

SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS

Szerződési Feltételek

Tartalom

SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS általános szerződési feltételek (ÁSZF)	3
Kiemelt gyermekbalesetekre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	27
Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	28
Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	29
Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	30
Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	31
Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	32
Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	34
Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	36
Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	37
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	39
Közúti közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	42
Halálesetre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	44
Baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	45
Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	46
Diák felelősségbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	47
Tanulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei	48

SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS 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. törvény (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 ügyféltájékoztatónak is minősülnek. Az ügyféltájékoztatónak 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 szedtek.

Társaságunk cégneve: SIGNAL Biztosító

Zártkörűen Működő Részvénytársaság

Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Cégjegyzék száma: 01-10-042159

Tulajdonosa: SIGNAL IDUNA Holding (Németország)

Központi ügyfélszolgálat: 1123 Budapest,

Alkotás utca 50.

Telefon: (361) 458 4222

Egyéb elérhetőség: info@signal.hu,

www.signal.hu

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

A szerződési feltételek a 2016. január 1-e után létrejövő SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a SIGNAL PLUSZ DIÁKBIZTOSÍTÁS Általános Szerződési Feltételekre (továbbiakban: ÁSZF) hivatkozással kötötték. Nem alkalmazandók az ÁSZF egyes pontjai akkor, ha azok alkalmazását az egyes különös és kiegészítő feltételek kifejezetten kizárják.

1. A biztosítási esemény

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

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

1.3. *Betegségek nem minősülnek balesetnek.*

2. A biztosítási szerződés alanyai

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

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

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

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

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

- a szerződésben megnevezett személy, vagy
- a biztosított (kiskorú biztosított esetén a szolgáltatási összeg kifizetése a mindenkor hatályos magyar jogszabályok alapján történik, vagy törvényes örököse, ha a szerződésben kedvezményezettet nem jelöltek meg, vagy a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett – a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával – a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, akkor a kedvezményezett jelöléséhez, illetve módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elhalálozik. Ilyen esetben a biztosított vagy a biztosított örököse a kedvezményezett, ha új kedvezményezettet nem neveznek meg.

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

3. A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

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

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

3.2. A biztosítási szerződés akkor is létrejön – a biztosítási ajánlatba foglalt tartalommal –, ha a biztosító az ajánlatra, az ajánlat a biztosító vagy képviselőjének történő átadásától számított 15 napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60

napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlaton a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Az előző bekezdés szerinti esetben a szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

3.3. A biztosító által feltett kérdésekre adott válaszokkal a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírálást végezhet, melynek során a biztosított orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait kérheti. A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni. A kockázatelbírálás 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 megtételkor a szerződő fél figyelmét felhívta.

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

3.7. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító szerződési feltételétől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 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 nyilatkozatai, 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. órájaker kezdődik. Ha a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, akkor a kockázatviselés a halasztásban megjelölt időpont 0. órájaker kezdődik.

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

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

4. A biztosítási időszak, a szerződés megszűnésének esetei

4.1. A biztosítás határozott időre, 1 évre köthető.

4.2. A biztosítási szerződés lejáratkor szűnik meg.

5. A biztosítási díj és a biztosítási összeg

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

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

6. Késedelmes díjfizetés

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

7. Újra érvénybe helyezés (reaktíválás)

A szerződés nem reaktíválható.

A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

8. Közlési és változás bejelentési kötelezettség

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

8.2. A közlési kötelezettség megsértése esetében a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott körülmény

a biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem volt kihatással a biztosítási esemény bekövetkeztére.

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

8.4. A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a szerződés tartama alatt beálló lényeges körülmények változását a változás bekövetkezésétől számított 5 munkanapon belül, az elérhetőségekben, személyi adatokban és a biztosított személyek körében bekövetkezett változást haladéktalanul.

A jognyilatkozatokat és a bejelentéseket a biztosító csak akkor köteles joghatálosnak tekinteni, ha azt írásban juttatták el a biztosítóhoz az alábbi módok egyikén:

e-mail: info@signal.hu,
telefon: 06 40 405 405
(helyi tarifával hívható kékszám),
fax: 06 1 458 4260,
postacím: SIGNAL Biztosító Zrt.
1519 Budapest, Pf. 260.

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

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

8.7. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményeket a szerződéskötéskor a biztosító

ismerte, vagy az nem volt kihatással a biztosítási esemény bekövetkeztére.

9. A biztosított egyéb kötelezettségei

9.1. *A baleset után a biztosítottak 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

10.1. A biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések

10.1.1. *A biztosító 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 a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.*

10.1.2. *Az 10.1.1. 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.*

10.1.3. *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.

- 10.1.4. 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 az 10.1.1. pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
- 10.1.5. 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.
- 10.1.6. 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 határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csódvédelmi Szolgálattal, családi vagyontfelügyelővel, bírósággal
 - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
 - az adóhatósággal, abban az esetben, 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.
 - 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 titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
 - a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - az e törvényben szabályozott adatátvitel során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel,
 - az állományátruházás 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 megbízáttal 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 elvégzéséhez szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
 - fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatar nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi

jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,

- q. a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r. a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s. a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval

szemben, ha az a)-j), n) és s) 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.

