: ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 1%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

3. A MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS MÉRTÉKÉT AZ ALÁBBIK 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 ízlésképesség teljes elvesztése	5%

3.1. Az előző pontból adódó maradandó egészségkárosodási mértékek összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. Amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a maradandó egészségkárosodás mértékek együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a maradandó egészségkárosodás mértékei összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa a biztosítási összeg háromszorosa. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott maradandó egészségkárosodás százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke az egészségkárosodási tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó maradandó egészségkárosodást veszi figyelembe.

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

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

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 egészségkárosodási mértéket állapított meg.

3.3. A baleset utáni első évben a maradandó egészségkárosodási kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak.

BALESETI HALÁL ÉS PROGRESSZÍV (MEGNÖVELT SZOLGÁLTATÁSÚ) BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (A1150)

1. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül:

- elhalálozik, vagy
- legalább 1%-os mértékű maradandó baleseti eredetű egészségkárosodást szenved.

2. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

- Baleseti halál esetén: a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- Maradandó, legalább 1%-os mértékű baleseti eredetű egészségkárosodás esetén: ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 1%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenvedett, akkor
 - ha a mérték az 50%-ot nem haladja meg: a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek az egészségkárosodás mértékének megfelelő százalékot,
 - ha a mérték az 50%-ot meghaladja: a biztosító az egészségkárosodás mértékének az 50%-ot meghaladó részére a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos maradandó egészségkárosodási biztosítási összeg ötszörösét veszi alapul, azaz legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosát fizeti ki.

3. A MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS MÉRTÉKÉT AZ ALÁBBIK 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 szaglóérék teljes elvesztése	10%
Az ízlésképesség teljes elvesztése	5%

3.1. Az előző pontból adódó maradandó egészségkárosodási mértékek összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. Amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a maradandó egészségkárosodás mértékek együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a maradandó egészségkárosodás mértékei összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa a biztosítási összeg háromszorosára. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott maradandó egészségkárosodás százalékok 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. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó maradandó egészségkárosodást veszi figyelembe.

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

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

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 egészségkárosodási mértéket állapított meg.

3.3. A baleset utáni első évben a maradandó egészségkárosodási kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak.

BALESETI KÓRHÁZI NAPIDÍJ (A1910)

1. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, 1 napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul. A biztosítási esemény a biztosítottat ért balesettel okozati összefüggésben álló kórházi kezelés első napjával kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.

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

1.3. Nem terjed ki a biztosítás: – geriátriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogyókúrás kezelésekre,

- tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
- idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,

- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
- fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
- rehabilitációs gyógyintézetek,
- ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei által nyújtott ellátásra.

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

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset) miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, a baleset napjától számított 1 éven belül maximum 90 napra kórházi napidíjat fizet, feltéve, hogy legalább 1 napig tartott a kórházi ellátás.

Több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is a biztosító szolgáltatása 1 éven belül maximum 90 napra korlátozódik.

BALESETI EREDETŰ PLASZTIKAI MŰTÉT (A1920)

1. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

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. 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.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

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

2.2. A plasztikai műtétnek és az ezzel kapcsolatos kórházi tartózkodásnak a balesetet követően 3 éven belül kell történnie. Ha a biztosított a baleset bekövetkeztekor a 18. életévét még nem töltötte be, a költségeket a biztosító akkor is megtéríti, ha a műtét és a kórházi tartózkodás nem a fenti határidőn belül, de a biztosított 21. életévének betöltése előtt következik be.

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

CSONTTÖRÉS, CSONTREPEDÉS (A1930)

1.A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

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.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

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

Biztosítási évente maximum 3 biztosítási eseményre történhet szolgáltatás.

ÉGÉSI SÉRÜLÉSI TÉRÍTÉS (A1935)

1.A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

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

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

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

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

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka.

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

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

BALESETI KÖLTSÉGTÉRÍTÉS (A1940)

1. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül 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.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉS (A1961)

1. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosított számára baleseti következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett azon műtéti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra kerül sor, amelyeket az orvos-szakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg ellátás keretében végeznek.

1.2. Nem minősül biztosítási eseménynek:

- kozmetikai és plasztikai kezelésekkel összefüggő műtétek,
- előzőleg ismert balesetek kapcsán végrehajtott műtétek következménye miatti beavatkozás,
- műtéti szövődmények miatti beavatkozás,
- halasztott műtét, melynek orvosi dokumentumokkal igazolt szükségessége még a kockázatviselés kezdetét megelőzően megállapításra került,
- diagnosztikus műtét, vizsgálat melynek nincsen az adott műtéti eljárás keretein belül terápiás következménye,
- orvosi műhibából adódó műtét,
- 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 4. pontja alapján – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 0%, 25%, 50%, 100%, 200%-a kerül kifizetésre.

