



Biztonság személyre szabva

TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ

Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítás
(TE012, TB041, TR096, TK097)

Általános és Különös Szerződési Feltételek

Hatályos: 2025. október 15-től



Általános Szerződési Feltételek

Hatályos: 2025. október 15-től



ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK (ÁSZF).....	2
1. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos fogalmak és meghatározások.....	2
2. A biztosítási szerződés tárgya.....	3
3. Választható biztosítási szolgáltatások.....	3
3.1. Kötelező alapbiztosítás.....	3
3.2. Alapbiztosítások.....	3
3.3. Kiegészítő biztosítások.....	3
4. A biztosítási esemény.....	3
5. A biztosítási szerződés alanyai.....	3
6. A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete.....	4
7. A biztosítási időszak, a szerződés megszűnésének esetei.....	5
7.1. A biztosítás időszak.....	5
8. A biztosítási díj és a biztosítási összeg.....	5
9. Késedelmes díjfizetés.....	6
10. Újra érvénybe helyezés (reaktiválás).....	6
11. Közlési és változás bejelentési kötelezettség.....	6
12. A biztosított egyéb kötelezettségei.....	6
13. Titoktartási kötelezettség, titokvédelemmel kapcsolatos előírások.....	6
13.1. A biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések.....	7
13.2. A biztosító és a viszontbiztosító üzleti titka.....	9
13.3. A biztosítási titokra és az üzleti titkokra vonatkozó közös szabályok.....	10
13.4. A FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségek.....	10
13.5. A pénzügyi számlákkal kapcsolatos adatszolgáltatás és átvilágítás alapján fennálló kötelezettségek.....	10
13.6. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás.....	11
14. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók.....	13
15. A szerződés visszavásárlása, díjmentes leszállítása, kötvénykölcsön, maradékjogok.....	13
16. Orvosi vizsgálat, egészségi nyilatkozat, várakozási idő.....	13
17. A szerződés területi hatálya.....	13
18. Általános rendelkezések.....	13
19. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok.....	13
20. A biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól.....	15
21. A biztosítási esemény bejelentése.....	15
22. A biztosítási szolgáltatások.....	15
23. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok.....	15
24. A szolgáltatás kifizetése.....	17
25. Jognyilatkozatok.....	17
26. Nyereségrészesedés.....	17
27. A biztosítás értékének megőrzése, díjkorrekció.....	17
27.1. A biztosítás értékének megőrzése.....	17
27.2. Díjkorrekció.....	17
28. Elévülés.....	17
29. Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók.....	17
30. Egyéb rendelkezések.....	19
31. A biztosítási szerződés módosulásának szabályai jogszabály megváltozása esetén.....	20
 I. SZÁMÚ FÜGGELÉK	
Az elektronikus kommunikáció igénybevételének feltételei.....	21
 II. SZÁMÚ FÜGGELÉK	
ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ.....	22

ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK (ÁSZF)

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

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. sz. melléklete A) részének megfelelő 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 betűkkel szedettek.

Társaságunk cégneve: SIGNAL IDUNA Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság

Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Cégjegyzék száma: 01-10-042159

Tulajdonosa: SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft (Németország)

Központi ügyfélszolgálat: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Telefon: (361) 458 4200

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

Felügyelő hatóság: a pénzügyi közvetítőrendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bank (továbbiakban: MNB, székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.)

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

Az ügyfélnek lehetősége van a biztosító, illetve a biztosításközvetítő felé (írásban vagy telefonon keresztül) jelezni az esetleges, a fogyatékossággal összefüggő speciális igényeit. A bejelentéshez használható formanyomtatvány a www.signal.hu oldalon található.

Jelen szerződési feltételek a SIGNAL TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítás szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a SIGNAL TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítás (továbbiakban: ÁSZF) hivatkozással kötötték.

Kiemelt figyelemfelhívó ügyféltájékoztatás

A biztosításközvetítő pénzkezelésre semmilyen formában nem jogosult, továbbá nem működik közre a biztosítói díjbeszedés folyamatában sem. Ennek megfelelően a biztosításközvetítő:

- nem rendelkezik biztosítói meghatalmazással a szerződés díjának készpénzben történő átvételére vagy annak – a biztosító számlaszámától eltérő – bankszámlára való átutaltatá-

sára, és ilyen meghatalmazást az ügyféltől sem fogadhat el, valamint – nem rendelkezik jogosultsággal a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg átvételére és ilyen meghatalmazást az ügyféltől sem fogadhat el.

A fentiekből következően a biztosító felhívja az ügyfél figyelmét, hogy:

- rendszeres díjfizetést mindig közvetlenül a biztosító felé teljesítsen (csoportos beszédési megbízással vagy a biztosító bankszámlájára történő átutalással) és
- a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg megfizetését az ügyfél kizárólag saját kezéhez vagy saját bankszámlájára kérje.

1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS FOGALMAK ÉS MEGHATÁROZÁSOK

Kötelező alapbiztosítás: a biztosítási szerződés megkötésének feltételeként meghatározott biztosítási szolgáltatás. A szerződéskötéskor kiválasztott kötelező alapbiztosítás a szerződés teljes futamideje alatt folyamatosan fenn kell, hogy álljon legalább egy biztosítottra vonatkozóan. Kötelező alapbiztosítás lehet az alapbiztosítások egyike.

Alapbiztosítás: azon biztosítási szolgáltatás, amellyel minden biztosítottnak rendelkeznie kell a szerződés teljes futamideje alatt. Alapbiztosítások lehetnek a jelen ÁSZF-ben megjelölt szolgáltatások.

Kiegészítő biztosítás: olyan biztosítási szolgáltatás, amely önállóan nem köthető meg, kizárólag valamely alapbiztosítás mellé választható. Kiegészítő biztosítások lehetnek a jelen ÁSZF-ben megjelölt szolgáltatások.

Aktuális kor: a biztosított életkora egy meghatározott időpontban. Számítása: a legutolsó biztosítási évforduló évéből kivonjuk a születési évet.

Baleset: Balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül felépő, olyan, egyszeri hirtelen külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.

Bizalmi orvos: a biztosító által megbízott szakértő orvos, aki közreműködik a biztosítási kockázatok ill. a szolgáltatási igények elbírálásában. Titoktartási kötelezettség terheli harmadik személyekkel szemben, ez alól kizárólag a biztosított, illetőleg az ajánlattevő adhat felmentést.

Egészségi nyilatkozat: a biztosított az egészségi nyilatkozatban feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válaszaival eleget tesz a közlési kötelezettségének.

Előzmény nélküli betegség vagy kóros állapot: olyan állapot, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett, vagy kezelést igénylő betegséggel, kóros állapottal, veleszületett rendellenességgel vagy megállapított maradandó egészségkárosodással nem áll okozati összefüggésben.

Kockázatelbírálás: elemzési, értékelési folyamat, amelynek során a biztosító arról dönt, hogy az ajánlatban és a hozzá csatolt dokumentumokban rögzített kockázatot az ajánlat tar-

talma szerint elvállalja-e, illetőleg milyen biztosítási díjért vagy az ajánlat tartalmának milyen módosításával vállalja a kockázatviselést. Megkülönböztetünk:

- technikai elbírálást, amely során az ajánlatok és azok mellékleteinek formai és tartalmi ellenőrzését végzi el a biztosító,
- tevékenységi elbírálást, melynek során a biztosított foglalkozásának, sport és hobbi tevékenységének veszélyességét méri fel a biztosító,
- egészségi elbírálást, amely során a biztosított egészségi állapotának felmérését követően dönt a biztosító a fenti kérdésekről, valamint
- pénzügyi elbírálást is végezhet a biztosító, melynek során a szerződő jövedelmének, anyagi helyzetének függvényében hoz döntést az ajánlat befogadásáról.

Orvosi vizsgálat: a biztosítás létrejöttét vagy a kárfizetést megelőzően a biztosító bizalmi orvosa által végzett orvosi vizsgálat. Az orvosi vizsgálatok költségét a biztosító viseli.

Rosszindulatú daganatos betegség: bizonyos sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, mely a szövetek roncsolásához vezet, és amely elváltozás sebészeti kezelést, sugárkezelést, kemoterápiát, immunterápiát vagy hormonterápiát tesz szükségessé, továbbá a betegség felismerését szövettani eredmény és szakorvosi vélemény igazolja. A környezetüket roncsoló hormonterápiát daganattípusok mellett a leukémia, limfóma, szarkóma és Hodgkin-kór besorolású betegségek is szolgáltatási jogosultságot jelentenek.

2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS TÁRGYA

Jelen szerződés csoportos biztosítási szolgáltatás nyújtására irányul, legfeljebb öt fő biztosított részére. A biztosítási szerződés a szerződő által kiválasztott szolgáltatásokra terjed ki, a jelen ÁSZF3. pontban meghatározottak szerint

3. VÁLASZTHATÓ BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

A biztosítási szerződésben az alábbi biztosítási szolgáltatások választhatók. A biztosítottak szabadon választhatnak a rendelkezésre álló szolgáltatások közül, az alábbi szabályok figyelembevételével.

3.1. KÖTELEZŐ ALAPBIZTOSÍTÁS

Kötelező alapbiztosítás az alapbiztosítások közül a szerződés megkötésekor választható szolgáltatás, mely legalább egy biztosított részére a szerződés teljes futamideje alatt kötelezően fennáll.

A kötelező alapbiztosítás a tartam alatt nem módosítható, azonban a biztosított személye, aki ezen szolgáltatással rendelkezik, változhat.

3.2. ALAPBIZTOSÍTÁSOK

Alapbiztosítások lehetnek a jelen pontban felsorolt szolgáltatások, melyek közül legalább egyvel minden biztosítottnak rendelkeznie kell a szerződés teljes futamideje alatt.

Az alapbiztosítás(ok) biztosítottanként eltérhet(nek), módosítható(ak), más alapbiztosítás(ok)ra cserélhető(ek).

Alapbiztosítások lehetnek az alábbiak:

- Balesetbiztosítás

- Kockázati életbiztosítás
- Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás
- Kritikus betegségek egészségbiztosítás

3.3. KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK

Kizárólag kiegészítő biztosítások lehetnek a jelen pontban felsorolt szolgáltatások melyek, kizárólag valamely alapbiztosítás mellé választhatóak.

Kiegészítő biztosítások lehetnek az alábbiak:

- Bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) kiegészítő biztosítás
- Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás
- Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás
- Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó kiegészítő biztosítás
- Daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosítás

4. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen szerződési feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek a különös feltételekben, valamint a kiegészítő biztosítási feltételekben részletesen meghatározott események.

5. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

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

Természetes személy szerződő lehet a 18. életévét betöltött cselekvőképes természetes személy.

Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles a biztosítottat tájékoztatni. A biztosítási tartam alatt lehetőség van a szerződő módosítására a szerződő és a biztosított/ak írásbeli hozzájárulásával.

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.

A biztosítási szerződésben a szerződő és a biztosított személye különválhat.

5.2. Biztosított: az a magyarországi állandó lakcímmel vagy állandó tartózkodási címmel rendelkező természetes személy, akinek az életére vagy az életével kapcsolatosan, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási események kockázatviselési időszakon belüli bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.

A biztosított személy belépési korát a biztosító úgy határozza meg, hogy a szerződés kezdetének évszámából levonja a biz-

tosított születésének évszámát. A biztosítottak belépési korát a különös szerződési feltételek tartalmazzák.

A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés az adott biztosított vonatkozásában a biztosítási időszak végével megszűnik.

A korlátozottan cselekvőképes kiskorú biztosított (14. életévet már betöltötte, de a 18. életévet még nem) jognyilatkozatának érvényességéhez – ha törvény eltérően nem rendelkezik – törvényes képviselőjének hozzájárulása szükséges. A cselekvőképtelen kiskorú (14 életévet még nem töltötte be) jognyilatkozata semmis, nevében a törvényes képviselője jár el.

A kiskorú gyámhatóságnak át nem adott vagyonáról való rendelkezést érintő, a Ptk. 2:15. § (1) bekezdés e) pontja szerinti szülői jognyilatkozathoz abban az esetben szükséges a gyámhivatal jóváhagyása, ha a szülői rendelkezéssel érintett vagyon értéke meghaladja a szociális vetítési alap összegének negyvenötszörösét. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.

5.3. Kedvezményezett: Elhalálozás esetén a haláleseti szolgáltatásra a szerződésben megnevezett természetes személy/ek jogosult/ak. Megnevezett személy/ek hiányában vagy ha a kedvezményezett jelölés nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a biztosított örököse/i a haláleseti szolgáltatás kedvezményezettje/i.

Minden egyéb biztosítási esemény esetén a kedvezményezett a biztosított saját maga.

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

Amennyiben a kedvezményezett a szolgáltatás esedékessé válásának időpontjában nem cselekvőképes, a biztosító kizárólag a gondnokság alá helyezésről szóló jogerős határozat alapján kirendelt törvényes képviselő (gondnok) rendelkezése alapján teljesít szolgáltatást. A szolgáltatás teljesítéséhez szükséges a gondnoksági határozat benyújtása.

A szerződő fél a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett 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. Ha a szerződő fél a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére

a kötelezettségvállalást tették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.

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

6. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, HATÁLYBALÉPÉSE, A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE

6.1. 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 szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződő fél és a biztosított nem azonos – a biztosított vagy a biztosított törvényes képviselőjének írásbeli hozzájárulása szükséges.

A szerződés létrejön, ha a biztosító az ajánlat alapján biztosítási kötvényt állít ki. A biztosítási szerződés az ajánlat aláírását követő nap 0. órájával visszamenőleges hatállyal jön létre, feltéve, ha az ajánlatot a biztosító elfogadta.

6.2. A biztosítási szerződés akkor is létrejön – a biztosítási ajánlatban foglalt tartalommal –, ha a biztosító az ajánlatra, az ajánlat a biztosító vagy képviselőjének történő átadásától számított 15 napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségi 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 ajánlat a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

A biztosított az ajánlat megtételekor – ettől eltérő rendelkezés hiányában – köteles egészségi nyilatkozatot tenni. A biztosítottnak a nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie.

6.3. A biztosító által feltett kérdésekre adott válaszokkal a szerződő ill. 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 adott biztosítottra vonatkozóan az ajánlatot elfogadja vagy elutasítja, illetve az ajánlatra módosító javaslatot tehet. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles megindokolni.

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

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

6.6. 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.

6.7. 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 ÁSZF-nek 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.

6.8. 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 legkésőbb a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmával jön létre.

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

6.10. Érvényesen létrejött szerződés esetén a biztosító kockázatviselése a biztosítás első díjának megfizetését követő nap 0. órájakor kezdődik.

7. A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK, A SZERZŐDÉS MEGSZÚNÁSÉNEK ESETEI

7.1. A BIZTOSÍTÁS IDŐSZAK

7.1.1. A biztosítás tartama lehet határozott vagy határozatlan a különös feltételekben meghatározottak szerint.

7.2. A szerződés megszűnhet:

- a biztosított személy elhalálozásával, illetve olyan biztosítási esemény vagy módosítás bekövetkezésekor, amely az adott biztosítottra vonatkozó kötelező alapt biztosítás megszűnését eredményezi, amennyiben a biztosítási szerződésben egy biztosított személy szerepel vagy egy biztosított rendelkezik a kötelező alapt biztosítással;
- abban az esetben, ha biztosítási esemény bekövetkezésével a szerződéshez tartozó kötelező alapt biztosítás egyetlen biztosítottra sem áll fenn;
- abban az esetben, ha a biztosított eléri a biztosítási feltételekben meghatározott maximális életkort és ezáltal a szerződéshez tartozó kötelező alapt biztosítás egyetlen biztosítottra sem áll fenn;
- díj nemfizetés miatt, a feltételekben meghatározott türelmi idő elteltével;
- a szerződő rendes felmondása esetén, a biztosítás évfordulójának hatályával;
- a biztosító felmondásával a biztosítási évforduló hatályával,
- amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezik és a biztosító teljesíti a szolgáltatást, a biztosítót a biztosítási év végéig esedékes díj megilleti, amelyet jogosult a kifizetendő szolgáltatás összegéből levonni. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító addig a napig járó díj megfizetését kérheti, amikor a kockázatviselés véget ér.

Túlfizetés esetén a biztosító a különbözetet visszatéríti az érintett biztosítottra vonatkozóan, amely érintheti a teljes szerződést vagy kizárólag az adott kockázatot, vagy a különbözetet a szerződés díjába számítja be.

8. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ ÉS A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

8.1. A biztosítási díj fizetése folyamatos. A folyamatos díj éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. A gyakoriság szerinti minimális díj 4500 forint.

Díjfizetési gyakoriság módosítása a szerződés évfordulóján lehetséges. A szerződő a díjfizetési gyakoriság módosítására vonatkozó igényét írásban közli a biztosítóval. A módosítás a következő díjfizetési esedékességtől lép hatályba. Az első díjfizetési időszakra szóló díj a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszakra az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

8.2. A kezdeti biztosítási összeget a szerződéskötéskor a szerződő választja a biztosító által felkínált lehetőségek közül.

8.3. Amennyiben a szerződő fél az esedékes biztosítási díjat csak részben fizeti meg, a biztosítási szerződés változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn. A biztosító a fedezet megszűnésének időpontjáról a szerződőt értesíti.

8.4. Volumen kedvezmény

8.4.1. A Biztosító volumenkedvezményt biztosít azon szerződés tekintetében, ahol a biztosítási szerződés díja a biztosítási időszakra (adott biztosítási év) vonatkozóan meghaladja a 100 000 forintot. A kedvezmény kizárólag a 100 000 forintot meghaladó díjrészre vonatkozik.

8.4.2. A kedvezmény mértéke

A volumenkedvezmény mértéke 20%, amely a 100 000 forint feletti díjrészre kerül alkalmazásra.

8.4.3. A jogosultság vizsgálata

A Biztosító a volumenkedvezményre való jogosultságot a biztosítás díjfizetési gyakoriságának fordulónapján, valamint minden olyan eseményt követően vizsgálja az adott biztosítási évre vonatkozóan, amely a biztosítási díj összegét érinti.

Amennyiben a szerződés a fordulónapon megfelel a volumenkedvezmény nyújtásához szükséges feltételeknek, a Biztosító a kedvezményt érvényesíti a 8.4.1. és 8.4.2. pontban foglaltak szerint. Amennyiben a szerződés nem felel meg a feltételeknek, a Biztosító a biztosítási díjat a kedvezmény érvényesítése nélkül számítja ki.

9. KÉSEDELMEK 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 kitűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

10. ÚJRA ÉRVÉNYBE HELYEZÉS (REAKTIVÁLÁS)

A szerződő fél az utolsó díjrendezettség napjától számított százharminc napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására. A biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált biztosítási díjat megfizetik. Ebben az esetben a biztosító jogosult újabb kockázatbírálást végezni, és a kérést teljesíteni vagy indoklás nélkül elutasítani.

11. KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

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

11.2. A biztosított orvosi vizsgálatának elvégzése, a közlési kötelezettség alól a biztosítottat nem mentesíti. Élet- és egészségbiztosítás esetén – mind alap, mind kiegészítő biztosításnál – amennyiben a biztosító a szerződéskötést követően szerez tudomást a szerződéskötéskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első öt évében gyakorolhatja.

11.3. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés vagy a kiegészítő biztosítás megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

11.4. Az (11.2.) és a (11.3.) bekezdés rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló öt éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

11.5. A szerződő fél és a biztosítottak kötelesek a lényeges körülmények változását a változás beálltát követő 5 munkanapon belül a biztosítónak írásban vagy telefonon bejelenteni az alábbi módok egyikén:

e-mail: info@signal.hu,

telefon: 06 1 458 4200,

fax: 06 1 458 4260,

postacím: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1519 Budapest, Pf. 260.

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

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

jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenülé válik.

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

11.9. A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a szerződés tartama alatt beállt lényeges körülmények változását a változás bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül, az elérhetőségekben, személyi adatokban és a biztosított személyek körében bekövetkezett változást haladéktalanul. **A változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő bizonyítja, hogy a be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.**

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

11.11. Amennyiben a szerződő és/vagy a biztosított a változás bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok irányadók.

11.12. A biztosított egészségi állapotával, foglalkozásával, szabadidős tevékenységével kapcsolatos kockázatának elbírálása érdekében a biztosító jogosult kérdéseket feltenni, továbbá orvosi vizsgálatot és egészségi nyilatkozat kitöltését is előírhat.

11.13. Ha a szerződés több kockázatra vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi kockázat esetén nem hivatkozhat.

12. A BIZTOSÍTOTT EGYÉB KÖTELEZETTSÉGEI

12.1. A biztosító jogosult egészségi nyilatkozat megtételét vagy orvosi vizsgálat elvégzését előírni. Amennyiben az igény elbírálásához orvosi vizsgálat szükséges, a biztosított köteles annak alávetni magát, ennek elmaradása esetén a biztosító a rendelkezésre álló dokumentumok alapján dönt.

13. TITOKTARTÁSI KÖTELEZETTSÉG, TITOKVÉDELEMMEL KAPCSOLATOS ELŐÍRÁSOK

A titokvédelemmel kapcsolatos tájékoztató a jelen ÁSZF kiadásakor hatályos Bit-nek megfelelően került beillesztésre. A www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor aktuális Bit-nek megfelelő Titokvédelmi tájékoztató.