- 10.1.7. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- 10.1.8. A biztosító vagy a viszontbiztosító 10.1.5-10.1.12. valamint a 10.1.14. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
- 10.1.9. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a 10.1.6. pontban

meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

- 10.1.10. 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, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel
 - b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- 10.1.11. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- 10.1.12. 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.
- 10.1.13. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
 - a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi

- bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmossás 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.
- 10.1.14. 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.
- 10.1.15. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
- 10.1.16. 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.
- 10.1.17. A 10.1.14. pontban meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.
- 10.1.18. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a 10.1.4. pont alá eső adatok vagy az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.
- 10.1.19. A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 10.1.6. pont b), f) és j) pontjai, illetve a 10.1.8. pont alapján végzett adattovábbításokról.
- 10.1.20. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a 2013. évi CCXXXVII. törvényben (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, az adatkérés célját és jogalapját
- 10.1.21. 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.
- 10.1.22. A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megíhúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

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

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

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

10.1.26. 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.

10.1.27. 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.

10.1.28. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

10.2. A biztosító üzleti titka

10.2.1. Aki üzleti titok birtokába jut, köteles azt időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

10.2.2. A titoktartási kötelezettség alapján az üzleti titok körébe tartozó tény, tájékoztatás vagy adat a Bit.-ben meghatározott körön kívül a biztosító és a viszontbiztosító, továbbá az ügyfél felhatalmazása nélkül nem adható ki harmadik személynek és feladatkörön kívül nem használható fel.

10.2.3. 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. Nemek közötti megkülönböztetés tilalma

10.3.1. A biztosító magatartása nem sérti – az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvényben (a továbbiakban: Ebktv.) meghatározott – a nemi hovatartozáson alapuló egyenlő bánásmód követelményét, ha a biztosító kizárólag

- a) a tartalékképzés,
- b) a biztosító pénzügyi eszközei összetételének összesített árkepzési szempontú nyomon követésével összefüggő belső árazás,
- c) a viszontbiztosítási szerződések árazása,
- d) a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló törvényben meghatározott gazdasági reklám, továbbá hirdetési tevékenység,
- e) az élet-, baleset és betegségbiztosítási szerződésekkel összefüggésben kockázatelbírálási tevékenység végzése, céljából a nemi hovatartozásra vonatkozó, illetve azzal összefüggő adatot, információt kezel, tárol és felhasznál.

10.3.2. Az 10.3. 1. pontban meghatározottakon túl, a nemi hovatartozáson alapuló megkülönböztetés nem sérti az egyenlő bánásmód követelményét

- a) az olyan – nemi hovatartozáshoz is kapcsolható – közvetett különbségtétel esetén, amelynek tárgyilagossá mérlegelés szerint az adott jogviszonnyal közvetlenül összefüggő, önállóan értékelhető és valós különbségen alapuló ésszerű indoka van,
- b) a biztosító ügyfelére, ügyfélcsoportjára nézve az Ebktv. 30/A. §-ában foglaltakhoz képest kedvezőbb elbírálás alkalmazása, ha az nem jelent meg nem engedett különbségtételt az adott ügyféllel, ügyfélcsoporttal összehasonlítható helyzetben lévő más személlyel, személyekkel szemben,

- c) az egyik nem tagjainak meghatározott termékhez való hozzáférése megtagadása, ha a biztosító az adott terméket objektíven igazolt céllal, kizárólag vagy elsősorban az egyik nem tagjainak nyújtja, és a biztosító által alkalmazott megoldások a cél eléréséhez megfelelőek és ahhoz szükségesek.

10.4. A FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségek

- 10.4.1. A FATCA-törvény szerinti, a Bit. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (a továbbiakban ezen alcím 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).

- 10.4.2. Az intézmény a számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg írásban tájékoztatja
- az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
 - az Aktv. 43/B-43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,
 - a FATCA-törvény szerinti jelentéstételi kötelezettségéről.

- 10.4.3. 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 veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

- 10.5.1. 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 10.1.1. pontban meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a 10.1.3-10.1.6. pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

- 10.5.2. 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.

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

- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
- a biztosított személy adatfelvételkor, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- az a. pontban meghatározott személyt érintő korábbi – a Bit. 2. melléklet 3. pontban meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

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

- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;

- 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.

10.5.5. 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 Bit. 1. melléklet 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.

10.5.6. A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott

ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű járműazonosító adatai (rendszáma, alvász száma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. 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.

10.5.7 Az 10.5.1. 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 10.5.1. pontban meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

10.5.8 A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

10.5.9 Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés 10.5.8. pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig

10.5.10 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.

10.5.11 A megkereső biztosító az 10.1.1. 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.

10.5.12 Ha az ügyfél az Infotv.-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – a 10.5.8-10.5.10. pontokban meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

10.5.13 A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az 10.1.1. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

10.5.14 A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

10.5.15 A Bit. vonatkozó 149. §-ának mindenkor hatályos szövege a www.signal.hu oldalon elérhető.

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 kü-

lönleges 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. (Infó tv.) alapján a szerződés keretei között is megteheti.