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

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

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

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

2.4. A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a 4. pontban található. Az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosítónál megtekinthető. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás ezen táblázatban nem található, úgy a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg.

3. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

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

3.2. A biztosító egy biztosítási éven belül több biztosítási eseménnyel kapcsolatban is legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és összességében maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.

3.3. A biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki függetlenül a műtéti beavatkozások számától.

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
82000	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 csonttrögztítés
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	Szivárványhártya eltávolítás
53030	Teljes gégeeltávolítás
53502	Zárt billentyűbemetszés a kéthegyű billentyűn

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

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

BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG (A1970)

1. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a keresőképzetlenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképzetlen állományban van.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

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

2.2. A folyamatos keresőképzetlenség első, a biztosítási szerződésben meghatározott számú napjára (önrész) a biztosító nem teljesít szolgáltatást. Az önrész a szerződő döntésétől függően lehet 7, 14, 21 vagy 30 nap.

2.3. A szolgáltatás mértéke: a baleset napján hatályos biztosítási összegnek és azon napok számának a szorzata, amely napokon a biztosított keresőképzetlen volt, figyelembe véve az önrészt.

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

2.5. A biztosító egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is legfeljebb 180 napra teljesít szolgáltatást.

3. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

3.1. A baleseti keresőképzetlenségre vonatkozó szolgáltatási igényt először az önrész leteltétől számított 5 munkanapon belül, majd azt követően 14 napos időközönként kell írásban jelteni a biztosítónak.

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételehez a biztosító az ÁSZF 22.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

– a keresőképzetlenség megállapítására jogosult szerv által a keresőképzetlenség igazolására rendszeresített nyomtatványok másolata.

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

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

4. A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLYE

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

4.2. 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.

5. A BIZTOSÍTÁSRA VONATKOZÓ EGYÉB RENDELKEZÉSEK

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

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

5.3. A baleseti keresőképzetlenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén, az itt felsorolt feltételek valamelyikének bekövetkezését követő biztosítási évfordulón:

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

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

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

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

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

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

BALESETI GYÓGYULÁSI TÁMOGATÁS (A1980)

1. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül 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. Jelen feltétel szempontjából Magyarországon kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvő-beteg gyógyintézetek).

1.4. Nem terjed ki a biztosítás:

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

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

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

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

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 alábbi táblázat szerint állapítja meg:

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

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

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

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

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

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.

KÖZÚTI KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL (A1990)

1. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért közúti közlekedési baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított a közúti közlekedési baleset megtörténtétől számított 1 éven belül meghal.

1.2. Közúti közlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

1.3. Nem minősülnek közúti közlekedési balesetnek az alábbi események:

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

1.4. A biztosítás nem terjed ki az alábbi eseményre:

- amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vezet, vagy azon utazik.

1.5. Amennyiben a biztosított vezetőként nem rendelkezik az adott jármű vezetésére jogosító hatósági engedéllyel (kivétel: hivatalos oktatói felügyelet mellett vezető tanuló), az a biztosító mentesülését vonja maga után.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

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

KÖZÚTI KÖZLEKEDÉSI BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (A1995)

1.A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért közúti közlekedési baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított a közúti közlekedési baleset megtörténtétől számított egy éven belül legalább 1%-os mértékű baleseti eredetű maradandó egészségkárosodást szenved.

1.2. Közúti közlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

Nem minősülnek közúti közlekedési balesetnek az alábbi események:

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

1.3. A biztosítás nem terjed ki az alábbi eseményekre:

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

1.4. Amennyiben a biztosított vezetőként nem rendelkezik az adott jármű vezetésére jogosító hatósági engedéllyel (kivételek: hivatalos oktatói felügyelet mellett vezető tanuló), az a biztosító mentesülését vonja maga után.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a közlekedési baleset következményeként a biztosító a szerződésben meghatározott legalább 1%-os mértékű baleseti eredetű maradandó egészségkárosodást szenved, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek az egészségkárosodás mértékének megfelelő százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki. A maradandó egészségkárosodás mértékét az ÁSZF 21.1.1. pontja szerint kell megállapítani.

2.2. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén a táblázatban megadott maradandó egészségkárosodás mértékének hányadát kell figyelembe venni. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. Amennyiben az egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó maradandó egészségkárosodást veszi figyelembe.

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

2.3. Amennyiben a biztosított a biztosító orvosa által megállapított 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 kell felülvizsgálatra felkérni. A független orvosszakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvosszakértő magasabb maradandó egészségkárosodást állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.

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

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

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