13.1. A BIZTOSÍTÁSI TITOKRA VONATKOZÓ RENDELKEZÉSEK

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

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

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

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

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

- a) a biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele, vagy annak képviselője a kiszolgáltatatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- c) a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg,
- d) a biztosító érdeke ezt az ügyféllel szemben fennálló követelése eladásához vagy követelése érvényesítéséhez szükségessé teszi.

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

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal, az ügyészséggel, valamint a szabálysértési hatósági jogkörében eljáró rendőrséggel és a Nemzeti Adó- és Vámhivatallal,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,

- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvévo biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósággal,
- s) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal.

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

IV. (2a) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi

intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.

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

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

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

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

IV. (6) A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve 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.-ban 2025. június 15-ig hatályban volt új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, vagy
- c) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, tudatmódosító anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

IV. (6a) A Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény 69. § (3) és (4) bekezdésében, a Nemzeti Adó- és Vámhivatalról szóló 2010. évi CXXII. törvény 58. § (3) bekezdésében vagy a büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény (a továbbiakban: Be.) 262. § (3)–(5) bekezdésében meghatározottak szerinti adatkérés esetén a biztosító vagy a viszontbiztosító az ügyészség engedélye nélkül is köteles az általa kezelt,

biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérését teljesíteni. A Be. 262/A. §-a szerinti adatkérés esetén a biztosító vagy viszontbiztosító az ügyészségnek az ügyfélre vagy a biztosítási szerződésre vonatkozó külön engedélye nélkül is köteles az általa kezelt, biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérését teljesíteni. A Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény 69. § (3) és (4) bekezdésében, a Nemzeti Adó- és Vámhivatalról szóló 2010. évi CXXII. törvény 58. § (3) bekezdésében vagy a büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény (a továbbiakban: Be.) 262. § (3)–(5) bekezdésében meghatározottak szerinti adatkérés esetén a biztosító vagy a viszontbiztosító az ügyészség engedélye nélkül is köteles az általa kezelt, biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérését teljesíteni. A Be. 262/A. §-a szerinti adatkérés esetén a biztosító vagy viszontbiztosító az ügyészségnek az ügyfélre vagy a biztosítási szerződésre vonatkozó külön engedélye nélkül is köteles az általa kezelt, biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérését teljesíteni.

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

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

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

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

- a. a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- b. a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

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

- a. ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b. ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.

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

VII. (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- 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,
- a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

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

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

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

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

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

IX. (2) A biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

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

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

IX. (5) A Bit. 143. § (5) bekezdése értelmében biztosító a hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomásszerzés napjáig

- az elhunyt szerződő által kötött vagyonbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés

díjgyenlegéről, az esedékes díjtartozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt szerződő közeli hozzátartozója, illetve a vagyontárgy birtokosa részére,

- azon hitelfedezeti életbiztosítási szerződéshez, továbbá azon biztosítási szerződéshez kapcsolódóan, ahol a szolgáltatás jogosultja a hitelintézet és a szerződés biztosítottja az elhunyt személy, kizárólag a szolgáltatási igény biztosítóhoz történő bejelentése és a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatok biztosító részére történő megküldése érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, valamint az általános szerződési fel tételekről az elhunyt biztosított közeli hozzátartozója részére – annak írásbeli kérelmére – adatot szolgáltathat, feltéve, hogy e minőségét a kérelmező okirattal igazolja.

IX. (6) A Bit. 143. § (5) bekezdése értelmében közeli hozzátartozó, illetve a vagyontárgy birtokosa részére történő – (5) bekezdés szerinti – adatszolgáltatás nem jelenti a biztosítási titok sérelmét. A biztosító a kérelmező személyes adatait az adatszolgáltatást követően öt évig, illetve – ha a 142. § (3) bekezdése szerinti időtartam ezt meghaladja – a 142. § (3) bekezdésében meghatározott időtartamig kezeli.

13.2. A BIZTOSÍTÓ ÉS A VISZONTBIZTOSÍTÓ ÜZLETI TITKA

X. A biztosító, a viszontbiztosító, valamint ezek tulajdonosa, a biztosítóban, a viszontbiztosítóban részesedést szerezni kívánó személy, a vezető állású személy, egyéb vezető, valamint a biztosító és a viszontbiztosító alkalmazottja, megbízottja köteles a biztosító és a viszontbiztosító működésével kapcsolatban tudomására jutott üzleti titkot – időbeli korlátozás nélkül – megőrizni.

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

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

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

XI. (3) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Felügyelet által az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatónyugdíj-hatóság (a továbbiakban: EBFH) felé történő adatszolgáltatás, az európai felügyeleti hatóság (az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatónyugdíj-hatóság) létrehozásáról, valamint a 716/2009/EK határozat

módosításáról és a 2009/79/EK bizottsági határozat hatályon kívül helyezéséről szóló 2010. november 24-i 1094/2010/EU európai parlamenti és tanácsi rendeletnek (a továbbiakban: 1094/2010/EU rendelet) megfelelően.

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

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

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

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

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

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

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

13.3. A BIZTOSÍTÁSI TITOKRA ÉS AZ ÜZLETI TITOKRA VONATKOZÓ KÖZÖS SZABÁLYOK

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

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

XIII. (3) Az üzleti titokra az üzleti titok védelméről szóló 2018. évi LIV. törvényt és a Ptk-ban foglaltakat kell alkalmazni, a biztosítási titokra a Bit.-ben és a Ptk-ban foglaltakat kell alkalmazni.

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

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

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

13.4. A FATCA-TÖRVÉNY ALAPJÁN FENNÁLLÓ KÖTELEZETTSÉGEK

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

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

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

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

13.5. A PÉNZÜGYI SZÁMLÁKKAL KAPCSOLATOS ADATSZOLGÁLTATÁS ÉS ÁTVILÁGÍTÁS ALAPJÁN FENNÁLLÓ KÖTELEZETTSÉGEK

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

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

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

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

13.6. A VESZÉLYKÖZÖSSÉG VÉDELME CÉLJÁBÓL TÖRTÉNŐ ADATÁTADÁS

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

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

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

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

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

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

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

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

a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XVII. (15) Ha az ügyfél a személyes adataihoz való hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a XVII. (9) és (10) pontban meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

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

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

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

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

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

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

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

biztosítási titokra vonatkozó szabályok megfelelően alkalmazandóak.

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

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

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

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

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

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

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

XVIII. (14) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

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

XVIII. (16) Az igénylő biztosító a XVIII. (3) bekezdésben meghatározott igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít.

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

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

14. A SZEMÉLYES ADATKEZELÉSRE VONATKOZÓ TUDNIVALÓK

A személyes adatok kezelésével kapcsolatos teljes körű tájékoztató jelen szerződési feltétel II. számú függelékében található.

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

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

16. ORVOSI VIZSGÁLAT, EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT, VÁRAKOZÁSI IDŐ

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

16.2. A várakozási időre vonatkozó rendelkezéseket a különös feltételek tartalmazzák.

17. A SZERZŐDÉS TERÜLETI HATÁLYA

A jelen ÁSZF alapján a biztosító kockázatviselése – ezzel elmentés szerződéses kikötés hiányában – egyaránt kiterjed belföldön és külföldön bekövetkezett biztosítási eseményekre.

18. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

Jelen szerződés esetében a biztosítottak létszáma minimum 1, maximum 5 fő lehet.

19. A BIZTOSÍTÁSI VÉDELEMBŐL KIZÁRT KOCKÁZATOK

Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

19.1. Az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetek esetén akkor, ha az ittasságon, kábító-, illetve bódító szerek fogyasztásán alapul, valamint agyvérzés, epilepsziás roham és egyéb, a biztosított egész testére kiterjedő görcsös roham következménye. Amennyiben készült véralkohol vizsgálat, ittas állapotnak a 0,5 ezrelék vagy ezt meghaladó véralkohol szintet, illetve 0,25 milligramm/liter levegőalkohol-koncentrációt tekintjük. Vizsgálat hiányában az ittasság egyéb hitelt érdemlő információk alapján is megállapítható (pl. orvosi dokumentum, hatósági jegyzőkönyv). Ha az említett roham olyan baleset következménye, amelyre a kockázatviselés kiterjed, a biztosítási védelem fennáll.

19.2. A biztosított testén saját maga, vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodás, amelyet orvosi engedéllyel nem rendelkező személy végzett, vagy amelyet orvosi engedéllyel nem rendelkező intézményben végeztek.

19.3. Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.

19.4. Az olyan kórházi ápolás és/vagy keresőképtelenség, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapot romlásának megakadályozása és egészsége helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a biztosítottnak a szülője vagy gyermeke ápolása miatti kórházi tartózkodása és/vagy keresőképtelensége.

19.5. Háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás során bekövetkezett események, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről volt szó.

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

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

19.8. Az alábbi veszélyes és extrém sporttevékenységek végzése közben vagy ezekkel összefüggésben bekövetkező események:

- **Küzdősportok és harcművészetek, különösen, de nem kizárólag:** ökölvívás, birkózás, judo, karate, aikido, kung-fu, iaido, taekwon-do, kempo, kendo, kick-box, pankráció, szumó, capoeira, tai-chi, thai box, hapkido, ket-recharc – függetlenül attól, hogy olimpiai sportágnak minősülnek-e.
- **Extrém sporttevékenységek, különösen:** kerékpáros és gördeszkás sportok: hegyi kerékpározás (mountain bike), gyorsasági kerékpározás, BMX, BMX-cross, skate.
- **Vízi extrém sportok:** vízisí, jet-ski, vízi ejtőernyő, paplanernyő, kitesurf, rafting, vadvízi evezés, hydrospeed, nyílt tengeri vitorlázás, tengeri kajak, hyper jet, búvárkodás, félkezes vitorlázás.
- **Magashegyi és mászó sportok:** szikla- és hegymászás III. foktól, gleccsermászás, magashegyi expedíció, falmászás, barlangászat, zipline, canyoning.
- **Speciális túraútvonalak:** Klettersteig (via ferrata) típusú útvonalakon végzett túrázás, valamint 3500 méter tengerszint feletti magasságban történő túrázás.
- **Bázisugrás, rocky jumping, bungee jumping, ejtőernyőzés.**
- **Légi sporttevékenységek amennyiben azok nem szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében történnek:** sárkányrepülés, motor nélküli légi járművek, segédmotoros vitorlázó repülők, hőléggallonozás, műrepülés, mezőgazdasági repülés, körrepülés, siklóernyőzés, egyéb sportrepülés.
- **Motoros extrém sporttevékenységek:** motor- és autóverseny, raliverseny, teszttúra, roncsautó sport (auto-crash), crossmotor, quad használata.
- **Fegyveres szabadidős tevékenység:** vadászat.
- **Extrém sielés:** freestyle sí, freeride sí, túrás, helisí, snowkite, bobozás, siugrás.

A kizárás kiterjed továbbá a társadalombiztosítási szerv által a biztosítás tartama alatt extrém sportnak minősített minden egyéb szabadidős tevékenységre, a mindenkor hatályos hivatalos besorolás alapján.

19.9. Föld alatti vagy víz alatti munkavégzés, vagy ilyen területen folytatott sporttevékenység következménye.

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

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

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

19.12. 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.

Kismértékű bőr- vagy nyálkahártya-sérülésnek minősül minden olyan felületes sérülés, amely nem hatol át a bőr teljes vastagságán, nem érinti a mélyebb szöveteket (izom, ín, csont), nem igényel sebészi ellátást (pl. varrat), és jellemzően spontán, komplikáció nélkül gyógyul.

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

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

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

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

- a) a lelki működés zavarai, betegségei,
- b) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra),
- c) orvosi végzettséggel vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

19.16. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre, amelyek a biztosított igazolt (versenyzői, sportolói licenceszel, engedéllyel) sportolóként végzett sporttevékenységével vannak okozati összefüggésben. A biztosító a kizárást nem alkalmazza, amennyiben a biztosított hitelt érdemlően igazolja sportegyesületi nyilatkozattal, hogy a biztosítási esemény nem igazolt sportolóként végzett sporttevékenységével összefüggésben következett be.

19.17. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá az alábbiakra:

a) robbanószerekkel, robbanó szerkezetekkel, veszélyes anyagokkal való foglalkozás következménye, pl.: földgáz, ill. kőolaj kitermelése, feldolgozása, szállítása, raktározása; ipari gáz gyártása; veszélyes hulladék gyűjtése, szállítása, raktározása, kezelése, ártalmatlanítása,

b) a biztosított fegyverviselésével ok-okozati összefüggésben következik be,

c) a biztosított tevékenységével, foglalkozásával összefüggésben bekövetkező biztosítási események, amennyiben a biztosított foglalkozása:

- artista,
- bűvár,
- bányász,
- építőmunkás magas építményeken (10 méteres magasságtól),
- fegyveres testület tagja
- rendőr,
- fegyveres őr,
- kaszkadőr,
- légiutas-kísérő,
- tűzoltó,
- pilóta (repülő, helikopter, vadászrepülő),
- pirotechnikus,
- pénzszállító autó sofőrje vagy annak kísérője,
- robbanóanyaggal dolgozó ipari munkás,
- tűzijáték- és csillagszórógyártó,
- vadász,
- veszélyes anyagot szállító tehergépkocsi sofőr,
- ipari alpinista,
- daru ill. toronydaru kezelő
- mélyépítő munkás,
- állatszeliidítő,
- cirkuszi akrobata,
- testépítő,
- barlangi mentő, hegyi mentő,
- hivatásos katona,
- tűzszerész.

d) azzal összefüggésben következik be, hogy a biztosított, munkavégzése során a munkavédelmi szabályokat súlyosan gondatlanul vagy szándékosan megsértette, továbbá, ha a baleset bekövetkezését követően nem vett igénybe haladéktalanul orvosi segítséget vagy az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig nem folytatta, és az elhalálozás vagy az egészségkárosodás ezzel okozati összefüggésben következett be.

19.18. Nem téríti meg a Biztosító továbbá: bárminemű kárt, veszteséget, költséget, melynek eredménye, keletkezési oka közvetlenül vagy közvetve összefüggésbe hozható a terrorizmus bármilyen formájával az alábbiakban foglaltak szerint: kizárásra kerülnek azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül, vagy közvetve terrorcselekménnyel, vagy annak elkövetése során közveszély okozásával, vagy ezen cselekmények közrehatásával idéznek elő, illetve az alábbiakban meghatározott egyéb cselek-

ményekkel okoztak, függetlenül attól, hogy más ok, vagy más esemény, – történjék ez bármely időrendi sorrendben is – közrehatott-e a kár bekövetkeztében. Terrorista cselekménynek minősül továbbá, minden olyan cselekmény – függetlenül attól, hogy erőszakos cselekmény alkalmazásával, azzal való fenyegetéssel, vagy annak előkészítésével valósult-e meg –, melyet önállóan, vagy egy bizonyos szervezet vagy kormány megbízásából, vagy ahhoz kapcsolódva hajt végre egy ember, vagy emberek csoportja(i), amelyet minden jel szerint azért hajtanak végre, hogy – egy jogszerű vagy tényleges kormányt, illetve államot, vagy a nyilvánosságot vagy a nyilvánosság egy részét megfélemlítse, vagy befolyásolja, vagy – a gazdasági életet részben vagy egészben befolyásolja, vagy – melyek módja és körülményei arra engednek következtetni, hogy azokat politikai, szociális, vallási, ideológiai vagy hasonló okokból vagy céllal hajtottak végre. Kizárásra kerülnek továbbá azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül vagy közvetve olyan cselekmények okoztak, vagy amelyekben közrehatottak olyan cselekmények, amelyek terrorista támadások ellenőrzésére, megelőzésére vagy elfojtására szolgálnak, vagy egyéb módon egy terrorista akcióval függnek össze.

19.19. Gyógykezelés következtében bekövetkező fertőzésekre a biztosítási védelem nem terjed ki.

20. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSE ALÓL

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

20.2. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartással

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

20.3. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosított halála, illetve sérülése

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

20.4. Súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény:

- a biztosított ittas állapotával közvetlen összefüggésben valósul meg, vagy
- a biztosítás időpontjában igazolhatóan kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez közrehatott a biztosítási esemény bekövetkezésében,
- nem az orvos által javasolt, illetve nem az orvos által előírt adagolásban szedett gyógyszer, nyugtató, tudatmódosító szer hatására állt be,

- közlekedési szabályok súlyos megsértése miatt következik be (pl. jogosítvány nélküli vagy ittas vezetés, biztonsági öv használatának mellőzése, kirívó gyorsjárat, stb.), vagy

- a biztosított munkavégzése során a munka- és tűzvédelmi szabályok be nem tartása miatt következett be.

20.5. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha bizonyítja, hogy a biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét szegte meg súlyosan gondatlanul vagy szándékosan.

21. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

21.1. A biztosított, a biztosítási szolgáltatásra igényt tartó személy, illetve azok képviselője köteles a biztosítónak a biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül írásban bejelenteni, a szükséges felvilágosításokat megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

21.2. Halálesetet a bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell jelenteni a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet és/vagy betegséget korábban már jelentették, valamint abban az esetben is, ha a teljes körű kárbejelentéshez szükséges összes dokumentáció még nem áll rendelkezésre.

21.3. Baleseti maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkezésétől számított 1 éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkezését a biztosítóval 15 napon belül írásban közölni kell.

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

22. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában az adott biztosítottra érvényes biztosítási szerződésben foglaltaknak megfelelő, valamint a különös feltételekben részletezett mértékű szolgáltatást teljesít.

23. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSÉHEZ SZÜKSÉGES IRATOK

23.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a biztosított, illetve a szolgáltatásra jogosult a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jogalapjának és összegszerűségének megállapításához szükséges iratokat, információkat maradéktalanul a biztosító rendelkezésére bocsátotta, továbbá lehetővé teszi azok ellenőrzését. Amennyiben az iratokat hiányosan nyújtották be, akkor a biztosító az utolsó irat beérkezést követően 30 napon belül értesíti a kedvezményezettet a hiánypótlásról. A hiánypótlásra a kedvezményezettnek 30 nap áll rendelkezésre, ha a biztosító értesítő levelében ettől eltérően nem rendelkezik.

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

Valamennyi, a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok:

- a) a biztosító erre a célra szolgáló, hiánytalanul kitöltött és aláírt szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványának eredeti példánya,
- b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, annak bekövetkezésében szerepet játszó eseményre vonatkozó, illetve az azzal kapcsolatos valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, gyógykezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, ambuláns lap, BNO kódot tartalmazó táppénzes igazolás, szakorvosi iratok másolatai, beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát is,
- c) baleseti/közlekedési baleseti jegyzőkönyv, vagy rendőrségi – munkahelyi baleset esetén munkahelyi – baleseti jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült),
- d) véralkohol vizsgálati eredmény (amennyiben készült),
- e) toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (amennyiben készült),
- f) amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélyének és a jármű forgalmi engedélyének másolata,
- g) hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas, hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárást befejező/elutasító határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,
- h) külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása,
- i) kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő, illetve gyámhatóság vonatkozó nyilatkozata.

Elhalálozás esetén:

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

- házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi betegkarton másolata,
- azon okiratok, amelyek a kedvezményezetti jogosultság (személyazonosítás, illetve kedvezményezetti vagy örökös státusz) igazolásához szükségesek,
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg vagy a kedvezményezett elhalálozott).

Baleseti maradandó egészségkárosodás esetén továbbá:

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

Egyéb, szükség esetén benyújtandó dokumentumok:

- biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény eredeti példánya, az utolsó díjfizetést igazoló befizetési, átutalási bizonylat,
- személyazonosság igazolására alkalmas hatósági igazolvány: személyazonosító igazolvány, útlevel, valamint kártya formátumú vezetői engedély,
- a szerződő és a biztosítottaknak a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes lakcímet igazoló hatósági igazolványának másolata,
- a NEAK, társadalombiztosítási szerv, illetve egyéb hivatalos szerv felé történő adatkéréshez szükséges, a biztosított, biztosított örököse vagy a kedvezményezett által aláírt felmentő nyilatkozat eredeti példánya,
- orvosi igazolás, beutaló másolata, altatási jegyzőkönyv másolata,
- kórlapok másolata,
- ápolási lap és dokumentáció másolata,
- labor eredmények másolata,
- képalkotó műszeres vizsgálatok eredménye,
- a különös feltételekben illetve a kiegészítő biztosítási feltételekben részletezett további iratok.

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

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

23.5. A biztosított vagy örököse, illetve a kedvezményezett a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartásával, a biztosítási szerződés létrejöttével vagy a kárigény érvényesítésével egyidejűleg felhatalmazza a biztosítót, hogy a biztosítási szerződéssel, illetve a szolgáltatási kötelezettség beálltával összefüggésben más biztosítótól információkat szerezzen be, valamint azoktól az

orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a biztosítottat kezelték, vizsgálták, a szükséges felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat közvetlenül beszerezze. A felhatalmazás megadását követően is köteles azonban a biztosított, illetve a szolgáltatásra igényt érvényesítő az adatok, dokumentumok beszerzése során a biztosítóval együttműködni.

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

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

24. A SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSE

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

24.2. 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.

24.3. A biztosító vállalja, hogy a szolgáltatás iránti igény jogosságának elismerését, illetve a jogosulttal történt megegyezést követő 15 napon belül a biztosítási szolgáltatást kifizeti.