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

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

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

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

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

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

Az érintett a biztosító adatkezelésével kapcsolatosan az alábbi jogokkal élhet:

11.2. Tájékoztatás kérése

Az érintett bármely formában előterjesztett kérelmére a biztosító 30 napon belül, írásos formában, közérthető módon tájékoztatást ad az általa érintett vonatkozásában kezelt, feldolgozott adatokról,

azok forrásáról, illetve – amennyiben az adatok továbbításra kerültek – az adattovábbítás címzettjéről és jogalapjáról.

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

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

11.3. Helyesbítés

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

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

11.4. Törlés

A személyes adatot törölni kell, ha

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

11.5. Zárolás

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

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

11.6. Nyilvánosságra hozatal

A biztosító szervezeti egységein belül kezelt személyes adatok nyilvánosságra hozatala – kivéve, ha arra az érintett felhatalmazást ad, illetve, ha azt a törvény rendeli el – tilos. A biztosító munkavállalóival, szállítóival, illetve ügyfeleivel kapcsolatos – személyes adatokon is alapuló – összesített statisztikai adatok közölhetőek, amennyiben azokból nem ismerhető fel az, akire az adat vonatkozik. Az adat 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 s etében a szükséges adatokat a viszontbiztosító részére átadja. A szerződő, a biztosított, illetve a szolgáltatási igényt érvényesítő kedvezményezett a szerződés megkötéséhez, fenntartásához vagy a szolgáltatás kifejtéséhez szükséges egyéb személyes vagy különleges adatok beszerzése érdekében személyesen köteles eljárni.

11.8. Szerződésre jellemző értékek módosítása

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

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

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

13. Egyéb változások bejelentése

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

14. Orvosi vizsgálat, egészségi nyilatkozat, várakozási idő

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

14.2. A biztosító várakozási időt nem köt ki.

15. A szerződés területi és időbeli hatálya

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

16. Nem biztosítható személyek

16.1. Nem biztosíthatóak a súlyos idegbeteggek, az elmebetegek és az állandó gondozásra szorulóknak tekintendő, aki mindennapi életviteléhez állandóan és tartósan külső segítséget kényszerül igénybe venni.

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

16.3. Nem biztosíthatóak a 24. életévüket be-töltött 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,
- mániás depressziós/bipoláris affektív zavarban szenved,
- vak,
- epilepsziás megbetegedésben szenved,
- rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenved/szenvedett,
- krónikus és/vagy alkoholos megbetegedésben szenved
- Myastenia gravis megbetegedésben szenved
- diagnosztikai vizsgálatral alátámasztott demielinizációs tünetekkel rendelkezik
- dialízis kezelésben részesül,
- Alzheimer-kórban szenved,
- skizofrén,
- Parkinson-kórban szenved,
- diagnosztizált sclerosis multiplex betegségben szenved,
- HIV-fertőzött,
- sokizületi gyulladásban szenved,
- csontritkulás megbetegedésben szenved,
- egyensúlyi zavarban szenved,
- aki a biztosítás megkötését megelőző egy évben olyan balesetet szenvedett, amely miatt szakorvos által igazoltan 30 napot meghaladóan betegállományban 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, határviellongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérelt, népi megmozdulás során bekövetkezett balesetek, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről volt szó.

17.5. Felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelesség 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) bűvárkodás 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, repülő-sportok (pl. ejtőernyős ugrás, hőlégballoonozás, léghajó, motoros vitorlázó repülő, paplanrepülő pilóta, siklóernyő, siklórepülő, sárkány és ultrakönnyű repülő pilóta, vitorlázó repülő).

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

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 – amelyek oka részben vagy egészben:**
- a) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei.
- 17.17. **Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre, amelynek oka részben vagy egészben:**
- a) a lelki működés zavarai, betegségei,
 - b) a szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,
 - c) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, 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 azadott baleseti esemény hívja fel a figyelmet. A degeneratív, ortopéd jellegű kórképek a biztosítási védelemből ki vannak zárva.**
- 17.21. **A artoszkópiával 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,
 - fegyveres testület tagja,
 - fegyveres ör,
 - kaszkadőr,
 - légiutas-kísérő,
 - pilóta (repülő, helikopter, vadászrepülő),
 - pirotechnikus,
 - pénzszállító autó sofőrje vagy annak kísérője,
 - robbanóanyaggal dolgozó ipari munkás,
 - tűzijáték- és csillagszórógyártó,
 - vadász,
 - veszélyes anyagot szállító tehergépkocsi sofőr.

- 17.23. Valamely a szerződéskötés előtt, a biztosítottal történt balesettel vagy a biztosítottnál fennálló betegség, illetőleg egészségi állapot meglétével ok-okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre.
- 17.24. A biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban szedett alatta- vagy nyugtatószer; illetve gyógyszer, rendszeres kábítószer- és/vagy alkoholfogyasztás következtében történt eseményekre.
- 17.25. Nem téríti meg a Biztosító továbbá: bármilyen 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 hajtának 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 céljal 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 terroristára támadások ellenőrzésére, megelőzésére vagy elfojtására szolgálnak, vagy egyéb módon egy terrorista akcióval függnek össze.

18. A kockázatviselés korlátozása

- 18.1. Balesetbiztosítási kockázatoknál hasfali és lágycsérves 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 tényező (adottságok) következményeként jelentkezett.
- 18.2. Balesetbiztosítási kockázatoknál porckorongsérves 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, betegsége illetve sérülése a kedvezményezett szándékos magatartása folytán következett be.

19.2. A biztosító mentesülése baleset vagy egészségbiztosítási kockázatok esetén

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

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

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

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

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

- a biztosított ittas állapotával (0,8 ezrelék, illetve ezt meghaladó véralkohol szint) közvetlen összefüggésben valósul meg, vagy
- nem az orvos által javasolt, illetve nem az orvos által előírt adagolásban szedett gyógyszer, nyugtató, tudtmódosító 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. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

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

21. A biztosítási szolgáltatások

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

22. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

22.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a biztosított, illetve a szolgáltatásra jogosult a szolgáltatási kötelezettség beálltának és összecszerülésének megállapításához szükséges iratokat maradéktalanul a biztosító rendelkezésére bocsátotta.

22.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának és összecszerülésének 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:

Minden esetben be kell küldeni:

- a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap eredeti példányát,
- a kifizetésre jogosult bankszámlaszámát,
- korábbi sérüléssel, betegséggel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentáció másolatát.

Halál esetén:

- a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
- halottvizsgálati bizonyítvány/halotti epikrízis másolatát,
- boncolási jegyzőkönyv/korbonctani lelet másolatát (amennyiben készült),
- a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolatát,
- a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatait,
- a kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat (jogerős hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) másolatát; feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,

Baleset esetén:

- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől/közlekedési balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum másolatát, beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát is,

- baleseti/közlekedési baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát (amennyiben ilyen készült),
- véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredményének másolata, (amennyiben ilyen készült),
- továbbá közlekedési baleset esetén
 - rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélyének és a jármű forgalmi engedélyének másolatát,
 - a közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolatát, (amennyiben ilyen készült),
- amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összecszerülésének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti:
 - hatósági eljárás esetén az eljárást lezáró határozatot, a nyomozást megszüntető vagy megtagadó határozatot vagy vádiratot,
 - rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
- külföldön bekövetkezett baleset esetén a baleset körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordításának másolatát.

Baleseti eredetű/közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetén továbbá:

- végállapotot leíró kezelőorvosi lelet másolatát,
- az arra jogosult szerv által kiadott rokkantsági, maradandó egészségkárosodási orvosi határozat másolatát (amennyiben ilyen készült),
- a rokkantság, maradandó egészségkárosodás alapjául szolgáló balesettel (balesetekkel)/betegséggel(betegségekkel) kapcsolatos valamennyi és még be nem nyújtott orvosi dokumentum másolatát.

Kórházi ápolás, műtéti térítés, plasztikai műtét, égési sérülés esetén továbbá:

- valamennyi az adott betegséggel/balesettel kapcsolatos orvosi dokumentum eredeti példányát:
 - orvosi ambuláns lap másolatát,

- orvosi igazolás, beutaló másolatát,
 - kórházi zárójelentés másolatát; műtét esetén olyat mely tartalmazza WHO vagy az OENO kódot,
 - műtéti leírás másolatát,
 - altatási jegyzőkönyv másolatát,
 - kórlapok másolatát,
 - ápolási lap és dokumentáció másolatát,
 - labor eredmények másolatát,
 - szövettani eredmények másolatát,
 - képkötő műszeres vizsgálatok eredményeinek másolatát,
 - testfelületet 20% felett ért és legalább II.fokú égési sérülés ellátásáról szóló orvosi dokumentáció másolatát,
 - korábbi sérüléssel, betegséggel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentáció másolatát,
 - betegkarton kivonat (házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton, járóbeteg ellátási karton) másolatát,
 - táppénzes és/vagy keresőképtelenségi állomány megállapítására jogosult szerv által a táppénzes és/vagy keresőképtelenségi állomány igazolására rendszeresített nyomtatványok eredeti vagy másolati példányát,
 - szükség esetén OEP/MEP igazolást.
- gyámhatósági iratok másolatát,
 - az OEP, illetve egyéb hivatalos szerv felé történő adatkéréshez szükséges a biztosított, biztosított örököse vagy a kedvezményezett által aláírt felmentő nyilatkozat eredetei példányát,
 - azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
 - biztosított sporttagsági igazolványa, jogviszonyának igazolásra szolgáló dokumentumok másolatát,
 - balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított nevére szóló, gyógyulásával kapcsolatos számlák eredetei példányát,
 - műtéti költségek miatti számlák eredeti példányát,
 - 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 igénybevételéhez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíti.
- 22.5. A biztosított, illetve a kedvezményezett a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartásával, a biztosítási szerződés létrejöttével, vagy a kárigény érvényesítésével egyidejűleg felhatalmazza a biztosítót, hogy a biztosítási szerződéssel, illetve a szolgáltatási kötelezettség beálltával összefüggésben más biztosítótól információkat szerezzen be, valamint azoktól az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a biztosítottat kezelték, vizsgálták, a szükséges felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat közvetlenül beszerezze.