24.4. A biztosító az aktuális biztosítási összeg alapján teljesítésre kerülő bármely szolgáltatásból levonhatja az elmaradt díjakat és a késedelmi kamatokat (a továbbiakban: tartozások). A fel nem vett szolgáltatási összeget a biztosító kamatmentes letétként kezeli.

24.5. Ha egy biztosítási kockázat megszűnik, amelyre a biztosító szolgáltatást teljesített, a díjfizetési kötelezettség a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig áll fenn. Amennyiben a megszűnés oka maga a szolgáltatás, a díjfizetési kötelezettség a biztosítási időszak végéig terjedhet.

Ha egy biztosítási kockázat megszűnik, amire az adott biztosítási időszakban a biztosító szolgáltatást teljesített, a biztosító jogosult a megszűnt kockázat díjára a biztosítási év végéig.

25. JOGNYILATKOZATOK

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

26. NYERESÉGRÉSZESEDÉS

A szerződés nyereségrészesedésre nem jogosít.

27. A BIZTOSÍTÁS ÉRTÉKÉNEK MEGŐRZÉSE, DÍJKORREKCIÓ

27.1. A BIZTOSÍTÁS ÉRTÉKÉNEK MEGŐRZÉSE

27.1.1. A biztosító a biztosítás értékének megőrzése érdekében a biztosítási évfordulón automatikusan megemeli a bizto-

sítási szolgáltatások összegét és ennek megfelelően a szerződéshez tartozó biztosítási díjat is.

27.1.2. Az értéknövelés mértékének alapja a biztosítási évfordulót megelőző Központi Statisztikai Hivatal (a továbbiakban KSH) által közzétett éves fogyasztói árindex. Amennyiben az árindex mértéke kevesebb mint 5 %, akkor az emelés mértéke 5 %, a biztosító jogosult a KSH által közzétett értéktől legfeljebb 5 százalékponttal eltérni.

27.1.3. A biztosító a szerződőt a biztosítási évfordulót megelőzően legalább 60 nappal írásban értesíti az emelés mértékéről és a módosított díjról. A szerződő jogosult az automatikus értéknövelést írásban visszautasítani. A szerződő által tett írásos nyilatkozatnak a biztosítási évforduló előtt 15 nappal a Biztosító Központjába meg kell érkeznie. Amennyiben a szerződő két egymást követő alkalommal visszautasítja az emelést, a biztosító jogosult a további értéknövelést kockázatbíráláshoz kötni.

27.1.4. Az értéknövelés nem vonatkozik a Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó, valamint a Daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosítás kiegészítő biztosításokra.

27.1.5. Az értéknövelés minden egyéb biztosítási szolgáltatásra egységesen vonatkozik, az egyes szolgáltatások értéknövelése külön nem utasítható vissza.

27.2. DÍJKORREKCIÓ

A biztosító minden évben egy alkalommal, a biztosítási évfordulón, a következő biztosítási időszak első napjának hatályával jogosult egyoldalúan módosítani a biztosítási díjat a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett utolsó ismert 12 havi infláció mértékével. A biztosító ettől +/- 10 százalékponttal eltérhet. A biztosító a díjemelést a tájékoztatás megküldését követő biztosítási évfordulóval alkalmazza. A biztosító a változást megelőzően 60 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt. Az alábbi körülmények lehetnek a díj módosításának okai:

- díjbefizetéssel, szolgáltatások teljesítésével kapcsolatos költségek változása (postai levélküldemények díjtételeinek változása, postai csekkbefizetés költségeinek változása, banki csoportos díjbeszedés költségteleinek változása, a díjbefizetést érintő banki tranzakciók díjtételeinek változása stb.);
- technológiai változások az elektronikus kapcsolattartásban, ügyfélkiszolgálás költségeinek változása;
- biztosítási szerződésekhez kapcsolódó ügyfeladatok lekérdezésének költségváltozása (lakcímnnyilvántartás, halottregiszter stb.);
- A szolgáltatáshoz tartozó kockázat számottevő növekedése.
- Külső szolgáltató partnerek díjainak változása.
- Viszontbiztosítási díjak emelkedése.
- Adó- vagy jogszabály-változások.

28. ELÉVÜLÉS

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

29. PANASZKEZELÉssel KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

Jelen Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók a jelen általános szerződési feltételek kiadásakor hatályos Bit-nek, valamint a bizto-

sító, a többes ügynökök és az alkuszok panaszkezelési eljárásával, valamint a panaszkezelési szabályzatával kapcsolatos részletes szabályokról szóló 437/2016. (XII.16.) Korm. rendelet ezen feltétel lezárásának napján hatályos szövege szerint megfelelően került beillesztésre. A www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor aktuális Bit-nek megfelelő Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók: <https://www.signal.hu/hu/panaszbejelentés>

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

Személyes panaszbejelentés

Félfogadási időben a központi ügyfélszolgálati irodában lehet személyesen panaszbejelentést tenni.

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

Telefonos panaszbejelentés

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

Postai úton történő panaszbejelentés

A panaszbejelentés postai úton az alábbi levelezési címre küldhető:

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. Vezérigazgatóság, Panaszkezelési és vizsgálati Csoport

Levélcím: 1519 Budapest Pf. 260.

Elektronikus panaszbejelentés

Az ügyfél panaszbejelentését elektronikusan az info@signal.hu e-mail címre, faxon a 061 458 4260 faxszámra vagy – regisztrációt követően – Ügyfélportálon keresztül online módon is eljuttathatja a biztosító részére.

A SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. mindenkor aktuális elérhetőségei, a nyitvatartási idő megtekinthető a weboldalon.

29.2. A biztosítóhoz intézett

- szóbeli panaszt személyesen ügyfélszolgálati irodánkban munkanapokon hétfőn 08:00-20:00, keddtől-péntekig: 08:00-16:00 nyitvatartási időben,
- telefonon közölt szóbeli panaszt munkanapokon hétfőn 08:00-20:00, keddtől-péntekig: 08:00-16:00 nyitvatartási időben,
- írásbeli panaszt elektronikusan eléréssel – üzemzavar esetén megfelelő más elérhetőséget biztosítva – folyamatosan lehet megtenni.

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

29.4. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügy-

intézkedést. 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.

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

29.6. A biztosító a szóbeli panaszt – a 29.7. 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 29.8. pontban foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

29.7. 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 29.8. pontban foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

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

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

Fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezése esetén eljáró szerv:

Magyar Nemzeti Bank

Székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6. Központi levelcím: H-1534 Budapest, Pf. 777.

Telefon: 06 80 203 776

Fax: +36 1 489 9102

E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Internet: www.mnbb.hu

A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásával és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén eljáró szerv:

Pénzügyi Békéltető Testület

Székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6. Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank

1525 Budapest, BKKP Pf. 172.

A meghallgatások helyszíne: 1133 Budapest, Váci út 76.

(Capital Square irodaház)

Telefon: +36 80 203 776

Fax: +36 1 489 9102

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Internet: www.mnbb.hu/bekeltetes

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

29.11. A biztosító az ügyfelek panaszai hatékony, átlátható és gyors kezelésének eljárásáról, a panaszügyintézés módjáról, valamint a 26.12. 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 telefonszámáról.

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

29.13. A 29.12. 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.

29.14. 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: <https://www.signal.hu/hu/panaszbejelentes>

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

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

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

30. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

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

30.2. Írásban tett nyilatkozatnak nem minősül jelen feltételek alapján az aláírás képével ellátott elektronikus dokumentumba foglalás (kivéve a legalább fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalás) és az SMS.

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

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

30.4.1. Független biztosításközvetítő az a biztosításközvetítő, aki biztosítóval fennálló jogviszony alapján

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

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

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

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

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

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

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

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

30.4.5. Jelen biztosítási termék tanácsadás nélkül értékesíthető.

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

30.6. A biztosítási szerződés és az ügyintézés nyelve a magyar.

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

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.

A jelen Általános Szerződési Feltételek a szerkesztésének lezárásakor hatályos Bit. szövegének megfelelően készült (különös tekintettel a Titoktartási kötelezettség, Titokvédelemmel kapcsolatos előírásokra, valamint a Panaszkezelésre vonatkozó pontokra). Az Általános Szerződési Feltételek szerkesztésének dátuma: 2025.10.14.

Tekintettel arra, hogy a Bit. módosítására a biztosítási szerződés létrejöttéig is sor kerülhet, ezért a www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor hatályos Bit. szövege.

I. SZÁMÚ FÜGGELÉK

AZ ELEKTRONIKUS KOMMUNIKÁCIÓ IGÉNYBEVÉTELÉNEK FELTÉTELEI

Az elektronikus kommunikáció akkor vehető igénybe, ha a szerződő az ajánlaton – már érvényes szerződés esetén utólagos nyilatkozatával – hozzájárulását adta ahhoz, hogy a Biztosító a szerződése megkötésével, kezelésével, megszűnésével kapcsolatos kommunikációt elektronikus úton folytathatja. Az elektronikusan küldendő dokumentumok körét a Biztosító jogosult meghatározni, és azt a jogszabályi változások és adatvédelmi szempontok alapján bármikor módosíthatja. A Biztosító az elektronikus kommunikáció lehetőségét a szerződő egyidejű tájékoztatásával visszavonhatja. Visszavonása esetén a Biztosító a tájékoztatást követően papír alapú kommunikációra tér át.

Az elektronikus kommunikáció igénybevételéhez a szerződőnek szükséges megadnia saját érvényes e-mail elérhetőségét és mobiltelefonszámát.

A Biztosító a szerződéshez kapcsolódó dokumentumokat titkosított levél formájában küldi meg szerződő részére, ahol egy egyedi jelszó megadása után tekintheti meg a csatolt fájlt. A dokumentum e-mailen keresztül maximum 30 napig tekinthető meg és tölthető le. A kiküldést és a letöltést a Biztosító naplózza.

Az életbiztosítási szerződéseket érintő elektronikus kötvények esetében, ha az első elektronikus levél kiküldését követő 14 napon belül nem történik meg az elektronikus kötvény letöltése az Ügyfél részéről, úgy a Biztosító újra megkísérli elküldeni az Ügyfél email címére. A második kiküldést követő 14 nap után a Biztosító a kötvényt átvettnek minősíti és a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatáshoz fűződő határidőket a Biztosító innen számítja.

A szerződő egyidejűleg egy e-mail címet adhat meg, amelyhez egy mobiltelefonszám tartozhat. Amennyiben a szerződő már regisztrált egy e-mail címmel és egy mobiltelefonszámmal, úgy a beazonosíthatóság végett a további szerződesei regisztrálásához is ugyanezeket kell megadnia.

A szerződő által megadott e-mail cím valótlanágából vagy hiányosságából, a számítástechnikai eszközök, programok hibáiból, továbbá a Biztosító érdekkörén kívül álló egyéb okokból (pl. az elektronikus hírközlési szolgáltatás körében felmerült okok, internetes kapcsolat vagy szoftver hibái, vis maior) eredő károkért, a kívánt joghatások elmaradásáért a Biztosító nem tehető felelőssé.

A szerződő vállalja a dokumentumok kinyomtatását, amennyiben azt papír alapon szükséges tárolnia, vagy harmadik fél számára bemutatnia. **A szerződő vállalja, hogy a fenti folyamat ismeretében dönt az elektronikus kommunikáció mellett.**

Amennyiben az elektronikus kommunikáció csak meghatározott fizetési mód esetén választható, úgy a szerződő vállalja, hogy a biztosítási díjat ennek megfelelően fizeti.

A biztosítás kockázatviselésének folyamatos fenntartása érdekében a szerződő a díjat befizetési csekk hiányában is kiegyenlíti: elektronikusan, online bankkártyás fizetéssel, vagy a kötvényszámra hivatkozva a Biztosító honlapján feltüntetett bankszámlára történő átutalással.

A szerződő az e-mail címében és/vagy a mobiltelefonszámában bekövetkezett változást köteles haladéktalanul a Biztosító felé bejelenteni írásban, vagy azonosítást követően a Biztosító telefonos ügyfélszolgálatán. Az adatok módosítására lehetőség van regisztrációt követően az SIGNAL Direkt Ügyfélportálon is. A bejelentéseket a Biztosító csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha az adatok változásának közlése a fenti módok egyikén történt. A Biztosító az általa ismert utolsó e-mail címre, valamint mobiltelefonszámra mindaddig joghatályosan küldhet értesítést, amíg az e-mail címre vagy a mobiltelefonszámra vonatkozó változás-bejelentés nem érkezett be a Biztosítóhoz, vagy a változás-bejelentés feldolgozása még folyamatban van. A változást a Biztosító a beérkezést követő 5. munkanap 24:00 óráig hajtja végre. Az adatok valótlanágából, hiányosságából vagy a változás bejelentésének elmulasztásából eredő esetleges károkért, hátrányos jogkövetkezményekért, avagy a kívánt joghatások elmaradásáért a Biztosító nem vállal felelősséget.

Ha a szerződéssel kapcsolatos bármely dokumentum nem érkezik meg a szerződőhöz, akkor azt a pótlás érdekében haladéktalanul jelezni kell a Biztosító ügyfélszolgálati elérhetőségeinek egyikén.

Az elektronikus kommunikáció igénybevétele a szerződő részéről bármikor visszavonható, melyről a fent megadott módokon tájékoztatnia szükséges a Biztosítót. Nem megfelelő e-mail cím, vagy mobiltelefonszám esetén az elektronikus kommunikáció a Biztosító részéről visszavonásra kerül.

Abban az esetben, ha az elektronikus kommunikáció igénybevétele miatt a biztosítás díjából kedvezmény került jóváírásra, a visszavonással a kedvezmény megszűnik, és a biztosítási díj a szerződési feltételek szerint módosul.

II. SZÁMÚ FÜGGELÉK

ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ

BIZTOSÍTÁSI JOGVISZONYHOZ KAPCSOLÓDÓ SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉVEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ

A SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) a jelen adatkezelési tájékoztató (a továbbiakban: Tájékoztató) útján tájékoztatja Önt a biztosítási szerződés megkötése, állományban tartása, valamint a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése során birtokába került személyes adatok kezelésével kapcsolatos legfontosabb információkról, így különösen az adatkezelések céljáról, jogalapjáról, a kezelt adatok köréről, az adatkezelés időtartamáról, az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségéről, valamint az Ön adatkezelésekkel kapcsolatos jogairól és jogorvoslati lehetőségeiről.

Felhívjuk a figyelmét, hogy a Tájékoztató, a Biztosító biztosítási szerződéseivel kapcsolódó adatkezeléseire vonatkozó, általános tájékoztatást tartalmazza, mely nem helyettesíti a biztosítási feltételek és a kapcsolódó termékismertetőket, ügyféltájékoztatókat megismerését. Az Ön teljes körű és nem kizárólag adatkezelési szempontú tájékoztatását ezen dokumentumokban, továbbá a Tájékoztatóban foglalt rendelkezések alkotják.

A biztosítási szerződés megkötéséhez, állományban tartásához, valamint a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez közvetetten kapcsolódó, esetleges adatkezelések tekintetében – SIGNAL Ügyfélportál regisztráció, online kapcsolatfelvétel, hangfelvételek kezelése, stb. – a tájékoztatást a Biztosító – az érintettek áttekinthető tájékoztatása céljából – az adatok gyűjtésével egy időben, illetve adatkezelési célonként elkülönítve közli weboldalán.

A Tájékoztatóban történő könnyebb eligazodás érdekében, kérem, használja az alábbi hivatkozásokat:

1.	A személyes adatok adatkezelője.....	2
2.	Az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségei.....	2
3.	Az adatkezelések célja, jogalapja, időtartama és egyéb lényeges körülményei.....	2
3.1.	Szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása, valamint a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése	3
3.2.	Szerződéssel kapcsolatos kötelezettségek teljesítése.....	9
4.	Hozzáférés a személyes adatokhoz, adattovábbítás	12
5.	Adatbiztonsági intézkedések.....	13
6.	Gyermekek személyes adatainak kezelése.....	13
7.	Automatizált döntéshozatal, profilalkotás.....	14
8.	Az adatkezeléssel kapcsolatos jogok és érvényesítésük.....	15
8.1.	Hozzáféréshez való jog	15
8.2.	Helyesbítéshez való jog	15
8.3.	Törléshez való jog (elfeledtetéshez való jog).....	16
8.4.	Az adatkezelés korlátozásához való jog.....	16
8.5.	Tiltakozáshoz való jog.....	16
8.6.	Adathordozhatósághoz való jog	16
8.7.	Hozzájárulás visszavonásához való jog	16
8.8.	Hatósági jogorvoslathoz való jog	16
8.9.	A bírósági jogorvoslathoz való jog.....	17
9.	A Tájékoztató elérhetősége és módosítása.....	17

A Biztosító a tájékoztatást közérthető és könnyen áttekinthető formában igyekszik nyújtani, valamint a Felügyeleti ajánlással összhangban tartózkodik a jogszabályok szövegszerű megismétlésétől. A Tájékoztató elkészítése során figyelembe vett jogszabályok az alábbiak:

- az EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2016/679 RENDELETE a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (a továbbiakban: GDPR)
- 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról (a továbbiakban: Infotv.)
- 2014. évi LXXXVIII. törvény a biztosítási tevékenységről (a továbbiakban: Bit.)
- 2023. évi CIII. törvény a digitális államról és a digitális szolgáltatások nyújtásának egyes szabályairól szóló törvény (a továbbiakban: Dáptv.)
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről (a továbbiakban: Eüak.)
- 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről (a továbbiakban: Ptk.)
- 2017. évi LIII. törvény a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról (a továbbiakban: Pmt.)
- 2009. évi LXII. törvény a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról (a továbbiakban: Gfbt.)
- 2000. évi C. törvény a számvitelről (a továbbiakban: Szvtv.)
- 2014. évi XIX. törvény 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 (a továbbiakban: FATCA-törvény)
- 2013. évi XXXVII. törvény az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól (a továbbiakban: Aktv.)

1. A SZEMÉLYES ADATOK ADATKEZELŐJE

A személyes adatok kezelője a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

Cím és központi ügyfélszolgálat: 1123 Budapest, Alkotás u. 50.

Postacím: 1519 Budapest, Pf. 260.

Tel.: 36 1 458 4200

Fax: 36 1 458 4260

E-mail: adatvedelem@signal.hu

Weboldal: www.signal.hu

Cégjegyzékszám: 01-10-042159

Adószám: 10828704-2-44

KSH szám: 10828704-6511-114-01

2. Az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségei

Ön a személyes adatai kezeléséhez, valamint jogai gyakorlásához kapcsolódó bármely kérdésben a Biztosító kijelölt adatvédelmi tisztviselőjéhez fordulhat postai úton a fent megadott címen vagy postacímen, valamint az adatvedelem@signal.hu e-mail címen.

3. AZ ADATKEZELÉSEK CÉLJA, JOGALAPJA, IDŐTARTAMA ÉS EGYÉB LÉNYEGES KÖRÜLMÉNYEI

Hangsúlyozzuk, hogy személyes adatait a GDPR, az Infotv., a Bit. adat- és titokvédelmi rendelkezései, valamint minden további irányadó jogszabály és belső szabályozás betartásával kezeljük.

A Bit. 135. § (1) bekezdése értelmében a Biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Biztosítási titok minden olyan a Biztosító rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására, vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A Biztosító az ügyfél által bármilyen formában megadott személyes adatot, ideértve az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatot is, biztosítási titokként kezeli.

A biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a Bit. által meghatározott egyéb cél eléréséhez szükséges személyes adatok kezelésének jogalapja egyrészt a GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettségek teljesítése, illetve a GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja alapján a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése. A biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez kapcsolódóan a Biztosító részére jogi kötelezettséget a jelen tájékoztatóban megjelölt törvények keletkeztetnek.

A Biztosító a személyes adatokat csak az adatkezelés céljainak eléréséhez szükséges ideig kezeli, melynek során figyelembe veszi az egyes jogszabályok által kötelezően előírt adatmegőrzési határidőket, valamint a Biztosítóval szemben támasztott esetleges követelések jogszabályi vagy szerződésben meghatározott elévülési idejét. A Biztosító a személyes adatok tárolásának időtartamáról adatkezelési célonként nyújt tájékoztatást.

3.1. SZERZŐDÉS MEGKÖTÉSE, MÓDOSÍTÁSA, ÁLLOMÁNYBAN TARTÁSA, VALAMINT A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSBŐL SZÁRMAZÓ KÖVETELÉSEK MEGÍTÉLÉSE

3.1.1. Az érintett számára megfelelő biztosítási alapú befektetési termék értékesítése

Adatkezelés célja: A Biztosítónak a biztosítási szerződés megkötése előtt meg kell határoznia az ügyféltől kapott tájékoztatás alapján az adott ügyfél konkrét igényeit és szükségleteit, és közérthető formában tárgyilagos tájékoztatást kell nyújtania az ügyfélnek a biztosítási termékekkel összefüggésben, annak érdekében, hogy az ügyfél megalapozott döntést hozhasson. A Biztosító köteles beszerezni a szükséges információkat az ügyfélnek vagy a leendő ügyfélnek az adott biztosítási termék típusának megfelelő befektetési területtel összefüggő ismereteiről, pénzügyi helyzetéről, veszteségviselési képességéről, befektetési céljairól és kockázattűréséről, annak érdekében, hogy számára alkalmas biztosítási alapú befektetési termékeket ajánlhasson.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Bit. 166/E. § keletkezteti.