Csonttörés, csontrepedés estén:

- röntgen lelet másolatát,
- röntgenfelvétel eredeti példányát.

Egyéb dokumentumok:

- biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény eredeti példányát,
- befizetési, átutalási bizonylat, az utolsó díjfizetést igazoló nyugta eredeti példányát,
- a biztosított személyi igazolványának vagy születési anyakönyvi kivonatának másolatát,
- diákigazolvány, diákkártya másolatát,
- kedvezményezettségi jogosultságot igazoló okirat, 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 kapcsolatról szóló igazolás, stb.) másolatát,
- baleseti rokkantsági nyugdíjra/járadékra vagy rokkantsági nyugdíjra/járadékra jogosító határozat másolatát,

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.

23. A szolgáltatás kifizetése

- 23.1. A biztosító szolgáltatásait költségmentesen, a kedvezményezett részére banki folyószámlára utalással teljesíti. A biztosításközvetítő az Ügyfélnek járó összeg kifizetésében nem működhet közre.
- 23.2. A biztosító vállalja, hogy a biztosítási szolgáltatások kifizetéséhez szükséges összes irat kézhezvételétől számított 30 napon belül a szolgáltatás iránti igény jogosságát elbírálja, és arról nyilatkozik.
- 23.3. A biztosító vállalja, hogy a szolgáltatás iránti igény jogosságának elismerését, illetve a jogosulttal történt megegyezést követő 30 napon belül a biztosítási szolgáltatást kifizeti.

24. Jognyilatkozatok

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

25. Nyereségrészesedés

A szerződés nyereségrészesedésre nem jogosít.

26. A biztosítás értékének megőrzése (értékkövetés)

A szerződés nem rendelkezik értékkövetéssel.

27. 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.

Telefonos panaszbejelentés

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

Postai úton történő panaszbejelentés

A panaszbejelentés postai úton az alábbi levelezési címre küldhető: SIGNAL Biztosító Zrt. Vezérigazgatóság, Panaszkezelési Csoport

Levélcím: 1519 Budapest Pf. 260.

Elektronikus panaszbejelentés

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

A SIGNAL Biztosító Zrt. mindenkor aktuális elérhetőségei, a nyitvatartási idő megtekinthető a www.signal.hu elérési úton.

27.2. A biztosító

- a) a szóbeli panaszt valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben, annak nyitvatartási idejében, ennek hiányában a székhelyén minden munkanapon 8 órától 16 óráig, de legalább a hét egy munkanapján 7 és 21 óra között legalább tizenkét órán keresztül folyamatosan,
- b) a telefonon közölt szóbeli panaszt minden munkanapon 8 órától 16 óráig, de legalább egy munkanapján 7 és 21 óra között legalább tizenkét órán keresztül folyamatosan,
- c) az írásbeli panaszt elektronikus eléréssel – üzemzavar esetén megfelelő más elérhetőséget biztosítva – folyamatosan fogadja.

- 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 ügyfelfogadási időpontot biztosítani az ügyfél számára.
- 27.4. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézt. A biztosító az ügyintézőjének – a biztosító felé indított hívás sikeres felépülésének időpontjától számított – öt percen belüli élőhangos bejelentkezése érdekében úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.
- 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 hangfelvételt visszahallgatását, továbbá térítésmentesen rendelkezésre kell bocsátani a hangfelvételről készített hitelesített jegyzőkönyvet.
- 27.6. A biztosító a szóbeli panaszt – a 27.7. 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 8. pontban foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
- 27.7. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek – a 27.8. pontban foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.
- 27.8. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek. A biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.
- 27.9. A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában írásban tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben (a továbbiakban: MNB tv.) meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Felügyeletnél fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásával 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 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: 06-40-203-776
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

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

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu

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 27.12. pont szerinti nyilvántartás vezetésének szabályairól szabályzatot (a továbbiakban: panaszkezelési szabályzat) készít. A biztosító a panaszkezelési szabályzatban tájékoztatja az ügyfelet a panaszügyintézés helyéről, levelezési címéről, elektronikus levelezési címéről, telefonszámáról és telefaxszámáról.

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

27.13. A 27.12. 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 fogyasztói jogviták rendezése fentiekben túl bírói úton, polgári peres vagy nem peres (fizetési meghagyásos) eljárás keretében lehetséges.

28. Egyéb rendelkezések

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

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

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

28.4. 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 társada-

lombbiztosításra 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.

28.5. A biztosítási szerződés közvetítője függő biztosításközvetítőnek minősülő többes ügynök.

28.5.1 Függő biztosításközvetítő az a biztosításközvetítő, aki biztosítóval fennálló jogviszony alapján

- a) egy biztosító biztosítási termékeit vagy több biztosító egymással nem versengő biztosítási termékeit közvetíti;
- b) a biztosításközvetítői tevékenységet – akár több biztosító egymással versengő biztosítási termékeit – a főtevékenységéhez kapcsolódó termékre vagy szolgáltatásra vonatkozóan, azt kiegészítő tevékenységként végzi, ha a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget nem vesz át [az a)-b) pont a továbbiakban együtt: ügynök],
- c) egyidejűleg több biztosító egymással versengő biztosítási termékeit közvetíti (a továbbiakban: többes ügynök).

28.5.2. 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 ter-

mékének 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.

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

29. Elévülés

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

30. Létszámváltozás

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

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

31. 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 szerződést vagy az általános szerződési feltételeket érintő változásokról köteles tájékoztatni.

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

Kiemelt gyermekbalesetekre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

1. Biztosítási esemény

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

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

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén egyszeri kifizetésként a biztosítási szerződésben a kiemelt gyermekbalesetekre megállapított biztosítási összeget fizeti ki.

- 2.2. Egy biztosítási éven belül legfeljebb 2 alkalommal történhet kifizetés.

3. A biztosító teljesítése

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

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban leírt események valamelyikét szenvedti el.

Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

1. Biztosítási esemény

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

2. A biztosító szolgáltatása

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

3. A biztosító teljesítése

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

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban meghatározott csonttörést, csontrepedést szenved el.

Baleseti költségterítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

1. Biztosítási esemény

1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosítottnak baleseti költségei merülnek fel.*

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

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

1.3. *Nem téríti meg a biztosító:*

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

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

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

1.5. *A gyógyászati segédeszközök szükségességét a biztosító orvosa felülbírálhatja.*

2. A biztosító szolgáltatása

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

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

3. A biztosító teljesítése

3.1. *A szolgáltatási igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelenten kell a biztosítónak.*

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

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

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosítottnak az 1. pontban meghatározott költségei merülnek fel.

Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

1. Biztosítási esemény

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

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

1.3. *Nem terjed ki a biztosítás:*

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

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

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset) miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, a baleset napjától számított 2 éven belül maximum 185 napra kórházi napidíjat fizet, feltéve, hogy legalább 1 napig tartott a kórházi ellátás.

Több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is a biztosító szolgáltatása 2 éven belül maximum 185 napra korlátozódik.

3. A biztosító teljesítése

3.1. *A kórházi gyógykezelést annak befejezésétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítóknak.*

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

- kórházi zárójelentés eredeti példánya.

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

4. Baleset fogalma

Jelen feltételek szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében jelen feltétel 1. pontban leírt kórházi gyógykezelésre szorul.

Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

1. Biztosítási esemény

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset vagy betegsége miatt orvosilag szükségesnek tartott, legalább 1 napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szoruló. A biztosítási esemény a kórházi kezelés első napjával kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.*
- 1.2. *Jelen feltétel szempontjából Magyarországon kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvő-beteg gyógyintézetek).*
- 1.3. *Nem terjed ki a biztosítás:*
 - geriatriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogyókúrás kezelésekre,
 - tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
 - idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,
 - gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
 - rehabilitációs gyógyintézetek,
 - fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
 - ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei által nyújtott ellátásra.
- 1.4. *Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel, illetve a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel ok-okozati összefüggésben álló kórházi tartózkodásra.*

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított a biztosítási esemény (baleset vagy betegség) miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, a biztosítási esemény napjától számított egy éven belül maximum 90 napra kórházi napidíjat fizet. 1, 2 vagy 3 napos kórházi tartózkodás esetén a biztosító napidíjat nem fizet, de ha a biztosított legalább 4 napig tartózkodik kórházban, akkor a biztosító az 1. naptól kórházi napidíjat fizet.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A kórházi gyógykezelést annak befejezésétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítóknak.*
- 3.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*
 - kórházi zárójelentés eredeti példánya.
- 3.3. *A biztosító fenntartja magának jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.*

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban leírt kórházi kezelésre szoruló.

Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

1. Biztosítási esemény

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosított számára baleseti következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett azon műtéti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra kerül sor, amelyeket az orvos-szakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg ellátás keretében végeznek.

1.2. Nem minősül biztosítási eseménynek:

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

2. A biztosító szolgáltatása

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

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

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

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

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

3. A biztosító teljesítése

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

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

3.3. A biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és maximum a biztosítási összeg

kétszeresét fizeti ki függetlenül a műtéti beavatkozások számától.

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

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

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

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

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban meghatározott műtéti beavatkozásra szorul.

5. Műtétek besorolása

(Példák)

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

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

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

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

WHO-kód	Műtét megnevezése
---------	-------------------

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

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

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

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

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

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

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

Műteti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

1. Biztosítási esemény

1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek a biztosítotton végrehajtott, számára káros betegségi vagy bal-eseti következmények orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett és hitelesen igazolt műteti eljárások, sebészeti beavatkozások, vagy a betegség pontosabb okait felderítő műtétek, melyeket az orvosszakmai szabályok betartásával végeztek.*

1.2. *Nem vonatkozik a biztosítási védelem:*

- a biztosítás megkötése előtti időben fennálló, illetve fellépő betegségekből eredő műtétekre és azok következményeire,
- a biztosítás megkötése előtt bekövetkezett balesetek következményeire.