Érintettek köre: Biztosító leendő ügyfelei, ügyfelei

Kezelt adatok köre: Biztosítási igény felméréséhez kapcsolódó adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító az igényfelmérés alapján létrejött biztosítási szerződés esetén a személyes adatokat a létrejött biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.1.2. Életbiztosítási szerződések során igényfelmérés, megfelelési és alkalmassági teszt elvégzése

Adatkezelés célja: Életbiztosítási szerződés megkötése előtt – az olyan megtakarítási elemet nem tartalmazó, tisztán kockázati életbiztosítások kivételével, amelyeket pénzügyi intézmény az általa nyújtott pénzügyi szolgáltatással összefüggésben javasolt, vagy amelyeknek a biztosítási összege nem haladja meg az egymillió forintot – a Biztosító felméri, illetve legalább az ügyfél által megadott információk alapján pontosítja az ügyfél igényeit. A Biztosító célja a megfelelő biztosítási termék ajánlása.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Bit. 153. § (1) bekezdése keletkezteti.

Érintettek köre: Biztosító leendő ügyfelei, ügyfelei

Kezelt adatok köre: Az ügyfél igényének felméréséhez, pontosításához szükséges információk, megfelelési és alkalmassági teszt-hez szükséges adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító az igényfelmérés alapján létrejött biztosítási szerződés esetén a személyes adatokat a létrejött biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.1.3. Biztosítási szerződés megkötése, állományban tartása

Adatkezelés célja: A Biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása, valamint a biztosítási szerződésből származó követelések, díjak megítélése.

Adatkezelés jogalapja: A Biztosító – figyelemmel a Bit. 135. § (1) bekezdés rendelkezésére – a GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja alapján jogosult a személyes adatok kezelésére, mely szerint az adatkezelés az érintettel kapcsolatos biztosítási szerződés megkötéséhez, teljesítéséhez szükséges.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei, leendő ügyfelei

Kezelt adatok köre: A Biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő személyes adatai, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek

- A biztosítási jogviszony alanyainak (szerződő, biztosított, együttbiztosított, kiegészítő biztosított, kedvezményezett, károsult, károkozó, törvényes örökös, tulajdonos, üzemben tartó) személyazonosító és személyes adatai: adóazonosító jel, állampolgárság, állandó lakcím, anyja születési neve, azonosító okmány típusa, azonosító okmány száma és betűjele, családi és utóneve, e-mail cím, lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma és betűjele, levelezési cím, magyarországi tartózkodási hely, mobiltelefonszám, születési hely, születési idő, születési neve, telefon/fax szám, titulus, digitális állampolgárság azonosító, TAJ szám, halotti anyakönyvi kivonat száma, neme, vezetői engedély megszerzésének dátuma, gyermekek esetében a szülő vagy gondviselő neve, címe, telefonszáma, e-mail címe, iskola neve, címe, diák osztálya
- Személy- és felelősségbiztosítási szerződés esetén az egészségi állapottal összefüggő adatok (lásd 3.1.4. pontban foglalt adatok)
- A biztosított, károsult vagyontárgy adatai (lásd 3.1.8. pontban foglalt adatok)
- Biztosítási igény felméréséhez kapcsolódó adatok: Az ügyfél ismereteinek, tapasztalatainak felméréséhez, értékeléséhez szükséges adatok, amelyeket az ügyfél a Biztosító ezen célra rendszeresített igényfelmérő dokumentumai kitöltésével ad meg
- A Pmt.-ben előírt ügyfél-átvilágítás elvégzése céljából kezelt adatok (lásd 3.2.1. pontban foglalt adatok)
- Hatósági eljárások során keletkező dokumentumok (lásd 3.2.8. pontban foglalt adatok)
- A díjfizetéshez, valamint a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges további adatok (lásd 3.1.8 pontban foglalt adatok)
- Egyéb, a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény és körülmény

Adatkezelés időtartama: A biztosítási szerződéshez kapcsolódó személyes adatait a Biztosító a biztosítási szerződés megszűnését követő naptári év első napjától számított 8 évig őrzi meg, a biztosítási szerződéssel kapcsolatos esetleges későbbi igények érvényesítése, valamint a Biztosítóra a jogszabályokban előírt adatmegőrzési kötelezettségekre tekintettel. A határidő lejártát követően személyes adatai törlésre kerülnek. A személyes adatok törlését gátolja, amennyiben:

- peres eljárás van folyamatban az adott szerződés tekintetében,
- peren kívül hatósági eljárás van folyamatban az adott szerződés tekintetében,
- panasz kezelése van folyamatban az adott szerződés tekintetében,
- járadék fizetése van folyamatban az adott szerződéshez kapcsolódóan,
- függő kár van rögzítve az adott szerződésre,
- szerződésen nyilvántartott díjhátralék, vagy túlfizetés az adott szerződés tekintetében,
- díjvisszatérítési szerződések esetében.

A létre nem jött biztosítási szerződésekkel kapcsolatos, ajánlattétel során megadott személyes adatait a Biztosító a biztosítási ajánlat rögzítésétől számított, a biztosítási szerződésben meghatározott elévülési ideig, ennek hiányában a Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. tv. (Ptk.) szerinti az általános elévülési időre vonatkozó rendelkezései szerinti az ajánlat rögzítésétől számított 5 évig tárolja. A létre nem jött ajánlathoz – online kötési felületeken félbe hagyott kalkuláció, ajánlattétel hiányában az igényfelmérés, megfelelési és alkalmassági tesztek dokumentumai – kapcsolódó személyes adatok az utolsó módosítást követő 61. napig kerülnek megőrzésre.

A Biztosító a Pmt. 6. §-ban foglalt ügyfél-átvilágítási kötelezettségének teljesítése során kezelt személyes adatokat a 3.2.1. pontban foglaltak szerint kezeli.

Felhívjuk a figyelmét, hogy bár az adatszolgáltatás önkéntes, de a személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a kockázat meghatározásához, így a szerződés létrejöttéhez, a szerződés fenntartásához, valamint a szerződés alapján nyújtott szolgáltatások megítéléséhez. Az adatok hiánya a biztosítási ajánlat visszautasítását, valamint a szolgáltatás ellehetetlenülését vonhatja maga után. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha Ön a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jogalapjának és összegszerűségének megállapításához szükséges adatokat maradéktalanul a Biztosító rendelkezésére bocsátotta.

Amennyiben a személyes adatok nem közvetlenül az érintettől származnak, az adatokat megadó fél elismeri, hogy megfelelő jogalappal rendelkezik az érintettek személyes adatainak Biztosító részére történő átadásához, valamint részükre az adatkezeléssel összefüggő tájékoztatást megadta.

A személyes adatok kezelése a biztosított halála után is szükséges, a biztosítási szerződéssel kapcsolatos kötelezettségek teljesítése és a szerződés kezelése érdekében. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja. Az elhunyt örököse ezen jogállását köteles igazolni (például öröklési bizonyítvány, hagyatékátadó végzés megküldésével).

3.1.4. Egészségügyi adatok kezelése a biztosítási szerződés megkötése, állományban tartása során

Adatkezelés célja: A Biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, valamint a biztosítási szerződésből származó díjak, követelések megítélésével összefüggésben az egészségi állapotra vonatkozó különleges személyes adatok kezelése. Az adatkezelés célja különösen a kockázat-elbírálás, a biztosítási szerződés alapján a biztosítási esemény (baleset, betegség, egészségkárosodás, haláleset, egészségbiztosítási szolgáltatás igénybevétele) bekövetkezésekor a szolgáltatási igény, kárigény elbírálása.

Adatkezelés jogalapja: A Biztosító a GDPR 9. cikk (2) bekezdés a) pontja alapján – figyelemmel a Bit. 136. § és az Eüak. rendelkezéseire – kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezeli az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatokat. A hozzájárulást a Biztosító az alábbi formában szerzi be:

- a biztosítási ajánlat részeként az Általános Szerződési Feltételek, illetve külön nyilatkozat elfogadásával és aláírásával,
- felelősségbiztosítási, személybiztosítási károk esetében a kárbejelentő lapon szereplő adatkezelési nyilatkozat elfogadásával és aláírásával, illetve ennek hiányában külön adatkezelési nyilatkozat aláírásával,
- a hozzájárulás kifejezett megerősítését tartalmazó levél, elektronikus levél (e-mail) Biztosító részére történő megküldésével,
- azonosítást követő rögzített telefonbeszélgetés során a hozzájárulás kifejezett megadásával,
- a szerződő, vagy biztosított elhalálása esetén a törvényes örökös vagy a szerződésben megjelölt jogosult által aláírt, külön adatkezelési nyilatkozat formájában.

A hozzájárulás megadásával Ön felhatalmazza a Biztosítót, hogy a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához és a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, azokkal közvetlenül összefüggő és elengedhetetlenül szükséges, az egészségi állapotára vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó személyes adatait kezelje és nyilvántartsa.

Felhívjuk a figyelmét, hogy mivel az egészségügyi adatok kezelése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződésből származó követelések, így különösen a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jogalapjának és összegszerűségének megítéléséhez, ezért a hozzájárulás visszavonása a szolgáltatás nyújtásának ellehetetlenülését vonhatja maga után.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei, leendő ügyfelei

Kezelt adatok köre:

Az egészségi állapottal összefüggő adatok:

- A biztosítási ajánlat során a Részletes, vagy Egyszerűsített Egészségi Nyilatkozaton megadott adatok, valamint a válaszaihoz kapcsolódó, Ön által átadott orvosi dokumentumok;
- A Biztosító által szükség esetén bekért további, az Ön hozzájárulásával átadott orvosi dokumentációk;
- A biztosítási szerződés megkötéséhez, a Biztosító által előírt orvosi vizsgálatok dokumentumai;
- „Nyilatkozat a fogyatékkal élő (fogyatékos) ügyfelekkel kapcsolatos bánásmóddal összefüggésben” című nyilatkozaton megadott adatok;
- A biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges a kárbejelentés során megadott, a biztosítási eseményt kiváltó és annak bekövetkezésében szerepet játszó eseményre vonatkozó személyes adatok, ahhoz csatolt dokumentumok, illetve Ön, vagy elhalálása esetén a törvényes örökös, vagy a szerződésben megjelölt jogosult hozzájárulása esetén a társadalombiztosítási szervektől, egészségügyi intézményektől és háziorvostól, gyógykezelésével foglalkozó más személyektől bekért adatok.

Adatkezelés időtartama: A Biztosító az egészségügyi adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint, illetve az adatkezeléshez adott hozzájárulás – a Tájékoztatóban említett feltételekkel történő – visszavonásáig kezeli.

Az adatkezelési cél eléréséhez nélkülözhetetlen, hogy Ön felhatalmazza a Biztosítót, hogy az egészségi állapotára vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó adatait háziorvosától, valamint mindazoktól az egészségügyi intézményektől, orvosoktól, gyógyszerészekről, természetgyógyászoktól és a gyógykezelésével foglalkozó más személyektől, amelyek, illetve akik eddig kezelték, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől, a társadalombiztosítási kifizetőhelytől beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-142. §-ban és a 147-151. §-ban meghatározott jogosultak számára továbbítsa.

Egyúttal szükséges, hogy Ön felmentse az ezen adatok jogszabályi felhatalmazása alapján nyilvántartó fenti személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól, valamint felhatalmazza a háziorvosát, kezelőorvosát, valamint az egészségügyi ellátásában részt vevő személyeket, hogy az egészségügyi ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatait írásbeli kérésére a Biztosítónak még elhalálása esetén is kiadják.

Felhívjuk a figyelmét, hogy bár a felhatalmazás önkéntes, de annak megadása nélkülözhetetlen az ajánlat befogadásához ill. a szerződés alapján nyújtott szolgáltatások megítéléséhez. A felhatalmazás hiánya a biztosítási ajánlat visszautasítását, valamint a szolgáltatás ellehetetlenülését vonhatja maga után.

3.1.5. Csoportos biztosítások

Adatkezelés célja: A Biztosító célja csoportos biztosítások értékesítése, ahol a biztosítottak jellemzően partnereink munkavállalói, tagjai vagy ügyfelei. A Biztosító a csoportos biztosítás szerződőjével egyeztetve a biztosított adatokat.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés az érintettel kapcsolatos biztosítási szerződés megkötéséhez, teljesítéséhez szükséges. Különleges személyes adatok kezelésének jogalapja a GDPR 9. cikk (2) bekezdés a) pontja, az érintett kifejezett hozzájárulása.

Érintettek köre: A Biztosító ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- biztosítási jogviszonyt érintő személyes adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

Tájékoztatjuk, hogy csoportos biztosítás biztosítottjaként Önt személyes adatainak kezelésével kapcsolatos érintetti jogainak gyakorlása tekintetében az egyéni ügyfeleinkkel megegyező jogok illetik meg.

3.1.6. Ügyfélszolgálat

Adatkezelés célja: A Biztosító ügyfélszolgálati (személyes, telefonos, e-mail, online) tevékenységének ellátása, igények kiszolgálása. A Biztosító ügyfelei szerződését érintő kérdésekben, valamint az érdeklődők, potenciális ügyfelek biztosítással kapcsolatos döntéshozatalában nyújt segítséget.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja, mely szerint az adatkezelés a biztosítási szerződés teljesítéséhez szükséges, illetve a GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pontja, az érintett kifejezett hozzájárulása.

Érintettek köre: Biztosító ügyfélszolgálatát felkereső természetes személyek

Kezelt adatok köre:

- azonosításhoz szükséges adatok
- megkeresésben foglalt adatok
- hangfelvétel
- megkeresés teljesítése érdekében szerződéssel összefüggő adatok

Adatkezelés időtartama: A hangfelvételeket a Biztosító a hívás rögzítésétől számított öt évig őrzi meg. A Biztosító a személyes adatokat a hozzájárulása visszavonásáig, illetve a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

Amennyiben Ön nem járul hozzá, hogy munkatársunkkal folytatott telefonbeszélgetését rögzítsük, kérjük, keresse fel központi, személyes ügyfélszolgálati irodánkat, ahol kollégáink készséggel állnak rendelkezésére.

3.1.7. Elektronikus kommunikáció

Adatkezelés célja: A Biztosító célja, hogy a biztosítási szerződés kezelésével kapcsolatos kommunikációt elektronikus úton folytassa, a szerződéshez kapcsolódó dokumentumokat online ügyfél Dokumentumtárban nyilvántartsa és azon keresztül elektronikus formában juttassa el az Ön részére, ügyfelei magas színvonalú és professzionális kiszolgálása érdekében. Az elektronikus kommunikációt választó ügyfelek részére a Dokumentumtár automatikusan megnyitásra kerül.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja, mely szerint az adatkezelés a biztosítási szerződés teljesítéséhez szükséges.

Érintettek köre: A Biztosító ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- szerződő neve
- biztosítási szerződés kötvényszáma
- e-mail cím
- mobiltelefonszám

Adatkezelés időtartama: A Biztosító az elektronikus kommunikáció igénybeviteléhez szükséges személyes adatokat, valamint az elektronikus kommunikáció és annak keretében a Dokumentumtár rendszer használata során naplózott adatokat a Ptk. általános elévülési időre vonatkozó rendelkezései szerinti az elektronikus kommunikáció megszűnésétől számított 5 évig őrzi meg, a Dokumentumtár rendszerben jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez.

A Biztosító az elektronikus kommunikáció megfelelő működése és ügyfelei professzionális kiszolgálása érdekében az elektronikus kommunikáció és annak keretében a Dokumentumtár rendszer igénybevétele során előforduló eseményeket, az eseményekkel kapcsolatos adatokat (ki, mikor, milyen cselekményt hajtott végre) naplózza és ezen naplódokumentumokat megőrzi.

3.1.8. Biztosítási szerződést érintő biztosítási események, káresemények, kárügyintézés

Adatkezelés célja: Kárigények ügyintézése, kifizetése, az igénybejelentővel a kárügyintézés érdekében történő kapcsolatfelvétel, a kárigény jogosságának, valamint a kárkifizetés szerződés szerint szükséges mértékének megítélése.

Adatkezelés jogalapja: Amennyiben a szolgáltatásra igényt tartó személy a Biztosítóval szerződéses kapcsolatban áll, úgy az adatkezelés jogalapja a GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja, mely szerint az adatkezelés a biztosítási szerződés teljesítéséhez szükséges. Amennyiben az adatkezelésben érintett nem áll szerződéses kapcsolatban a Biztosítóval – például: felelősségbiztosítások esetén a károsult, kifizetésre jogosult –, az adatkezelés jogalapja a GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja, mely szerint az adatkezelés a Biztosító jogos érdeke érvényesítéséhez szükséges.

Amennyiben a kárügyintézéshez, szolgáltatási igény elbírálásához személyes adatok különleges kategóriáinak kezelése szükséges, úgy az adatkezelés jogalapja a GDPR 9. cikk (2) bekezdés a) pontja, az érintett kifejezett hozzájárulása.

Amennyiben az adatkezelés a szolgáltatásra jogosult részére jogszabály által kötelezően elvárt kártérítési javaslat megtétele vagy indoklással ellátott válasz megadása érdekében szükséges, az adatkezelés jogalapja a GDPR 9. cikk (2) bekezdés f) pontja, mely szerint az adatkezelés az adatkezelő kárügyintézéshez, szolgáltatási igény elbírásával összefüggő jogi igény érvényesítéséhez, illetve védelméhez fűződő jogos érdeke.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- a biztosítási jogviszony alanyainak személyazonosító és személyes adatai
- a biztosított, károsult vagyontárgy adatai
- biztosított vagyontárgyanként, illetve káronként eltérő, de kizárólag a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges egyéb adatok, így különösen a károsult neve, címe, kapcsolattartó telefonszáma, kapcsolattartó e-mail címe, kötvényszám, káresemény dátuma, károsult vagyontárgyról készült fényképfelvételek, kárszemle során rögzített adatok, kár oka
- káresemény, kárelőzmény adatok.

A díjfizetéshez, valamint a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges további adatok:

- biztosítási díj összege
- kifizetett biztosítási összeg mértéke
- a kifizetés ideje
- bankszámlaszám, bankkártya száma
- az ÁSZF-ben, így különösen „A biztosítási szolgáltatások kifizetéséhez szükséges iratok” című fejezetében, meghatározott minden további személyes adat.

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

Az adatkezelési cél eléréséhez, így a szerződés alapján nyújtott szolgáltatások megítéléséhez nélkülözhetetlen, hogy Ön felhatalmazza a Biztosítót, hogy az esetleges kárüggyel kapcsolatban indult büntetőeljárás során keletkezett iratokba betekintszen, azokról másolatokat, valamint az eljáró hatóságoktól felvilágosításokat kérjen. A felhatalmazás hiánya a biztosítási ajánlat visszautasítását, valamint a szolgáltatás ellehetetlenülését vonhatja maga után.

3.1.9. Biztosítási szerződést érintő biztosítási események, káresemények elemzése

Adatkezelés célja: A Biztosító a biztosítási szerződést érintő biztosítási események, káresemények kapcsolódó dokumentációi elemzésével pontosabb áttekintést kaphat az egyes káreseményeket érintően a kárrendezésen felül a csalások, visszaélések felismerése és megelőzése, a készpénzes elszámolások elősegítése, a javítóműhelyi és orvosi irányítás érdekében. A Biztosító az adatkezelés alapján áttekintést kaphat arról, hogy mely szolgáltatókat (jármű javítóműhelyeket, egészségügyi ellátókat, stb.) részesíti előnyben adott események vonatkozásában, ezáltal előnyösebb szolgáltatók felé irányíthat, a hatékonyabb működés, illetve az ügyfelek magasabb minőségű kiszolgálása érdekében.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja, mely szerint az adatkezelés az adatkezelő jogos érdeke érvényesítéséhez szükséges.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- káresemény adatai (bejelentés, káreseményben érintettek, káresemény során sérült alkatrészek, elemek, bekövetkezett sérülések)
- szolgáltatási adatok (választott szolgáltató, szolgáltatással kapcsolatos adatok igények),
- a káresemény felméréséhez szükséges egyéb adatok,
- a biztosítási szerződést érintő események, káresemények adatai (lásd 3.1.8. pontban foglalt adatok).

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.1.10. Lakásbiztosítások nyilvántartása, hitelbiztosítéki fedezetnyújtás (DLT rendszer használata)

Adatkezelés célja: Naprakész, egységes nyilvántartás biztosítása a lakás-, és társasházbiztosításokról és a hitelbiztosítéki fedezetekről, a jelzáloghitelekkel terhelt ingatlanokhoz kapcsolódó biztosítások üzleti folyamataiban a biztosítók és a hitelintézetek közötti információáramlás korszerű, biztonságos technológián alapuló megvalósítása, és átfutási idejének lényeges javítása, valamint az ügyfelek, hitelintézetek és biztosítók adminisztrációs terheinek csökkentése. Az adatkezelés célja a hitelintézetek, biztosítók által történő adatkérések, valamint a biztosítókra kívüli, hitelintézeteknek történő adatátadások, a DLT rendszerből történő adatlekérések, a DLT rendszeren keresztül történő kommunikáció hitelintézetek és biztosítók között, a rendszerbe történő ösfeltöltés és tömeges feltöltések.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja szerinti jogos érdek: hitelintézetek és biztosítók közötti egyszerűbb adatáramlás biztosítása, a hitelintézetek prudens működésének elősegítése, záradékolási folyamatok egyszerűsítése, valamint a hitelbiztosítéki fedezetnyújtás könnyebb ellenőrzése.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- Lakásbiztosítások, hitelbiztosítéki záradék, záradékolási kérelem, díjhátralékos biztosítások adatai

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint, illetve a DLT rendszerben a biztosítási szerződés megszűnését követő 30 napig kezeli.