1.3. *Nem minősül biztosítási eseménynek:*

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

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. *A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére műteti térítést fizet.*
- 2.2. *A biztosító a jelen feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 5 térítési kategóriába sorolja. Műteti 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 műteti beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon baleseti vagy betegségi következmény elhárítását célzó) eljárás szükséges, akkor a térítés alapja a beavatkozás során elvégzett legmagasabb %-os értékű eljárásért fizetendő összeg.*

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

2.4. *A műteti 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 műteti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg.*

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A műteti 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 vagy orvos által igazolt betegség diagnosztizálásának napjától számított két éven belül legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki függetlenül a műtéti beavatkozások számától.

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

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

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

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

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban meghatározott műtéti beavatkozásra szorul.

5. Műtétek besorolása

(Példák)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított égési sérülést szenved.

2. A biztosító szolgáltatása

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

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

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

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

3. A biztosító teljesítése

3.1. Az égési sérülést annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban jelteni kell a biztosítónak.

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

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

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban meghatározott égési sérülést szenved el.

Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

1. Biztosítási esemény

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

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

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

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

1.3. *Jelen feltétel szempontjából Magyarországon kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellá-*

tás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvő-beteg gyógyintézetek).

1.4. *Nem terjed ki a biztosítás:*

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

2. A biztosító szolgáltatása

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

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

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

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

A 2.2. pont szerint figyelembe veendő elvégzett leg súlyosabb 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 hétszeresét.
- 2.7. A biztosító szolgáltatása egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg hétszeresét.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó szolgáltatási igényt a kórházi fekvőbeteg-ellátás befejezését, illetve amennyiben a műtét kórházi fekvőbetegellátás nélkül történt, akkor a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban jelenteni kell a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételehez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
- kórházi zárójelentés,
 - műtéti leírás (amennyiben történt műtét is).
- 3.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban meghatározottak szerinti maradandó egészségkárosodás alakul ki.

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.

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

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

vetkezményeként a biztosítottnál legalább 1%-os baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű összeszervezeti egészségkárosodás alakult ki, a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

1. Biztosítási esemény

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

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

- *vízbefűlés,*
- *égési sérülések, leforrzás, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai.*

1.3. *Betegségek nem minősülnek balesetnek.*

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. *Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége maradandóan károsodott (rokkant marad), a biztosító a szerződésben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére meghatározott biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.*

2.1.1. *Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset kö-*

A rokkantság fokát az alábbiak szerint kell megállapítani:

Testrészek rokkantsága:	Térítés:
Egy kar vállizületből való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökizület felettig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egy kar könyökizület alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy kéz teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	55%
Egy hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Egy láb combközép felettig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy láb térd alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	50%
Egyik láb lábszár középig 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 ízlélőképesség teljes elvesztése	5%

2.1.2. Az előző pontból adódó rokkantsági százalékok összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. *Csak a legalább 1%-os baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás biztosítási esemény.* (Ennek megfelelően amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a rokkantsági százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a rokkantsági százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg egyszerese.) Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott rokkantsági százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Ha a rokkantság foka a rokkantsági tábla lapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó rokkantságot veszi figyelembe.

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.

A 2.1.1. pontban feltüntetett táblázat csak iránymutatásként szolgál.

2.1.3. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, munkaképesség csökkenés mértékével nem ért egyet, saját maga is

beszerezhet orvosi véleményt. Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvoszakértőt kell felülvizsgálatra felkérni. A független orvoszakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvoszakértő magasabb rokkantsági százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.

2.1.4. A baleset utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Miután a biztosító fizetési kötelezettsége megállapítást nyert, a biztosított előlegként követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki az ebben az időpontban megállapítható, legalább 1%-os mértékű károsodási fok szerint járó kifizetést.

2.1.5. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás foka nem tisztázott egyértelműen, mind a biztosítottaknak, mind a biztosítónak joga van a baleset napjától számított 4 évig évenként a maradandó egészségkárosodás fokának újbóli megállapítását kérni. Ha a felülvizsgálat magasabb maradandó egészségkárosodási fokot állapít meg, a biztosító ennek megfelelően szolgáltat. Ha a felülvizsgálat alacsonyabb maradandó egészségkárosodási fokot állapít meg, a biztosítottnak nem kell a korábban kifizetett és a felülvizsgálaton megállapított alacsonyabb szolgáltatás különbségét a biztosítónak visszafizetnie.