A DLT rendszer használatával kezelt személyes adatokhoz kizárólag azon adatkezelők férhetnek hozzá, amelyek számára az elengedhetetlenül szükséges. Fő szabály szerint az adatkezelésért felelős, aki az adatkezelést lefolytatta, így, akivel az érintett szerződéses kapcsolatban áll, míg az érintetti kérelem megválaszolásáért az, akihez az érintetti kérelem beérkezett. Az érintetti kérelmet azon adatkezelőhöz kell benyújtani, akivel az érintett szerződéses kapcsolatban áll. A személyes adatoknak a rendszeren belül a blokkláncban olyan egyedi lenyomata (hash) kerül tárolásra, amelyből a személyes adat nem visszafejthető és biztosítja a rendszer más komponensében tárolt személyes adatok sérthetetlenségét. A közös adatkezelők felsorolását a signal.hu nyitóoldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtár tartalmazza.

3.2. SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS KÖTELEZETTSÉGEK TELJESÍTÉSE

3.2.1. Pénzmosás megelőzésével kapcsolatos kötelezettségek teljesítése

Adatkezelés célja: A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben (Pmt.) foglalt ügyfél-átvilágítási kötelezettségének teljesítése érdekében a Biztosító köteles az életbiztosítási tevékenységekkel kapcsolatban beazonosítani ügyfelét (szerződő fél, vagy kedvezményezett, tényleges tulajdonos, kifizetésre jogosult), vagy annak meghatalmazottját, képviselőjét. A Biztosító a jogszabályban foglalt ügyfél-átvilágítási kötelezettségét a Pmt. szerint biztonságos, védett, a Pmt. 5. §-ban meghatározott felügyeletet ellátó szerv által meghatározott módon, előzetesen auditált elektronikus hírközlő eszköz útján közvetlen vagy közvetett elektronikus módon (a továbbiakban: videóazonosítás) vagy a digitális államról és a digitális szolgáltatások nyújtásának egyes szabályairól szóló törvényben (Dáptv.) foglaltak szerint is elvégezheti. A videóazonosítás közvetett vagy közvetlen módok közül az ügyfél döntésétől függően választhat.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Pmt. keletkezteti. A videóazonosítás útján történt ügyfél-átvilágítás során a kép- és hangfelvétel rögzítése, a személyes adatok kezelése a GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pontja, illetve a GDPR 9. cikk (2) bekezdés a) pontja szerint az érintett kifejezett hozzájárulása szükséges. A Dáptv. szerinti alkalmazással történő azonosítás jogalapja a GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja, mely szerint az adatkezelés a Biztosító ügyfél-átvilágítási kötelezettségének teljesítéséhez fűződő jogos érdeke érvényesítéséhez szükséges.

Érintettek köre: Magánszemély szerződő, nem magánszemély szerződő esetén a cég képviselőjére jogosult (az ajánlatot aláíró vezető(k), kedvezményezett(ek), a szerződő személyétől eltérő díjfizető magánszemélyek, cég esetén a cég képviselőjére jogosult vezetők).

Kezelt adatok köre:

A Pmt.-ben előírt ügyfél-átvilágítás elvégzése céljából kezelt adatok:

- Az ügyfél-átvilágításhoz szükséges adatok, illetve magas kockázatú ügyfelek esetén a vagyoni forrására vonatkozó információk, amelyeket a Biztosító ezen célra rendszerezett dokumentumain, ügyfél-átvilágítás keretében az ügyfél nyilatkozatán (például közszereplői nyilatkozat, ügyfélismereti kérdőív) szereplő adatok tartalmazzak, valamint az ügyfél személyazonosító okmány másolata és a lakcímkártya első oldalának másolata, a Pmt. szerinti okmányról készült felvétel. A közvetlen vagy közvetett elektronikus ügyfél-átvilágítás során a Biztosító és ügyfele között létrejött teljes munkamenetről, illetve megvalósuló kommunikációról, az ügyfélről és az általa bemutatott okmányokról készült kép- és hangfelvétel, az ügyfél email címe, mobiltelefonszáma, IP címe, ügyfélkérdésekre adott válaszok, azonosítás sikerességével kapcsolatos döntés és tájékoztatás, valamint az ügyfél videóazonosítással kapcsolatos részletes tájékoztatását és ehhez történő kifejezett hozzájárulását visszakereshető módon rögzítő kép- és hangfelvétel. A Dáptv. szerinti alkalmazással történő azonosítás keretében sor kerül a személyes adatok (név, születési hely, idő, állampolgárság) mellett a kapcsolódó metaadatok, a digitális állampolgárság azonosító kezelésére.
- Tartalom értelmezésére és értékelésére alkalmas gépi funkciók adatai: Dokumentum felismerés, dokumentum detektálás, olvasás (MRZ, vonalkód), arc detektálás, kódolás, összemérés, élesség vizsgálat és élességvizsgálat adatai és kiértékelése, a kiértékelés eredményei.

Adatkezelés időtartama: Az azonosítás során kezelt személyes adatokat, valamint ezen személyes adatokat tartalmazó okiratok másolatait – ideértve a videóazonosítás során kezelt személyes adatokat is – a Biztosító a Pmt. 56. § (2) bekezdése alapján a biztosítási szerződés megszűnésétől, vagy az ügyleti megbízás teljesítésétől számított 8 évig őrzi meg. A Biztosító a videóazonosítás során az ügyfél által visszavont hozzájárulás, illetve az ügyfél-átvilágítás sikertelensége esetén a rögzítést követően törli az adatokat.

A Biztosító a videóazonosítás útján történő ügyfél-átvilágítás folyamatát kép- és hangfelvétellel rögzíti, valamint a videóazonosítás útján történő ügyfél-átvilágítás során a Biztosító az érintett arcképéről, valamint a Pmt. szerinti okmányairól felvételt készít. A videóazonosítás útján történő ügyfél-átvilágítás folyamata akkor kezdhető meg, ha az érintett kifejezetten hozzájárul a kép- és hangfelvétel rögzítéséhez, illetve annak Biztosító által történő kezeléséhez. Amennyiben az videóazonosítás bármilyen okból kifolyólag sikertelen, és az ismételt közvetett ügyfél-átvilágítás sem sikeres, az átvilágítást személyesen kell megismételni.

3.2.2. Veszélyközösség érdekében történő adatkezelés

Adatkezelés célja: A Biztosító a veszélyközösség érdekeinek 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. A Biztosító más biztosítók megkeresése esetén köteles a megkereső biztosító részére átadni a – jogszabályoknak megfelelően – kért személyes adatokat.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Bit. 149. § keletkezteti.

A Biztosító más biztosítótól történő adatkérésének jogalapja GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja, mely szerint az adatkezelés a Biztosító veszélyközösség érdekeinek megóvásához fűződő jogos érdeke.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei, megkereséssel érintett természetes személyek

Kezelt adatok köre: A jogszabályban meghatározott ágazatokhoz tartozó biztosítási szerződéssel összefüggő adatok.

Adatkezelés időtartama: A megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a Biztosító a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a Biztosító tudomására jutott adat a Biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés előzőekben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig. Ha a megkeresés eredményeként a Biztosító tudomására jutott adat a 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.

Tájékoztatjuk, hogy a Bit. 149. §-ban foglaltak szerint a Biztosító jogosult 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 fordulni más biztosítóhoz.

3.2.3. A FATCA szabályozásban meghatározott kötelezettségek teljesítése

Adatkezelés célja: A Biztosító célja a FATCA-törvény szerinti, a Bit. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégezni a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany FATCA-törvényben foglalt Megállapodás I. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a FATCA szabályozás, így többek között FATCA-törvény, valamint a Bit. 148. §. rendelkezése keletkezteti.

Érintettek köre: Biztosító számlatulajdonosai, így különösen a szerződő fél és a kedvezményezett, az esetleges módosításkor az új szerződő fél, jogi személyek esetében az ellenőrzést gyakorló személyek (a jogi személy tulajdonosainak minősülő természetes személyek).

Kezelt adatok köre:

- a mindenkor hatályos FATCA-törvényben meghatározott jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

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

Adatkezelés célja: A Pénzügyi Számlák vonatkozásában elvégzett – az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany – illetőségének az Aktv. 1. melléklet II-VII. pontja szerinti megállapítására irányuló vizsgálat (illetőségvizsgálat), a CRS szabályozásban meghatározott kötelezettségek teljesítése.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a CRS szabályozás, így többek között a pénzügyi számlákkal kapcsolatos információk automatikus cseréjéről szóló, illetékes hatóságok közötti többoldalú Megállapodás kihirdetéséről szóló 2015. évi CX. törvény, valamint az Aktv. keletkezteti.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei.

Kezelt adatok köre:

- a mindenkor hatályos Aktv.-ben meghatározott jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.2.5. Belügyminisztérium által vezetett közlekedési nyilvántartásokkal kapcsolatos adatkezelés

Adatkezelés célja: A Belügyminisztérium Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkársága által vezetett közúti közlekedési nyilvántartásokat érintő adatszolgáltatással és adatigényléssel kapcsolatos adatkezelés. A Biztosító a nyilvántartó felé adatszolgáltatásra köteles a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási kötvény adatairól, valamint jogos érdekének érvényesítése céljából adatigénylésre jogosult nyilvántartásból a jogszabályban meghatározott adatok tekintetében a biztosítási szerződés megkötése, állományban tartása, módosítása, a biztosítási szerződést érintő biztosítási események, káresemények, kárügyintézés érdekében.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Kknyt. keletkezteti. A Biztosító által a szerződéskötés megkötése érdekében a nyilvántartásból történő automatikus lekérdezéshez a GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pontja szerint az érintett kifejezett hozzájárulása szükséges.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei, leendő ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- Kknyt.-ben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatok, illetve a nyilvántartás adattartalma szerinti, az adatigényléssel érintett adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.2.6. A kötelező gépjármű-felelősségbiztosítással kapcsolatos kötelezettségek teljesítése

Adatkezelés célja: A Gfbt.-ben meghatározott kötelezettségek teljesítése, adatszolgáltatási kötelezettség a kötvénynyilvántartást és kárnyilvántartást vezető szerv részére, illetve adatigénylés a kötvény és kárnyilvántartásból.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Gfbt. keletkezteti. A Biztosító által a szerződéskötés érdekében esetenként a nyilvántartást érintő adatigényléséhez a GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pontja szerint az érintett kifejezett hozzájárulása szükséges.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei, leendő ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- a mindenkor hatályos Gfbt.-ben meghatározott jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.2.7. Számviteli bizonylatok megőrzésére vonatkozó kötelezettség teljesítése

Adatkezelés célja: Számviteli bizonylatok megőrzésére vonatkozó kötelezettség teljesítése.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget az Szvtv. 169. §-a keletkezteti.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- a számviteli bizonylatokat képező dokumentumok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.2.8. Panaszkezelés

Adatkezelés célja: A Biztosító a Bit. 159. § rendelkezéseinek eleget téve biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviselői szervek a Biztosító, az általa alkalmazott vagy megbízott ügynök vagy – adott termék kapcsán – általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus úton) közölhesse.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Bit. 159. §-a keletkezteti.

Érintettek köre: A Biztosító felé panasszal forduló személyek

Kezelt adatok köre:

Panaszkezelés során megadott személyes adatok:

- panasztevő személyazonosító adatai
- panasszal érintettek adatai
- panasz tárgya
- panaszfelvétel során elhangzó minden információ és személyes adat
- meghatalmazás
- panasz kivizsgálásához, megválaszolásához szükséges adatok
- későbbi beazonosíthatóság érdekében rögzített adatok: telefonszám, hívás kezdeményezés helye, szerződés kötvényszáma, hívás pontos ideje.

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a panaszt, az arra adott választ és a rögzített hangfelvételt a Bit. 159. § (3) bekezdése alapján 5 évig őrzi meg.

3.2.9. Hatósági megkeresésekkel, eljárásokkal kapcsolatos feladatok ellátása

Adatkezelés célja: A biztosítási jogviszonyt érintő hatósági megkeresések megválaszolása és az eljárásokkal lefolytatásának elősegítése

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. Az adatkezelés törvényi jogalapja a Ptk, Bit. és a vonatkozó jogszabályok rendelkezései.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei, hatósági megkereséssel érintett természetes személyek

Kezelt adatok köre:

Hatósági eljárások során keletkező dokumentumok:

- Hatósági eljárások érdekében erre a célra rendszeresített dokumentumokon megadott személyes adatok
- Biztosítási szerződés szerinti szolgáltatás megítéléséhez (így különösen: mentesülés, vagy kizárt kockázatok, súlyos gondatlanság, szándékosság) szükséges személyes adatok
- Bűnügyi személyes adatokat is tartalmazható dokumentumokban szerepelő – pl. rendőrségi jegyzőkönyv, határozat, bíróság határozata, szakértői vélemény – adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

A Biztosító elvégezte az érintett adatkezelései tekintetében a GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja szerinti jogos érdek jogalap alkalmazásához szükséges ún. érdekmérlegelési teszteket, melyek a www.signal.hu nyitóoldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban találhatóak.

4. HOZZÁFÉRÉS A SZEMÉLYES ADATOKHOZ, ADATTOVÁBBÍTÁS

A Bit. 135. § (3) bekezdés értelmében a biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

A biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosultak megismerni mindazon személyek vagy szervezetek is, akikkel szemben a Biztosítónak a biztosítási titok megtartásának a kötelezettsége a Bit. 138-143. § és a 147-151. § értelmében nem áll fenn. A teljes felsorolás a Bit. „Az ügyfelek tájékoztatásáról” szóló 4. számú melléklete szerint a biztosítási tájékoztató kötelező tartalmi eleme, azt az általános szerződési feltételek „A biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések” fejezete tartalmazza.

A személyes adatokat a Biztosító adatkezelési célhoz kapcsolódó hozzáférési jogosultságokkal rendelkező munkavállalói, függő biztosításközvetítői, amennyiben az alkusz és az ügyfél közötti megbízási szerződés ad erre felhatalmazást, az alkusz biztosításközvetítő, illetve társaságunk részére szolgáltatási szerződések alapján adatfeldolgozási, kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg. **A hozzáférést a tevékenység végzéséhez elengedhetetlenül szükséges legszűkebb mértékben engedélyezzük.** A Biztosító által megbízott függő biztosításközvetítők is adatfeldolgozónak minősülnek.

A Biztosító a vagyonszolgáltatáshoz kapcsolódó felelősségbiztosítással összefüggő károkozása esetén, a Károsultak felé történő adatszolgáltatás keretében, a kár megtérítésével és összecsúszásával közvetlenül összefüggő és elengedhetetlenül szükséges személyes adatait – így különösen nevét, címét, kötvényszámát – a károsultaknak átadja. Az adatátadás célja, hogy a károsultak a kárösszegeiből levont önrészesedést a károkozótól közvetlenül igényelhessek.

A Biztosító az érintett lakásbiztosítások nyilvántartása, hitelbiztosítéki fedezetnyújtás vonatkozásában, az érintett a DLT rendszer használatát érintő adatkezeléssel kapcsolatos tiltakozása esetén mindaddig kiveszi a DLT rendszer keretében megosztandó adatszolgáltatási körből, amíg az érintett hozzájárulását nem adja az adatátadáshoz. Az érintetti hozzájárulás megadása történhet a DLT rendszer bevezetését megelőző eljárással, így a biztosítási ajánlat részét képező Zálogkötelezettti nyilatkozaton, vagy bármely, a hozzájárulás utólagos igazolhatóságát biztosító módon.

A biztosítási jogviszony fennállása alatt a biztosításközvetítő személyében beállt bármilyen változás esetén a Biztosító jogosult az ügyfél adatait a jelen Tájékoztatóban meghatározott célból, a vele függő biztosításközvetítői jogviszonyban álló más függő biztosításközvetítő részére átadni.

A Biztosító által a személyes adatok kezelése során – a kiszervezési garanciák figyelembevételével – igénybe vett adatfeldolgozók listája, valamint az általuk végzett tevékenység leírása a signal.hu nyitóoldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban található.

A Biztosítóval kötött szerződés alapján, kizárólag a kiszervezett adatfeldolgozói tevékenység végzéséhez szükséges célokra használhatóak a Biztosítótól kapott adatok. A kiszervezett tevékenységet végzők az adat- és titokvédelemre vonatkozó jogszabályokat kötelesek betartani. A biztosítási titok megőrzésére vonatkozó kötelezettséget, felelősséget és a titok megtartása érdekében teendő intézkedéseket a velük kötött szerződés is biztosítja.

Amennyiben a szerződésben foglalt szolgáltatás teljesítése érdekében elengedhetetlen, a Biztosító harmadik országba továbbítja az Ön személyes adatait annak érdekében, hogy Ön harmadik országban részesülhessen egészségügyi ellátásban, vagy ott vehessen igénybe szolgáltatásokat.

5. ADATBIZTONSÁGI INTÉZKEDÉSEK

A Biztosító gondoskodik az adatok biztonságáról és megteszi mindazokat a technikai és szervezési intézkedéseket, amelyek a vonatkozó jogszabályi rendelkezések érvényre juttatásához, így különösen a GDPR 32. cikkében foglalt adatbiztonsági követelmények teljesítése érdekében szükségesek. Ennek részeként a Biztosító kialakítja azokat az eljárási szabályokat, amelyek biztosítják, hogy a felvett, tárolt, illetve kezelt adatok védettek legyenek, illetőleg megakadályozza azok megsemmisülését, jogosulatlan felhasználását és jogosulatlan megváltoztatását. A Biztosító gondoskodik tovább a személyes adatokat tároló informatikai rendszerek zárt és teljes körű védelméről az ágazati jogszabályokban, valamint a felügyeleti szervek ajánlásaiban foglaltak teljes körű figyelembe vételével és betartásával. A Biztosító az informatikai kontroll keretrendszer rendszeres ellenőrzéséről, annak folyamatos fenntartásáról és fejlesztéséről az ágazati jogszabályokban foglalt előírások szerint gondoskodik.

A Biztosító gondoskodik arról, hogy a kezelt adatokhoz illetéktelen személy ne férhessen hozzá, ne hozhassa nyilvánosságra, ne továbbíthassa, valamint azokat ne módosíthassa, törölhesse.

A Biztosító megtesz minden tőle telhetőt annak érdekében, hogy az adatok ne sérüljenek, illetve ne semmisüljenek meg. A fenti kötelezettségvállalást a Biztosító az adatkezelési tevékenységében részt vevő munkavállalói, illetve a Biztosító megbízásából eljáró adatfeldolgozók részére is előírja.

Tájékoztatjuk, hogy a Biztosító által alkalmazott korszerű technikai és szervezési intézkedések mellett sem zárható ki, hogy az Ön személyes adatait és biztosítási titkait érintő adatvédelmi incidens történik. A Biztosító az adatvédelmi incidensről – amennyiben a jogszabályi rendelkezések értelmében köteles arról az érintetteket tájékoztatni – az érintetteket hivatalos weboldalán történő értesítéssel és/vagy levélben tájékoztatja.

6. GYERMEKEK SZEMÉLYES ADATAINAK KEZELÉSE

A Biztosító tudatában van annak, hogy a gyermekek személyes adatai különös védelmet érdemelnek, mivel ők kevésbé lehetnek tisztában a személyes adatok kezelésével összefüggő kockázatokkal, következményeivel és az ahhoz kapcsolódó garanciákkal és jogosultságokkal. A korlátozottan cselekvőképes kiskorú jognyilatkozatának érvényességéhez – ha törvény eltérően nem rendelkezik – törvényes képviselőjének hozzájárulása szükséges. A cselekvőképtelen kiskorú jognyilatkozata semmis; nevében a törvényes képviselője jár el. A Biztosító a fenti követelmények érvényesítése érdekében kezeli a kiskorú szülőjének vagy gondviselőjének személyazonosító és kapcsolattartói adatait.

A közvetlenül gyermekeknek kínált, információs társadalommal összefüggő szolgáltatások vonatkozásában végzett személyes adatok kezelése 16. életévét be nem töltött gyermek esetén, csak akkor és olyan mértékben jogszerű, ha a hozzájárulást a gyermek feletti szülői felügyeletet gyakorló adta meg, illetve engedélyezte. Ennek valóságát a Biztosító jogosult ellenőrizni és megalapozatlanság esetén további nyilatkozatokat kérhet be.

7. AUTOMATIZÁLT DÖNTÉSHOZATAL, PROFILALKOTÁS

Az érintett jogosult arra, hogy ne terjedjen ki rá az olyan, kizárólag automatizált adatkezelésen – ideértve a profilalkotást is – alapuló döntés hatálya, amely rá nézve joghatással járna vagy őt hasonlóképpen jelentős mértékben érintené. A Biztosító kizárólag automatizált adatkezeléssel, az érintett személyes jellemzőinek értékelésén alapuló döntés meghozatalára is jogosult, ha az érintett és a Biztosító közötti biztosítási szerződés megkötése vagy teljesítése érdekében szükséges, vagy az érintett kifejezett hozzájárulását adta.

Profilalkotás a személyes adatok automatizált kezelésének bármely olyan formája, amelynek során a személyes adatokat valamely természetes személyhez fűződő bizonyos személyes jellemzők értékelésére, különösen a munkahelyi teljesítményhez, gazdasági helyzetéhez, egészségi állapothoz, személyes preferenciákhoz, érdeklődéshez, megbízhatósághoz, viselkedéshez, tartózkodási helyhez vagy mozgáshoz kapcsolódó jellemzők elemzésére vagy előrejelzésére használják.

A Biztosító a videóazonosítás útján történő ügyfél-átvilágítási során mesterséges intelligencián alapuló funkciók mellett végzi az ügyfél képmás készítésének ellenőrzését és kiértékelését. Ennek keretében sor kerül annak ellenőrzésére, hogy az átvilágítás alanyaként a távoli helyszínen megjelenő Ügyfél valós, élő személy, az online átvilágításra szolgáló rendszer valós időben személyesen használja, és az élő kép nem manipulált. A közvetett elektronikus ügyfél-átvilágítás során alkalmazásra kerülnek a tartalom értelmezésére és értékelésére alkalmas gépi funkciók: dokumentum felismerés, dokumentum detektálás, olvasás (MRZ, vonalkód), arc detektálás, kódolás, összemérés, élesség vizsgálat és élességvizsgálat adatai és kiértékelése, a kiértékelés eredményei. Az ügyfél-átvilágítási eljárás során a gépi funkciók segítségével az ügyfél által megadott adatok alapján kerül kiértékelésre a vizsgálat eredménye. A Biztosító a közvetett elektronikus ügyfél-átvilágítási eljárás során az ügyfélről rögzített fényképet és a személyazonosság igazolására alkalmas hatósági igazolványban szereplő képmást az auditált elektronikus hírközlő eszköz segítségével összehasonlítja.

A Biztosító automatizált döntéshozatalt alkalmaz, illetve profilalkotást végez az alábbiak szerint:

A Biztosító automatizált döntéshozatalt alkalmazhat a biztosítási ajánlat elfogadásáról és a szerződéskötésről a kockázatelbírálás, valamint a szerződési feltételekben foglaltak alapján történő indexálás során. A Biztosító kockázati és egyéb üzleti szempontok alapján értékeli az ajánlatban, illetve a szerződésben foglalt adatokat, amely alapján hozott döntés hatással lehet az ajánlat befogadására vagy elutasítására, illetve a biztosítási fedezetek díjára.

A Biztosító a honlapján található kárbejelentési felületen történő lakossági vagyon és gépjármű termékekkel kapcsolatos kárbejelentés esetén automatikusan ellenőrizheti a biztosítási fedezetet és az ellenőrzés alapján a bejelentést elutasíthatja, amelyről értesíti bejelentőt.

A Biztosító a biztosítási szerződések megkötése, így az igényfelmérés és alkalmassági tesztek elvégzése során az érintett által megadott információkat számítástechnikai eszközökkel értékeli, melynek során az érintett profilját kialakítja és az érintett igényeihez legjobban igazodó termékre ennek alapján javaslatot tesz.

A Biztosító profilalkotást végez kockázatfelmérés céljából a biztosítási szerződést érintő ügyfélkockázat előrejelzése érdekében, amelynek alapján a megtett biztosítási ajánlat elfogadásra kerül, vagy módosulhat, vagy elutasításra kerülhet, valamint a csalások megelőzése és kivizsgálása céljából olyan információk alapján, amelyek érdemben jelezhetik a csalás előfordulásának lehetőségét.

A Biztosító a biztosítási szerződést érintő biztosítási események, káresemények, ahhoz kapcsolódó dokumentációk elemzése során a személyes adatokat gépi tanuláson, mesterséges intelligencián alapuló funkciók mellett értékeli, illetve kialakítja az egyes érintetti profilokat, ezáltal kiszűrhető a visszaélések előfordulása, illetve az ügyfelek a megfelelő szolgáltató felé irányíthatók a hatékonyabb működés érdekében.

Ezen funkciókat jelenti többek között a párosítás ismert gyanús személyekkel, egyes követelések korábbi mintákkal összevetése, az ajánlatok fizetési elfogadására vonatkozó adatok és a szolgáltatók által végzett korábbi szolgáltatások adatai, a szolgáltatások során összehasonlítható károk különböző klaszterei, szolgáltatókkal kapcsolatos múltbeli tapasztalatokon alapuló gépi tanulást a kár és a szolgáltató becsült javítási költség adatai vizsgálata.

A Biztosító által alkalmazott esetleges további automatizált döntéshozatal, illetve az általa végzett profilalkotás tényéről az érintetteket az adott adatkezeléshez kapcsolódó adatkezelési tájékoztatóban tájékoztatja.

Az automatizált adatkezeléssel kapcsolatos döntés esetén, a Biztosító – jelen Tájékoztatóban rögzített elérhetőségek bármelyikén – lehetőséget biztosít Önnek, hogy emberi beavatkozást kérjen, álláspontját kifejezze és a döntéssel szemben kifogást nyújtson be.

8. AZ ADATKEZELÉssel KAPCSOLATOS JOGOK ÉS ÉRVÉNYESÍTÉSÜK

A jogszabályok alapján Ön mindenkor jogosult kérelmezni az adataihoz való hozzáférést, azok helyesbítését, törlését vagy kezelésének korlátozását, tiltakozhat a személyes adatok kezelése ellen, valamint jogosult az adatokat hordozható formában megkapni.

Ön a személyes adatai kezelésével kapcsolatos kérelmét társaságunknál szóban (személyesen) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott írat útján, avagy postai úton, telefaxon, vagy elektronikus levelezési címen) jelentheti be, az alábbi elérhetőségi címeken:

Központi ügyfélszolgálat címe: 1123 Budapest, Alkotás u. 50.

Postacím: 1519 Budapest, Pf. 260.

Telefonos ügyfélszolgálat telefonszáma: +36 1 458 4200

Fax: 06 1 458 4260

E-mail: adatvedelem@signal.hu

Az Ön által benyújtott jogosultságok érvényesítésére irányuló kérelmét annak benyújtásától számított legrövidebb idő alatt, de legfeljebb **25 napon belül** elbíráljuk és döntésünkről írásban vagy ha Ön a kérelmet elektronikus úton nyújtotta be, elektronikus úton értesítjük!

A Tájékoztató a továbbiakban ezen jogaival kapcsolatos lényeges információkat foglalja össze. A Tájékoztató a felügyeleti ajánlásokkal összhangban tartózkodik a jogszabályok teljes és szövegszerű megismétlésétől. A részletes szabályokat a GDPR III., „Az érintettek jogai” című fejezete, valamint az Infotv. tartalmazza.

8.1. HOZZÁFÉRÉSHEZ VALÓ JOG

Az Ön kérésére, írásban – ideértve adott esetben az elektronikus utat is –, közérthető módon tájékoztatást adunk arról, hogy személyes adatainak kezelése folyamatban van-e, valamint az adatkezeléssel kapcsolatos információkról, így különösen, az adatkezelés céljáról, a kezelt személyes adatokról, a címzettekről, akiknek az Ön adatait továbbítottuk, a személyes adatok tárolásának tervezett időtartamáról, valamint az automatizált döntéshozatallal kapcsolatos tudnivalókról.

A Biztosítónak a tájékoztatást és intézkedést díjmentesen kell biztosítani. Ha a kérelem egyértelműen megalapozatlan vagy – különösen ismétlődő jellege miatt – túlzó, az adatkezelő, figyelemmel a kért információ vagy tájékoztatás nyújtásával vagy a kért intézkedés meghozatalával járó adminisztratív költségekre:

- a) észszerű összegű díjat számíthat fel, vagy
- b) megtagadhatja a kérelem alapján történő intézkedést.

A kérelem egyértelműen megalapozatlan vagy túlzó jellegének bizonyítása a Biztosítót terheli.

A Biztosító az adatkezelés tárgyát képező személyes adatok másolatát az Ön rendelkezésére bocsátja. További másolatokért a Biztosító az adminisztratív költségeken alapuló, észszerű mértékű díjat számíthat fel.

Ha elektronikus úton nyújtotta be a kérelmet, az információkat széles körben használt elektronikus formátumban kell rendelkezésre bocsátani, kivéve, ha Ön másként kéri.

8.2. HELYESBÍTÉSHEZ VALÓ JOG

A Biztosító minden észszerű intézkedést megtesz annak érdekében, hogy az adatkezelés céljai szempontjából pontatlan vagy hiányos személyes adatokat haladéktalanul törölje vagy helyesbítse, kiegészítse.

Ha a személyes adat a valóságnak nem felel meg, és a valóságnak megfelelő személyes adat rendelkezésre áll, az adat helyesbítendő. Amennyiben a valóságnak megfelelő vagy a kiegészítő adat nem áll rendelkezésre, a Biztosító kiegészítő nyilatkozat útján elvégzi a helyesbítést és kiegészítést.

Az adatpontosság fenntartása érdekében Ön vállalja, hogy az adataiban bekövetkezett változást 5 munkanapon belül bejelentem az alábbi módok egyikén: e-mail: info@signal.hu, telefon: 06 1 458 4200, fax: 06 1 458 4260, postacím: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. 1519 Budapest, Pf. 260., vagy személyesen a Biztosító központi ügyfélszolgálati irodájában. A Biztosító jogosult indokolt esetben Önt felhívni arra, hogy a pontosított adatot megfelelő módon – elsősorban okirattal – bizonyítsa a Biztosító számára.

8.3. TÖRLÉSHEZ VALÓ JOG (ELFELEDTETÉSHEZ VALÓ JOG)

A Biztosító indokolatlan késedelem nélkül – a jelent Tájékoztatóban meghatározott törlési követelményekre figyelemmel – törli a személyes adatot, ha a kezelés célja vagy jogalapja megszűnt, Ön tiltakozik az adatkezelés ellen, vagy bármilyen egyéb ok miatt az adatkezelés jogellenes.

A törlés megtagadható, amennyiben az adatkezelés szükséges a személyes adatok kezelését előíró, a Biztosítóra alkalmazandó uniós vagy tagállami jog szerinti kötelezettség teljesítése céljából, vagy jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez.

Ha a Biztosító nyilvánosságra hozta a törlendő személyes adatot, az elérhető technológia és a megvalósítás költségeinek figyelembevételével, megteszi az ésszerűen elvárható lépéseket annak érdekében, hogy tájékoztassa az adatokat kezelő adatkezelőket, hogy Ön kérelmezte a szóban forgó személyes adatokra mutató linkek vagy e személyes adatok másolatának, illetve másodpéldányának törlését.

8.4. AZ ADATKEZELÉS KORLÁTOZÁSÁHOZ VALÓ JOG

A Biztosító korlátozza az adatkezelést, ha az alábbiak valamelyike teljesül:

- a) Ön vitatja a személyes adatok pontosságát;
- b) az adatkezelés jogellenes, és Ön ellenzi az adatok törlését, és e helyett kéri azok felhasználásának korlátozását;
- c) a Biztosítónak már nincs szüksége a személyes adatokra adatkezelés céljából, de Ön igényli azokat jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez; vagy
- d) Ön tiltakozott az adatkezelés ellen.

Ha a helyesbítés, korlátozás vagy törlés iránti kérelme nem teljesíthető, akkor a kérelem kézhezvételét követő 25 napon belül írásban tájékoztatjuk a kérelem elutasításáról, annak ténybeli és jogi indokairól.

8.5. TILTAKOZÁSHOZ VALÓ JOG

Önnek joga van a Biztosító vagy egy harmadik fél jogos érdekeinek érvényesítéséhez szükséges adatkezelés ellen tiltakoznia! Jogosult továbbá a személyes adatai közvetlen üzletszerzés célokra történő – beleértve a profilalkotást is – felhasználása ellen tiltakoznia.

A személyes adatok a továbbiakban e célból nem kezelhetők, kivéve, ha a Biztosító bizonyítja, hogy az adatkezelést olyan kényszerítő erejű jogos okok indokolják, amelyek elsőbbséget élveznek az Ön érdekeivel, jogaival és szabadságaival szemben, vagy amelyek jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez kapcsolódnak.

8.6. ADATHORDOZHATÓSÁGHOZ VALÓ JOG

Ön jogosult arra, hogy az Önre vonatkozó, a Biztosító rendelkezésére bocsátott személyes adatokat tagolt, széles körben használt, géppel olvasható – ha ez technikailag megvalósítható – formátumban megkapja, ha az adatkezelés hozzájáruláson, vagy szerződésen alapul és az adatkezelés automatizált módon történik. A jelen pont szerinti adathordozhatósághoz való jog nem teremt kötelezettséget arra vonatkozóan, hogy az adatkezelők egymással műszakilag kompatibilis adatkezelő rendszereket vezessenek be vagy tartsanak fenn.

8.7. HOZZÁJÁRULÁS VISSZAVONÁSÁHOZ VALÓ JOG

Ön jogosult a személyes adatok kezeléséhez való hozzájárulásának visszavonására. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét.

Felhívjuk ismételten a figyelmét, hogy amennyiben a személyes adatok kezelése nélkülözhetetlen a szerződés alapján nyújtott szolgáltatások megítéléséhez, a hozzájárulás visszavonása a szolgáltatás nyújtásának ellehetetlenülését vonhatja maga után.

8.8. HATÓSÁGI JOGORVOSLATHOZ VALÓ JOG

Ön jogosult arra, hogy a felügyeleti hatóság vizsgálatát kezdeményezze, ha megítélése szerint a személyes adataival kapcsolatos jogainak érvényesítését a Biztosító korlátozza vagy ezen jogainak érvényesítésére irányuló kérelmét elutasítja, vagy Ön bármikor úgy ítéli meg, hogy személyes adatai kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll.

A magyar **Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság** elérhetőségei:

Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.

Levelezési cím: 1363 Budapest, Pf.: 9.

Telefon: +36 1 391 1400

Telefax: +36 1 391 1410

E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

Web: naih.hu

8.9. A BÍRÓSÁGI JOGORVOSLATHOZ VALÓ JOG

A fentiek mellett Ön bármikor jogosult bírósági jogorvoslatra a felügyeleti hatóság Önre vonatkozó, jogilag kötelező erejű döntésével szemben, továbbá, ha az illetékes felügyeleti hatóság nem foglalkozik a panasszal, vagy három hónapon belül nem tájékoztatja Önt a benyújtott panasszal kapcsolatos eljárási fejleményekről vagy annak eredményéről.

Ön bírósághoz fordulhat abban az esetben is, ha megítélése szerint a Biztosító vagy az általa megbízott vagy rendelkezése alapján eljáró adatfeldolgozó a személyes adatait a személyes adatok kezelésére vonatkozó, jogszabályban vagy az Európai Unió kötelező jogi aktusában meghatározott előírások megsértésével kezeli.

A pert – választása szerint – a lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint illetékes törvényszék előtt is megindíthatja.

9. A TÁJÉKOZTATÓ ELÉRHETŐSÉGE ÉS MÓDOSÍTÁSA

A Biztosító honlapján, valamint ügyfélszolgálati irodáiban a mindenkor hatályos Tájékoztatót közzéteszi. A Biztosító fenntartja magának a jogot a Tájékoztató módosítására, amelyről honlapján (www.signal.hu) keresztül kellő időben értesíti az érintetteket.

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu



Balesetbiztosítás Különös feltételek

Hatályos: 2025. október 15-től



BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK	2
1. Bevezetés	2
2. Biztosított	2
3. A biztosítás létrejötte	2
3.1. Szerződés hatálybalépése	2
3.2. A kockázatviselés kezdete és vége	2
3.3. Díjfizetés kezdete	3
3.4. Várakozási idő	3
3.5. A biztosítási tartam, a biztosítási időszak	3
4. Biztosítási események, biztosítási szolgáltatások	3
4.1. Baleseti halál	3
4.2. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás	3
4.3. Baleseti kórházi napidíj	4
4.4. Baleseti eredetű plasztikai műtét	5
4.5. Csonttörés, csontrepedés	5
4.6. Lágyrészek sérülése	5
4.7. Égési sérülés	5
4.8. Tanulási támogatás	6
4.9. Baleseti műtéti térítés	6
4.10. Baleseti keresőképtelenség	7
5. Biztosítási esemény bejelentése	7
6. Biztosítási csomagok	8
7. Balesetbiztosítás megszűnésének esetei	8
8. Kizárások	8
9. Egyéb rendelkezések	9
I. SZÁMÚ FÜGGELÉK	10

BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. BEVEZETÉS

Jelen 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 az irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. számú melléklete A) részének megfelelő ügyféltájékoztatónak minősülnek. Az ügyféltájékoztató elemeinek minősülő részek a szövegben dőlt betűkkel olvashatóak.

A biztosító mentesülésének szabályai, a biztosító szolgáltatásának korlátozásáról szóló feltételei, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó egyéb rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlatról lényegesen eltérő feltételek dőlt és vastagított betűkkel szedettek.

Jelen biztosításra az Általános Szerződési Feltételek érvényesek kivéve a jelen különös feltételekben részletezett pontok, melyek az Általános Szerződési feltételektől eltérnek.

Jelen Balesetbiztosítás alapt biztosításnak minősül, mely lehet a szerződésben megjelölt kötelező alapt biztosítás is az Általános Szerződési Feltételek 3. pontban meghatározottak szerint.

Jelen különös feltételben meghatározott biztosítási szolgáltatásból egy biztosított személynek egy adott időpontban legfeljebb egy érvényes biztosítása lehet.

2. BIZTOSÍTOTT

A Balesetbiztosítás életbiztosítás biztosítottja kizárólag a TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosításban megnevezett biztosított lehet, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott szabályok figyelembevételével.

2.1. Biztosított lehet az a 1-79 éves, Gyermek csomag vásárlása esetén 1-15 éves belépési aktuális korú természetes személy, aki az ajánlat aláírásának időpontjában

- nem áll a hatályos jogszabályban meghatározott orvosszakértői intézetnél rokkantsági elbírálás alatt,
- nem részesül rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásban/járadékban,
- az egészségi állapota nem minősül olyan mértékű egészségkárosodásnak, amely elérné vagy meghaladná a 40 %-os egészségkárosodás mértékét, a komplex minősítési B1–B2 kategóriát,

továbbá megfelel a biztosító kockázatvállalási feltételeinek.

Nem biztosítható az az alábbi személy, aki:

- a magyar társadalombiztosítási szerv határozata alapján bármilyen fokú maradandó egészségkárosodással bír,
- vérzékeny, véralvadásgátló kezelésben részesül,
- dialízis kezelésben részesül,

- Alzheimer-kórban szenved,
- vasculáris demenciában szenved,
- mániás depressziós/bipoláris affektív zavarban szenved,
- skizofrén,
- Parkinson-kórban szenved,
- diagnosztizált sclerosis multiplex betegségben szenved,
- diagnosztikai vizsgálattal alátámasztottan demielinizációs tünetekkel rendelkezik,
- Myasthenia gravis megbetegedésben szenved,
- HIV-fertőzött,
- sokületes gyulladásban szenved,
- csonttritkulás megbetegedésben szenved,
- egyensúlyi zavarban szenved,
- vak,
- epilepsziás megbetegedésben szenved,
- SLE betegségben szenved,
- aki a biztosítás megkötését megelőző 180 napban olyan balesetet szenvedett, amely miatt szakorvos által igazoltan 30 napot meghaladóan keresőképtelen állományban volt.

3. A BIZTOSÍTÁS LÉTREJÖTTE

A Balesetbiztosítás a jelen szerződési feltételek szerződő általi megismerését követően, a szerződő a balesetbiztosításra vonatkozó ajánlatának vagy módosítási nyilatkozatának a biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.

Balesetbiztosítási ajánlatot a szerződő kétféle időpontban tehet:

- a) A kötelező alapt biztosítás ajánlattételével egy időben.
- b) A kötelező alapt biztosítás tartamán belül, kizárólag a kötelező alapt biztosítás első biztosítási évfordulójától kezdődően, díjfizetési gyakoriságának megfelelően, a gyakorisági forduló előtti naptári hónapban.

Az ajánlat elfogadásának szabályai minden esetben meg egyeznek az Általános Szerződési Feltételekben leírtakkal.

3.1. SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE

Ha a balesetbiztosításra vonatkozó ajánlattétel a kötelező alapt biztosításra vonatkozó ajánlattétellel egyidejűleg történik, akkor a balesetbiztosítás a kötelező alapt biztosítással egyidejűleg lép hatályba, feltéve, ha a biztosító a balesetbiztosításra vonatkozó ajánlatot is elfogadta.

Ha a biztosításra vonatkozó ajánlattételre a kötelező alapt biztosítás tartamán belül kerül sor, akkor a balesetbiztosítás a módosításra vonatkozó nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő díjesedékes naptári napján lép hatályba, feltéve, ha a biztosító az ajánlatot elfogadta.

Jelen balesetbiztosítás vonatkozásában a biztosító egészségi és pénzügyi kockázatelbírálást is végezhet.

3.2. A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE ÉS VÉGE

A biztosító kockázatviselése a Balesetbiztosítás hatálybalépésének napján kezdődik, amennyiben a Balesetbiztosítás első díját, annak esedékességéig, a szerződő megfizeti, ennek hiányában a kockázatviselés kezdete az esedékes díj beérkezését követő nap 0. órája.

A biztosító kockázatviselése a Balesetbiztosítás tartama alatt, illetve a kötelező alapbiztosítás bármely okból bekövetkező megszűnésének időpontjáig áll fenn.