2.1.6. Ha a biztosított halála

- a balesetet követő egy éven belül a balesetből kifolyólag következik be, baleseti eredetű maradandó egészségkárosodási szolgáltatásra vonatkozó igény nem támasztható,
- a balesetet követő egy éven belül, de a balesettel össze nem függő okból vagy bármely okból, de a balesettől számított egy év eltelté után következik be, olyan rokkantsági fok után teljesítendő a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása alapján számolni kellett volna.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.*
- 3.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok bemutatását is kérheti:*
- *kórházi kezelőlap és zárójelentés,*
 - *aktuális jelentés a biztosított állapotáról.*

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosítottnál az 1. pontban meghatározottak szerinti maradandó egészségkárosodás alakul ki.

Közúti közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

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

1. Biztosítási esemény

1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért közúti közlekedési baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított a közúti közlekedési baleset megtörténtétől számított egy éven belül legalább 1%-os mértékű baleseti eredetű maradandó egészségkárosodást, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti 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, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékat, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki. A rokkantság fokát az ÁSZF 21.1.1. pontja szerint kell megállapítani.*

2.2. *Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott rokkantsági százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Ha a maradandó egészségkárosodás foka a rokkantsági tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi vagy szellemi működésképtelenség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. Ha a 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.*

2.3. *Ha 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 rokantsági százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.

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

2.5. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás foka nem tisztázott egyértelműen, mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van a baleset napjától számított 4 évig, évenként az egészségkárosodás fokának újbóli megállapítását kérni. Ha a felülvizsgálat magasabb maradandó egészségkárosodási fokot állapít meg, a biztosító ennek megfelelően térít. Ha a felülvizsgálat alacsonyabb maradandó egészségkárosodási fokot állapít meg, a biztosítottak nem kell a korábban kifizetett és a felülvizsgálaton megállapított alacsonyabb szolgáltatás különbségét a biztosítónak viszatérítenie.

3. A biztosító teljesítése

3.1. A közúti közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodási vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

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

– kórházi kezelőlap és zárójelentés eredeti

példánya,

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

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

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosítottnál az 1. pontban meghatározottak szerinti maradandó egészségkárosodás alakul ki.

Halálesetre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

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

1. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező halála.

2. A biztosító szolgáltatása

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

3. A biztosító teljesítése

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

Baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

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

1. Biztosítási esemény

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

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. *A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.*
- 2.2. *A biztosító a haláleseti kifizetésből az ugyanazon eseményből eredően maradandó egészségkárosodási szolgáltatásként már kifizetett összegeket levonja, s csak a különbözetet fizeti ki.*
- 2.3. *Amennyiben a biztosító a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodási szolgáltatást már kifizette a biztosított halála előtt, és a baleseti halál szolgáltatási összege alacsonyabb, mint a eredetű maradandó egészségkárosodási szolgáltatásé, a többletkifizetést nem követelheti vissza.*

3. A biztosító teljesítése

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

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított elhalálozik.

Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

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

1. Biztosítási esemény

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért közúti közlekedési baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított a közúti közlekedési baleset megtörténtétől számított 1 éven belül meghal.*
- 1.2. *Közúti közlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.*
- 1.3. *Nem minősülnek közúti közlekedési balesetnek az alábbi események:*
 - *a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem játszott közre,*
 - *kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem játszott közre,*
 - *a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be,*
 - *nem közúton bekövetkezett balesetek.*
- 1.4. *A biztosítás nem terjed ki az alábbi eseményre:*
 - *amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vezet, vagy azon utazik.*
- 1.5. *Amennyiben a biztosított vezetőként nem rendelkezik az adott jármű vezetésére jogosító hatósági engedéllyel (kivételek: hivatalos oktatói felügyelet mellett vezető tanuló), az a biztosító mentesülését vonja maga után.*

2. A biztosító szolgáltatása

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

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó szolgáltatási igényt annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül jelenteni kell a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet korábban már jelentették.*
- 3.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*
 - *amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összecszerülésének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti a rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,*
 - *a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült ilyen).*
- 3.3. *A biztosító jogosult a halál körülményeinek vizsgálatára.*
- 3.4. *Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító jogosult.*

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított elhalálozik.

Diák felelősségbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

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

1. Biztosítási esemény

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

2. A biztosító szolgáltatása

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

3. A biztosított önrészesedése

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

4. A biztosító teljesítése

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

Tanulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

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

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

1. Biztosítási esemény

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

2. Biztosított személye

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

3. A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító az osztályfőnök/vezető igazolása alapján a biztosított részére a szerződésben meghatározott mértékű tanulási támogatást nyújt.
- 3.2. Egy biztosítási év alatt legfeljebb 1 káresemény fedezett biztosított személyeként.

4. A biztosító teljesítése

- 4.1. A kárrendezés megindításához a kárigényt legkésőbb a kórházi gyógykezelés befejezését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.
- 4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22. pontjában leírtakon túl a következő iratok bemutatását is kéri:
 - a kórházi zárójelentés eredeti példánya,
 - ambuláns kezelő lap eredeti példánya (amennyiben készült),
 - az osztályfőnök/vezető eredeti aláírással

valamint az iskola vagy a képző intézmény pecsétjével ellátott igazolása.

5. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen, külső behatás, melynek következtében a biztosított az 1. pontban meghatározott fekvőbeteg ellátásban részesül.



www.signal.hu