3.3. DÍJFIZETÉS KEZDETE

A díj fizetés kezdete kötelező alapbiztosítással történő együtt-kötés esetén a kötelező alapbiztosítás díj fizetési kezdetével megegyező dátum.

Hozzákötés esetén a díj fizetés kezdete a kötelező alapbiztosítás azon díj fizetési fordulójának dátuma, melyhez a Balesetbiztosítás hozzákötését kérték.

3.4. VÁRAKOZÁSI IDŐ

A biztosító várakozási időt nem köt ki.

3.5. A BIZTOSÍTÁSI TARTAM, A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK

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

A Balesetbiztosítás évfordulója megegyezik a kötelező alapbiztosítás biztosítási évfordulójával.

A biztosítási azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora – Top Prémium, Top Plusz, Top csomagok esetén – 80 év; Gyermekek csomag esetén 16 év.

4. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK, BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

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

Jelen szerződés feltételei szempontjából nem minősül balesetnek a betegségi eredetű sérülés, a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás vagy súlyos osteoporotikus törés és annak következményei, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi égés és a hőséguta.

4.1. BALESETI HALÁL

4.1.1. Biztosítási esemény

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

4.1.2. A biztosító szolgáltatása

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

4.1.2.1. Többlétszolgáltatások

4.1.2.1.1. Légi közlekedési balesetből eredő haláleset

Amennyiben a biztosított halála légi közlekedési baleset következménye, a biztosító a normál szolgáltatáson felül a választott Baleseti halál szolgáltatás 100%-ának megfelelő összeget

fizet ki többlétszolgáltatásként.

Légi közlekedési baleset: olyan baleseti esemény, amely utasszállításra engedélyezett, menetrend szerint közlekedő légi jármű használata során következik be.

4.1.2.1.2. Tömegközlekedési balesetből eredő haláleset

Amennyiben a biztosított halála tömegközlekedési baleset következménye, a biztosító a normál szolgáltatáson felül a választott Baleseti halál szolgáltatás 50%-ának megfelelő összeget fizet ki többlétszolgáltatásként.

Tömegközlekedési baleset: olyan közlekedési baleset, amely tömegközlekedési eszköz használata során következik be.

Tömegközlekedési eszköznek minősül:

- helyi (városi és elővárosi) forgalomban: városi autóbusz, trolibusz, villamos, metró (beleértve a földalatti és kéregvasutat), fogaskerekű vasút, síklóvasút, nyeregvasút vagy függővasút (mindkettő egysínes vasút-kategória), HÉV, vízi jármű és vasút;
- helyközi (településközi; belföldi és nemzetközi) forgalomban: autóbusz, vasúti közlekedés, légi közlekedés és vízi jármű.

– Jelen biztosítási szolgáltatás szempontjából vízi járműnek minősül: a menetrend szerinti, közösségi közlekedésre szolgáló hajó vagy komp.

4.1.2.1.3. Szülők együttes baleseti halála

a) Amennyiben az egyik szülő rendelkezik a Biztosítónál Testreszabott Védelem Plusz Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítással – mely tartalmaz baleseti halál szolgáltatást –, úgy a biztosító a normál szolgáltatáson felül a választott Baleseti halál szolgáltatás 50%-ának megfelelő összeget fizet ki többlétszolgáltatásként a szerződéssel rendelkező szülő esetében.

b) Amennyiben mindkét szülő rendelkezik a Biztosítónál olyan Testreszabott Védelem Plusz Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítás szerződéssel – mely tartalmaz baleseti halál szolgáltatást –, úgy a Biztosító a normál szolgáltatáson felül a választott Baleseti halál szolgáltatás 50%-ának megfelelő összeget fizet ki többlétszolgáltatásként mindkét szülő esetében.

Szülők együttes baleseti halála: olyan baleset, amely következtében mindkét biztosított szülő

- ugyanazon baleset következtében, vagy
- ugyanazon balesetből eredően, egymást követően legfeljebb 90 napon belül elhalálozik.

Jelen biztosítási szolgáltatás szempontjából szülőnek tekintjük azt a biztosítottat, aki vér szerinti vagy örökbefogadó szülő, illetve a hatályos jogszabályok szerint gyámként vagy nevelőszülőként törvényes képviselői jogkörrel rendelkezik.

4.1.2.1.4. Amennyiben a 4.1.2.1.1.-4.1.2.1.3. pontokban meghatározott események közül egyszerre több valósul meg, a biztosító kizárólag a legnagyobb kifizetést eredményező többlétszolgáltatást teljesíti.

4.2. BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS

4.2.1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért

baleset, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított két éven belül, 15%-100%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenved.

4.2.2. A biztosító szolgáltatása

Amennyiben a baleset napjától számított két éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított 15%-100%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenvedett, akkor a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a megállapított egészségkárosodás mértékével arányos összegét fizeti ki.

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

Testrészek maradandó egészségkárosodása:	Térítés:
Egy kar vállizületből való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökizület felettig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egy kar könyökizület alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy kéz teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	55%
Egy hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Egy láb combközép felettig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy láb térd alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	50%
Egyik láb lábszár közepéig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	45%
Egyik lábfej teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	40%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely másik lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
A szaglóérék teljes elvesztése	10%
Az ízlelőképesség teljes elvesztése	5%

4.2.2.2. Az előző pontból adódó maradandó egészségkárosodási mértékek összegeződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. Csak a legalább 15%-os mértéket elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás biztosítási esemény. (Ennek megfelelően amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a maradandó egészségkárosodás mértékek együttesen a 100%-ot

meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a maradandó egészségkárosodás mértékei összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben az egészségkárosodás 100%-val arányos biztosítási összeg.) Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott maradandó egészségkárosodás százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Ha a maradandó egészségkárosodás mértéke az erre vonatkozó tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást a szerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent (figyelembe véve a 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendeletben leírtakat). A baleseti eredetű egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől.

4.2.2.3. A baleseti eredetű egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa állapítja meg.

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

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

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

4.3. BALESETI KÓRHÁZI NAPIDÍJ

4.3.1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért olyan biztosítási baleset, amelynek következtében a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, legalább 3 napot elérő kórházi gyógykezelésre szorul.

A biztosítási esemény a biztosítottat ért balesettel okozati összefüggésben álló kórházi kezelés első napjával kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiállításának napjával végződik.

4.3.1.1. Jelen feltétel szempontjából kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvőbeteg gyógyintézetek).

4.3.2. Nem terjed ki a biztosítás:

- geriatrai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolásra és a gyógytornára, fogyókúra kezelésekre,
- tudóbetegek számára fenntartott gyógyintézetekre és szanatóriumokra,
- idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézeteire,
- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumokra,
- fürdő- és egyéb gyógyintézetekre,
- ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei által nyújtott ellátásra.

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

4.3.3. 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 3 napig tartott a kórházi ellátás.

Több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is a biztosító szolgáltatása az első baleset bekövetkeztét követő 2 éven belül maximum 185 napra korlátozódik.

4.4. BALESETI EREDETŰ PLASZTIKAI MŰTÉT

4.4.1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt bekövetkező olyan baleset, amelynek következtében a biztosított testfelülete olyan mértékben károsodik vagy deformálódik, amely külső megjelenését a gyógyulást követően is hátrányosan befolyásolja, és ezen hátrány megszüntetése érdekében orvosi javaslatra rekonstrukciós célú plasztikai műtétnek veti alá magát. **Nem minősül biztosítási eseménynek a korábbi esztétikai célú plasztikai műtétet követő helyreállító, újabb vagy ismételt plasztikai műtét vagy beavatkozás, valamint az orvosi műhiba következtében szükségessé váló rekonstrukciós műtét/beavatkozás sem. A biztosítási esemény dátuma a műtét elvégzésének időpontja.**

4.4.2. A biztosító szolgáltatása

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

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

4.4.2.2. A biztosító a plasztikai műtéttel kapcsolatos költségeket csak a műtétet végző (ANTSZ általi működési engedéllyel rendelkező) egészségügyi intézmény által, a biztosított nevére kiállított és a biztosító részére benyújtott számla eredeti példánya ellenében téríti meg.

4.5. CSONTTÖRÉS, CSONTREPEDÉS

4.5.1. Biztosítási esemény

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

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

4.5.1.2. A patológiás törés vagy súlyos osteoporotikus törés nem minősül biztosítási eseménynek.

4.5.2. A biztosító szolgáltatása

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

Biztosítási évente biztosítottanként maximum 3 biztosítási eseményre történhet szolgáltatás.

4.6. LÁGYRÉSZEK SÉRÜLÉSE

4.6.1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt bekövetkező olyan baleset, amely során az alábbiakban felsorolt események valamelyike következik be:

4.6.1.1. Ficam: csukló, könyök, váll, csípő, térd és boka ízületet alkotó két csont anatómiai helyzetétől eltérő pozíciója, mely sem spontán, sem külső beavatkozással nem nyeri vissza eredeti anatómiai állapotát a képalkotó vizsgálattal történő dokumentálása előtt.

Jelen feltétel vonatkozásában nem minősül ficamnak a

- sokszor ismétlődő (habitualis) ficam, valamint
- azon testrész ficama, melynél a kockázatviselés kezdetet megelőzően már előfordult ficam.

4.6.1.2. Szalagszakadás: valamely ízületi szalag MR vagy ultrahang vizsgálattal alátámasztott vagy orvosi dokumentumokkal/leletekkel és műtéti leírással alátámasztott szakadása, ahol a sérült ízület a baleset napjától számított hat héten belüli műtéti ellátására (szalagvarrat, szalag helyreállítás) vagy minimum négy hetes rögzítésére (gipsz, merev műanyag rögzítő) kerül sor.

4.6.1.3. Izomszakadás: bármely izom vagy ín teljes mértékű szakadása, melyet a baleset napjától egy héten belül műtéti úton állítanak helyre.

4.6.2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén – balesetenként a lágyrészek sérüléseinek számától függetlenül – egyszeri kifizetesként a biztosítási esemény időpontjában hatályos, a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

Biztosítási évente biztosítottanként, maximum 1 biztosítási eseményre történhet szolgáltatás.

4.7. ÉGÉSI SÉRÜLÉS

4.7.1. Biztosítási esemény

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

4.7.2. A biztosító szolgáltatása

4.7.2.1. 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 százalékat fizeti ki. A térítés mértéke az égési sérülés súlyosságától és kiterjedtségétől függően a következő:

Testfelület	10–19%	20–49%	50–80%	80% felett
Súlyosság				
I. fokú	10%	15%	20%	25%
II. fokú	25%	40%	50%	100%
III. fokú	100%	100%	100%	150%
IV. fokú	150%	150%	200%	200%

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka.

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, legmagasabb súlyosságú sérülés szorzójával állapítja meg. A szolgáltatás mértéke ebben az esetben sem haladhatja meg a 200%-ot.

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

4.8. TANULÁSI TÁMOGATÁS

4.8.1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért olyan baleset, amelynek következtében a biztosított baleset miatt orvosilag indokolt legalább 10 napos kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül.

4.8.2. Biztosított személye

Jelen feltételek szempontjából biztosítottak lehetnek oktatási intézmények nappali tagozatos tanulói, hallgatói. Jelen pontra vonatkozóan oktatási intézménynek minősülnek az általános iskolák, gimnáziumok, szakgimnáziumok, szakiskolák, főiskolák, egyetemek.

A tanulási támogatás szolgáltatás esetén a kockázatviselés nem terjed ki a levelező, valamint esti tagozatos tanulókra, illetve hallgatókra, átképzésben résztvevőkre.

4.8.3. A biztosító szolgáltatása

4.8.3.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító az osztályfőnök/intézményvezető eredeti aláírásával, valamint az iskola/képző intézmény pecsétjével ellátott igazolása alapján a biztosított vagy kiskorú biztosított esetén a törvényes képviselő részére a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos mértékű tanulási támogatást nyújtja.

4.8.3.2. Egy biztosítási időszak alatt legfeljebb 1 biztosítási esemény esetén szolgáltat a biztosító.

4.9. BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉS

4.9.1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt bekövetkező olyan baleset, amelynek következtében a biztosított számára – a baleset időpontjától számított 2 éven belül – baleseti következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett műtéti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra kerül sor, és a beavatkozásokat az orvos-szakmai szabályok betartásával, kórházi fekvőbeteg ellátás keretében végeznék. A biztosítási esemény dátuma a műtét elvégzésének időpontja.

4.9.2. Nem minősül biztosítási eseménynek:

- kozmetikai és plasztikai kezelésekkal összefüggő műtét,
- a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel összefüggésben 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 vagy súlyos osteoporotikus törés miatti műtét,
- a diagnosztikus artroszkópos és endoszkópos műtét.

4.9.3. A biztosító szolgáltatása

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

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

4.9.3.3. 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.

4.9.3.4. A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a 4. pontban található. Az orvosi beavatkozások térítési csoportok 4.9.5. pont szerinti részletes listája a biztosítónál megtekinthető. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás ezen táblázatban nem található, úgy a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg.

4.9.4. A biztosító teljesítése

4.9.4.1. A baleseti műtéti térítésre vonatkozó szolgáltatási igényt írásban kell a biztosítónak jelenteni.

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

4.9.5. Műtétek besorolása (Példák)

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

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

WHO-kód	Műtét megnevezése
57882	Belső fémrögzítés eltávolítása
58175	Csuklóprotézis eltávolítása
58900	Bőrvarrat

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

WHO-kód	Műtét megnevezése
51950	Dobhártyaplasztika
57922	Húzóhurkos csontöngzés
58400	Kézujj amputáció

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

WHO-kód	Műtét megnevezése
51420	Lencse eltávolítása
51470	Szemlencse beültetés
57670	Arctörések nyílt helyreállítása
57902	Combnyak-szegezés

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

WHO-kód	Műtét megnevezése
50200	Benyomatos koponyatörés ellátása
52070	Félkörös ívjáratok kimetszése
53030	Teljes gégeeltávolítás
53240	Tüdőleány eltávolítása
53836	Érpótlás a medencei- és combverőér között
58480	Combamputáció

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

WHO-kód	Műtét megnevezése
53502	Zárt billentyűbemetszés a kéthegyű billentyűn
53743	Kamrai sérülés ellátása
54240	Nyelőcső teljes eltávolítása

4.10. BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG**4.10.1. Biztosítási esemény**

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosítottat ért olyan baleset, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől, illetve a baleset következtében szükséges műtéti ellátástól számított 30 napon belül kezdődően, a hatályos jogszabályoknak megfelelően, a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan 28 napot meghaladó időtartamban, saját jogon, folyamatosan keresőképtelen állományba kerül, és táppénzt vesz igénybe.

4.10.2. A biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a keresőképtelenség esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget egyszeri térítésként fizeti ki. Egy balesetből eredően a biztosítási összeg csak egyszer kerülhet kifizetésre.

Egy biztosítási időszakon (éven) belül legfeljebb egy alkalommal történhet kifizetés.

5. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

5.1. A biztosítási esemény bejelentésekor az Általános Szerződési Feltételekben megfogalmazottakon túl az alábbi dokumentumokat szükséges a biztosító számára bemutatni:

5.2. Baleseti kórházi ápolás, műtéti térítés, plasztikai műtéti térítés, égési sérülés esetén:

- a kórházi tartózkodásról és az ellátásról szóló egészségügyi dokumentáció (vizsgálati eredmények, zárójelentés) fénymásolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával,
- a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatai (amennyiben készült), a plasztikai műtéttel kapcsolatos, a biztosított nevére kiállított, műtétről szóló, vagy gyógyszerek, kötszerek, kórházi tartózkodás költségeire vonatkozó számla,
- a WHO vagy OENO kódot tartalmazó műtéti leírás,
- az égési sérülés ellátásáról szóló orvosi dokumentáció másolata, mely tartalmazza a sérülés súlyosságát és kiterjedtségét.

5.3. Csonttörés, csontrepedés esetén:

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

5.4. Lágyrészek sérülése esetén: a baleset után készült valamennyi orvosi lelet.

- a. ficam esetén:
- csontok kóros (kificamodott) helyzetét igazoló röntgen, vagy egyéb képalkotó vizsgálat eredménye (pl. CT).
- b. szalagszakadás esetén:
- MR vagy ultrahang vizsgálat lelete, amennyiben készült,
 - zárójelentés- műtét esetén-, mely tartalmazza az elvégzett műtét megnevezését, dátumát, valamint a műtéti leírást,
 - gipsz vagy merev rögzítés esetén a gipsz/merev rögzítő eltávolításakor keletkezett orvosi dokumentum,
- c. izomszakadás esetén:
- műtét esetén zárójelentés, mely tartalmazza az elvégzett műtét megnevezését, dátumát, valamint a műtéti leírást.

5.5. Tanulási támogatás esetén:

- az osztályfőnök/intézményvezető eredeti aláírásával, valamint az iskola/ képző intézmény pecsétjével ellátott igazolás.

5.6. Baleseti keresőképtelenség esetén:

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

A biztosító jogosult bekérni a társadalombiztosítási szervtől a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratokat.

5.7. A biztosító köteles a kárrendezéshez nélkülözhetetlen dokumentumok beérkezéséről számított 15 napon belül, de ezek beérkezésének hiányában is legkésőbb a szolgáltatási igény benyújtásától számított egy hónapon belül a biztosítási szolgáltatásra jogosult személynek:

- a) kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási kötelezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként (beleértve a kamatra vonatkozó tájékoztatást) összecszerűen megállapította, vagy
- b) indokolással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt egyes követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási kötelezettségét nem ismeri el, az nem egyértelmű vagy a teljes szolgáltatását összecszerűen nem állapította meg.

6. BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK

6.1. A biztosítottakra választható biztosítási csomagok, az azokban foglalt szolgáltatásokkal és a vonatkozó biztosítási összegekkel a jelen szerződési feltétel I. sz. függelékében találhatóak. Ezekről eltérő csomagok választására nincs lehetőség.

A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén, a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra, a biztosítási szerződés következő díjfizetési gyakoriság szerinti időszak első napjának 0. órájakor kezdődik, a kilépő biztosítottakra vonatkozóan pedig az adott díjfizetési gyakoriság utolsó napjának 24. órájáig tart.

6.2. Csomagváltásra és/vagy új biztosított személy belépésére az első biztosítási évfordulót követően van lehetőség.

A biztosító a tudomására jutástól számítottan kizárólag előremutató hatállyal hajt végre változtatást a biztosított személyekre, illetve a biztosítási csomagokra vonatkozóan.

7. BALESETBIZTOSÍTÁS MEGSZÚNÉSÉNEK ESETEI

A biztosító kockázatviselése véget ér és a Balesetbiztosítás megszűnik:

- a) a kötelező alapbiztosítás megszűnésével,
- b) a jelen Balesetbiztosítás alapján baleseti halál szolgáltatás teljesítésének időpontjában,
- c) a rendszeres díjfiizetés elmulasztása esetén,
- d) a szerződő felek rendes felmondása esetén, a biztosítás évfordulójának hatályával,
- e) a jelen feltételek 3.5. pontjában leírtak szerint,
- f) ellehetetlenülés, érdekmúlás esetén,
- g) a biztosító felmondása esetén, ha a biztosító ráutaló magatartásával jött létre a szerződés és az lényeges kérdésben eltér a jelen szerződési feltételektől,
- h) a biztosított hozzájárulásának nyilatkozatban történő visszavonása esetén, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő biztosítási évfordulón,
- i) a biztosító felmondása esetén, ha a biztosító a szerződés-kötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges

körülményekről vagy azok változásáról és ezek a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik,

- j) ha biztosított elhunyt, és ezt a tényt a biztosítás tartama alatt a biztosítónak bejelentik, akkor adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a halál napjára, visszamenőleges hatállyal megszűnik.

8. KIZÁRÁSOK

Az általános feltételekben megfogalmazott kizárásokon túl a biztosító az alábbi kizárásokat alkalmazza:

8.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, sérülésekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel ok-okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, amennyiben arról a biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett. A biztosító kóros állapotnak tekinti a nem természetes állapotot.

8.2. A szerződés megkötésének időpontjában, bármely okból már károsodott, korábbi baleset vagy betegség miatt sérült vagy csonka, funkciójában korlátozott (nem ép) testrészek és szervek a biztosítási védelemből ki vannak zárva.

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

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

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

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

8.7. A biztosítottat ért szívinfarktus folytán bekövetkező balesetekre a biztosítási védelem nem terjed ki. A szívinfarktus semmilyen körülmények között nem tekinthető baleseti következménynek.

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

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

8.10. Amennyiben a biztosított protézissel vagy implantátummal él (pl. csípő-, térd-, vállprotézis, gerincimplantátum), abban az esetben az implantátum sérülése vagy az implantátum környezetében történő (pl. periprotetikus törés) biztosítási eseményekre a biztosítási védelem nem áll fenn.

8.11. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a balesetekre, illetve azok következményeire (különösen a felépülés elhúzódására vagy szövődmények kialakulására) amelyek a biztosított alábbi betegségeivel ok-okozati összefüggésbe hozhatók:

- inzulin-függő cukorbetegség,
- rosszindulatú daganatos megbetegedés,
- krónikus és/vagy alkoholos májbetegség,
- idült szív- és keringési rendszeri betegség,
- krónikus veseelégtelenség.

8.12. Gyógykezelés következtében bekövetkező fertőzésekre a biztosítási védelem nem terjed ki.

9. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

9.1. A biztosított részéről az ajánlat megtételekor egészségi nyilatkozat megtételére nincs szükség.

I. SZÁMÚ FÜGGELÉK

BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK TÁBLÁZAT

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK (FT) / CSOMAGOK	Top	Top Plusz	Top Prémium	Gyermek
Baleseti halál	12 000 000	17 000 000	22 000 000	–
Baleseti maradandó egészségkárosodás (15%–35%)	8 000 000	12 000 000	16 000 000	8 000 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás (36%–66%)	12 000 000	18 000 000	24 000 000	12 000 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás (67%–100%)	24 000 000	36 000 000	45 000 000	24 000 000
Baleseti kórházi napidíj (3. naptól)	12 000	15 000	20 000	12 000
Baleseti eredetű plasztikai műtét	1 000 000	1 500 000	2 000 000	1 000 000
Baleseti csonttörés	50 000	125 000	200 000	50 000
Lágy részek sérülése	50 000	50 000	50 000	50 000
Égési sérülés	500 000	750 000	1 000 000	500 000
Tanulási támogatás	–	–	–	100 000
Baleseti műtéteti térítés	250 000	350 000	500 000	250 000
Baleseti keresőképtelenség	100 000	150 000	200 000	–

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu



Kockázati életbiztosítás Különös feltételek

Hatályos: 2025. október 15-től



KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK	2
1. Bevezetés	2
2. Biztosított	2
3. Biztosítási események	2
3.1. Haláleseti szolgáltatás	2
3.2. Előrehozott szolgáltatás	2
4. Biztosítási szolgáltatás	2
4.1. Haláleseti szolgáltatás	2
4.2. Előrehozott szolgáltatás	2
5. A biztosítás létrejötte	3
5.1. A szerződés hatálybalépése	3
5.2. A kockázatviselés kezdete és vége	3
5.3. Díjfizetés kezdete	3
5.4. Várakozási idő	3
5.5. A biztosítási tartam, a biztosítási időszak	3
6. Biztosítási összeg	3
7. A biztosítás díja	4
7.2. Díjfizetési gyakoriság módosítás	4
8. Hitelfedezet	4
9. A kockázati életbiztosítás megszűnésének esetei	4
10. Biztosítási esemény bejelentése	4
11. Kizárások	4
12. A szerződő jogai és kötelezettségei	5

KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. BEVEZETÉS

Jelen 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 az irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. számú melléklete A) részének megfelelő ügyféltájékoztatónak minősülnek. Az ügyféltájékoztató elemeinek minősülő részek a szövegben dőlt betűkkel olvashatóak.

A biztosító mentesülésének szabályai, a biztosító szolgáltatásának korlátozásáról szóló feltételei, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó egyéb rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő feltételek dőlt és vastagított betűkkel szedettek.

Jelen biztosításra az Általános Szerződési Feltételek érvényesek, kivéve a jelen különös feltételekben részletezett azon pontok, melyek az Általános Szerződési feltételektől eltérnek. Jelen Kockázati életbiztosítás alapbiztosításnak minősül, mely lehet a szerződésben megjelölt kötelező alapbiztosítás is az Általános Szerződési Feltételek 3. pontjában meghatározottak szerint.

Jelen különös feltételben meghatározott biztosítási szolgáltatásból egy biztosított személynek egy adott időpontban legfeljebb egy érvényes biztosítása lehet.

2. BIZTOSÍTOTT

A Kockázati életbiztosítás biztosítottja kizárólag a TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosításban megnevezett biztosított lehet, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott szabályok figyelembevételével.

A biztosított belépési kora lehet:

Határozatlan tartam	16-75 év
Határozott tartam	16-71 év

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK

A biztosító az alább felsorolt biztosítási események bekövetkezése esetén, az elsőként bejelentett eseményre nyújt egyszeri szolgáltatást, még abban az esetben is, ha egyidejűleg több biztosítási esemény is bekövetkezik. A biztosítási összeg kifizetésével a Kockázati életbiztosítás megszűnik.

3.1. HALÁLESETI SZOLGÁLTATÁS

Biztosítási esemény a biztosított kockázatviselési időn belül bekövetkező elhalálása.

A biztosítási esemény időpontja a halotti anyakönyvi kivonatban a haláleset dátumaként rögzített nap.

3.2. ELŐREHOZOTT SZOLGÁLTATÁS

Jelen Kockázati életbiztosítás vonatkozásában, a biztosító, előrehozott szolgáltatást nyújt az alább felsorolt, és a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegségek esetében, ha a biztosított állapota az alább leírtak szerint változik meg. Abban az esetben, ha a biztosítottnál több betegséget is diagnosztizáltak, a biztosító a legkorábban diagnosztizált betegség vonatkozásában nyújt egyszeri szolgáltatást. Az egyszeri szolgáltatás nyújtásával egyidőben a Kockázati életbiztosítás megszűnik.

3.2.1. Rettegott betegségek az alábbiak:

3.2.1.1. A szívizomelhalás (szívinfarktus) azon súlyosságú állapota, ahol a szívizomzat bizonyos részének transmurális elhalása mellett társultan cardiomyopathia áll fenn, és az infarktust követően legalább két hónappal végzett kontrollvizsgálat során szív ultrahanggal, a cardiomyopathia és infarktus jellemző képe mellett 30% alatti ejekciós frakció (EF) került leírásra. Biztosítási esemény időpontja: a biztosítási eseményt leíró és azt vizsgálati eredményekkel alátámasztó kontrollvizsgálati lelet dátuma.

3.2.1.2. Rosszindulatú daganatos betegség azon súlyosságú állapota, amelyben a biztosítottnál a műtéti-, kemo-, immun-, hormon vagy sugárterápiával sem sikerült a befejezett aktív kezeléssel daganatmentes állapotot elérni vagy a kivizsgálás eredménye alapján gyógyíthatatlannak minősítették a beteg, és csak tüneti terápiát javasoltak.

Biztosítási esemény időpontja: a kezelés befejezését követő kontrollvizsgálati lelet dátuma, illetve a kezelés nélküli esetekben, a kivizsgálást követően, a biztosítási eseményt alátámasztó orvosi dokumentum dátuma.

3.2.1.3. Agyi érkatasztrófa: az agykoponya üregén belüli ér heveny keringésszavara által okozott agykárosodás azon súlyosságú formája, amikor annak kialakulását követő 30 nap eltelte után a biztosított személy táplálása csak mesterségesen kialakított táplálást szolgáló gastrostomával, vagy jejunostomával biztosítható, feltéve, hogy a stoma kialakítása a biztosítási időszakon belül történik.

Biztosítási esemény időpontja: a biztosítási eseményhez vezető heveny agyi keringésszavar bekövetkezésének orvosi dokumentumban rögzített dátuma.

4. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

4.1. HALÁLESETI SZOLGÁLTATÁS

A biztosító a 3.1. pontban leírt biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a halál napján érvényes biztosítási összeget fizeti ki a haláleseti kedvezményezett részére és ezzel az összes biztosítási fedezet megszűnik az adott biztosítottra vonatkozóan.

4.2. ELŐREHOZOTT SZOLGÁLTATÁS

A biztosító a 3.2 pontban leírt biztosítási események valamelyikének bekövetkezése esetén, a biztosított részére a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget

fizeti ki, és ezzel a biztosítás megszűnik az adott biztosítottra vonatkozóan.

5. A BIZTOSÍTÁS LÉTREJÖTTE

A Kockázati életbiztosítás a jelen szerződési feltételek szerződő általi megismerését követően, a szerződő Kockázati életbiztosításra vonatkozó ajánlatának vagy módosítási nyilatkozatának a biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.

Kockázati életbiztosítási ajánlatot a szerződő kétféle időpontban tehet:

- a) A kötelező alpbiztosítás ajánlattételével egy időben
- b) A kötelező alpbiztosítás tartamán belül, kizárólag a kötelező alpbiztosítás első biztosítási évfordulójától kezdődően, díjfizetési gyakoriságának megfelelően, a gyakorisági forduló előtti naptári hónapban.

Az ajánlat elfogadásának szabályai minden esetben meg egyeznek az Általános Szerződési Feltételekben leírtakkal.

5.1. A SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE

Ha a kockázati életbiztosításra vonatkozó ajánlattétel a kötelező alpbiztosításra vonatkozó ajánlattétellel egyidejűleg történik, akkor a Kockázati életbiztosítás a kötelező alpbiztosítással egyidejűleg lép hatályba, feltéve, ha a biztosító a Kockázati életbiztosításra vonatkozó ajánlatot is elfogadta.

Ha a kockázati életbiztosításra vonatkozó ajánlattételre a kötelező alpbiztosítás tartamán belül kerül sor, akkor a Kockázati életbiztosítás a módosításra vonatkozó nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő díjesedékes nap naptári napján lép hatályba, feltéve, ha a biztosító az ajánlatot elfogadta. Jelen Kockázati életbiztosítás vonatkozásában a biztosító egészségi és pénzügyi kockázatelbírálást is végez.

5.2. A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE ÉS VÉGE

A biztosító kockázatviselése a Kockázati életbiztosítás hatálybalépésének napján kezdődik, amennyiben a Kockázati életbiztosítás első díját annak esedékeségéig a szerződő megfizeti, ennek hiányában a kockázatviselés kezdete az esedékes díj beérkezését követő nap 0. órája.

A biztosító kockázatviselése a Kockázati életbiztosítás tartama alatt, illetve a kötelező alpbiztosítás bármely okból bekövetkező megszűnésének időpontjáig áll fenn.

Határozott tartamú Kockázati életbiztosítás választása esetén – amennyiben a biztosított aktuális kora a tartam lejáratát követő napon nem haladja meg a 80 évet –, a Kockázati életbiztosítás automatikusan meghosszabbodik és határozatlan tartamúvá válik, amelyről a Biztosító a tartam lejáratát megelőzően legalább 60 nappal értesíti a szerződőt. A biztosítás díja, a határozatlan tartamú díjszábnak megfelelően fizetendő a továbbiakban.

Ebben az esetben is a határozatlan tartamú Kockázati életbiztosítás azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora 81 év.

A Kockázati életbiztosítás tartamának meghosszabbításához nincs szükség ismételt kockázatelbírálásra.

A szerződőnek lehetősége van a biztosítási tartam meghosszabbításának elutasítására, ha 30 nappal a lejáratot megelő-

zően írásban jelzi, hogy nem kívánja a jelen Kockázati életbiztosítást folytatni.

5.3. DÍJFIZETÉS KEZDETE

A díjfizetés kezdete kötelező alpbiztosítással történő együtt-kötés esetén a kötelező alpbiztosítás díjfizetési kezdetével megegyező dátum.

Hozzákötés esetén a díjfizetés kezdete a kötelező alpbiztosítás azon díjfizetési fordulójának dátuma, melyhez a Kockázati életbiztosítás hozzákötését kérték.

5.4. VÁRAKOZÁSI IDŐ

A biztosító várakozási időt nem köt ki.

5.5. A BIZTOSÍTÁSI TARTAM, A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK

A Kockázati életbiztosítás minimális tartama határozatlan tartam választása esetén 1 év, mely automatikusan évenként újabb 1 évre meghosszabbodik, kivéve, ha a szerződő biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal írásban ellenkező értelmű nyilatkozatot nem tesz.

A biztosítás azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora 81 év.

Határozott tartam esetén a minimum választható határozott tartam 10 év.

A Kockázati életbiztosítás biztosítási évfordulója megegyezik a kötelező alpbiztosítás biztosítási évfordulójával.

6. BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

6.1. A kezdeti biztosítási összeget a szerződő választja meg a Kockázati életbiztosítási ajánlat megtételekor. A biztosítási összeg 2 000 000 forinttól 100 000 000 forintig terjedhet 100 000 forintos lépésközzel. A biztosítási összeg minden biztosítási eseményre vonatkozóan megegyező.

6.2. A biztosítási összeg emelésére a hatálybalépést követően 12 hónap után, csökkentésére 36 hónap után van lehetőség. Ezt követően a biztosítási összeg módosítására bármely jövőbeli díjfizetési gyakoriság szerint van lehetőség, abban az esetben, ha a szerződő a változtatási szándékot a díjfizetési gyakoriság szerinti forduló előtt legalább 30 nappal, írásban közli a biztosítóval.

A biztosító biztosítási összeg emelése esetén ismételt kockázatelbírálást végez. A módosított biztosítási összeghez mérten változik a biztosítási díj a biztosító díjtáblázataiban meghatározottak szerint, a kockázatelbírálás eredményének figyelembevételével.

6.3. A Kockázati életbiztosítási összeg emelésére a 6.2. pontban meghatározottaktól eltérően ismételt kockázatelbírálás nélkül abban az esetben van lehetőség a hatályba lépést követően 12 hónap után, ha a biztosítás kockázatviselési kezdete után a biztosítottnak gyermeke születik. A biztosítási összeg ebben az esetben maximum 5 millió Ft-tal emelhető meg, feltéve, hogy az új biztosítási összeg nem haladja meg a 6.1 pontban meghatározott maximális biztosítási összeget. A biztosítási összeg emelésére díjfizetési gyakorisági fordulón van lehetőség, abban az esetben, ha a szerződő a változtatási szándékot, a díjfizetési gyakorisági forduló előtt legalább 30 nappal, írásban közli a biztosítóval. A módosítási kérelem

biztosítóhoz való benyújtására a gyermek születését követő 1 évig van lehetőség. A biztosítási összeg emelésére vonatkozó igény érvényesítéséhez a gyermek születési anyakönyvi kivonatának másolatát is meg kell küldeni a biztosító részére. A módosított biztosítási összeghez mérten változik a biztosítási díj a biztosító díjtáblázataiban meghatározottak szerint.

7. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

7.1. A Kockázati életbiztosítás díja függ a biztosított aktuális korától, egészségi állapotától, dohányzási szokásaitól, valamint a választott biztosítási összegtől és a biztosítás tartamától.

7.1.1. Határozott tartamra kötött Kockázati életbiztosítás esetén a biztosítási díj a teljes tartam alatt változatlan marad, kivételt képez az ÁSZF. 27. pontjaiban leírt díjemelkedés esetek.

7.1.2. Határozatlan tartamra kötött Kockázati életbiztosítás esetén a biztosító minden biztosítási évforduló előtt kiszámolja a következő biztosítási évre érvényes, a biztosított aktuális korának és a biztosítási összegnek megfelelő biztosítás díját, melyről a szerződőt írásban 60 nappal a biztosítási évforduló előtt értesíti.

7.2. DÍJFIZETÉSI GYAKORISÁG MÓDOSÍTÁS

A Kockázati életbiztosítás díjfizetési gyakorisága kizárólag a kötelező alaptbiztosítás díjfizetési gyakoriságának módosításával együtt lehetséges, az Általános szerződési feltétel erre vonatkozó szabályainak figyelembevételével.

8. HITELFEDEZET

A szerződő írásbeli kérésére – amennyiben a szerződő és a biztosított személye megegyezik – a szerződésben meghatározott biztosítási összeg erejéig a biztosító hitelfedezetet nyújthat a biztosított elhalálása esetére. Ha a biztosítás biztosítási összege valamely hitelintézetnél hitelfedezetül szolgál, akkor a biztosító az adott hitelintézet kedvezményezetti jogát a szerződésen köteles feltüntetni.

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

A hitelfedezetként szolgáló életbiztosítás biztosítottjának elhalálása esetén a biztosítási összeg csak az első számú kedvezményezettként jelölt hitelintézet engedélyével kerülhet kifizetésre. A hitelfedezetként szolgáló életbiztosítás tartama alatt a hitelfedezeti kedvezményezett személyének megváltoztatásához, a szerződő módosításhoz, illetőleg a biztosítási összeg csökkenését eredményező szerződés módosításokhoz a hitelintézet hozzájárulása szükséges.

9. A KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁS MEGSZŰNÉSÉNEK ESETEI

A biztosító kockázatviselése véget ér és a Kockázati életbiztosítás megszűnik:

- a kötelező alaptbiztosítás megszűnésével,
- a jelen Kockázati életbiztosítás alapján bármely szolgáltatás teljesítésének időpontjában,
- a rendszeres díjfizetés elmulasztása esetén,

- a szerződő rendes felmondása esetén, a biztosítás évfordulójának hatályával,
- a jelen feltételek 5.2 pontjában leírtak szerint,
- ellehetetlenülés, érdekmúlás esetén,
- a biztosító felmondása esetén, ha a biztosító ráutaló magatartásával jött létre a szerződés és az lényeges kérdésben eltér a jelen szerződési feltételektől,
- a biztosított hozzájárulásának nyilatkozatban történő visszavonása esetén, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő biztosítási évfordulón,
- a biztosító felmondása esetén, ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról és ezek a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik.

10. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

10.1. A biztosítási esemény bejelentésekor az általános szerződési feltételekben megfogalmazottakon túl az alábbi dokumentumokat szükséges a biztosító számára bemutatni:

– kedvezményezett személyazonosító okmány mindkét oldalának és lakcímkártya lakcímet tartalmazó okmány oldalának másolata aláírással ellátva.

ELŐREHOZOTT SZOLGÁLTATÁS

Szívinfarktus esetén:

- szívizomelhalást (szívinfarktust) igazoló orvosi dokumentumok és – kontrollvizsgálat során készült szív UH vizsgálati eredménye.

Rosszindulatú daganatos betegség esetén

- a pozitív (a sejtek rosszindulatú elfajulására és a folyamat invazív vagy áttéti terjedésére utaló) szövettani vagy egyéb vizsgálati leletek,
- egyéb vizsgálati leletek,
- a befejezett aktív kezelést (műtét, sugár-, kemo-, immun- vagy hormonterápia) követően készült kontrollvizsgálat dokumentumai, vagy a betegség kivizsgálásának orvosi dokumentumai.

Agyi érkatasztrófa esetén

- kórházi zárójelentés,
- a stoma kialakítását leíró orvosi dokumentum,
- a heveny agyi keringészavartól a stoma kialakításáig, illetve a keringészavar bekövetkezését követő 30 nap elteltét követő kontrollvizsgálatig keletkezett összes orvosi dokumentum.

A biztosító az aktuális biztosítási összeg alapján teljesítésre kerülő bármely szolgáltatással szemben a kifizetéskor beszámítással élhet az elmaradt díjak és késedelmi kamatok (a továbbiakban: tartozások) erejéig.

11. KIZÁRÁSOK

A kizárások, melyeket az Általános szerződési feltételek tartalmaznak, érvényükben maradéktalanul fennállnak, azzal a kivétellel, hogy az öngyilkosságra vonatkozó kizárást a biztosító a jelen biztosítás megkötése után 2 éven túli eseményekre nem alkalmazza. Amennyiben a biztosítási összeg a szerződés tartama alatt – a biztosító által felkínált értéknövelésen felül – emelésre kerül, öngyilkosság esetén – függetlenül a biztosítási esemény időpont-

jától – kizárólag a biztosítási eseményt megelőző 2 éven belül érvényes, utolsó módosítás előtti biztosítási összeg kerül kifizetésre.

12. A SZERZŐDŐ JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

A szerződő jogaira és kötelezettségeire az Általános szerződési feltételekben megfogalmazottak érvényesek, azzal a kiegészítéssel, hogy a biztosított az ajánlattal egyidejűleg kitöltött egészségi nyilatkozatra adott, valóságnak megfelelő válaszaival tesz eleget a közlési kötelezettségének.

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu



Kritikus betegségek életbiztosítás Különös feltételek

Hatályos: 2025. október 15-től



KRITIKUS BETEGSÉGEK EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK	2
1. Bevezetés	2
2. Biztosított	2
3. Biztosítási események	2
3.2. Betegségek meghatározása	3
4. Biztosítási szolgáltatás	9
5. A kritikus betegségek egészségbiztosítás létrejötte	9
5.1. A szerződés hatálybalépése	10
5.2. A kockázatviselés kezdete és vége	10
5.3. Díjfizetés kezdete	10
5.4. Várakozási idő	10
5.5. A biztosítási tartam, a biztosítási időszak	10
6. Biztosítási összeg	10
7. A biztosítás díja	11
7.2. Díjfizetési gyakoriság módosítás	11
8. A kritikus betegségek egészségbiztosítás megszűnésének esetei	11
9. Biztosítási esemény bejelentése	11
10. Kizárások	13
11. A szerződő jogai és kötelezettségei	13
 A NAPI ÉLETHEZ SZÜKSÉGES AKTIVITÁSOK – MELLÉKLET	14

KRITIKUS BETEGSÉGEK EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. BEVEZETÉS

Jelen 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 az irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. számú melléklete A) részének megfelelő ügyfélértékelésnek minősülnek. Az ügyfélértékelés elemeinek minősülő részek a szövegben dőlt betűkkel olvashatóak.

A biztosító mentesülésének szabályai, a biztosító szolgáltatásának korlátozásáról szóló feltételei, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó egyéb rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlatról lényegesen eltérő feltételek dőlt és vastagított betűkkel szedettek.

Jelen Kritikus betegségek egészségbiztosításra az Általános szerződési feltételek szabályai érvényesek, kivéve a jelen feltételekben részletezett pontok, melyek az Általános szerződési feltételektől eltérnek. Jelen Kritikus betegségek egészségbiztosítás alaptárgyának minősül, mely lehet a szerződésben megjelölt kötelező alaptárgy is az Általános Szerződési Feltételek 3. pontban meghatározottak szerint.

Jelen különös feltételben meghatározott biztosítási szolgáltatásból egy biztosított személynek egy adott időpontban legfeljebb egy érvényes biztosítása lehet.

2. BIZTOSÍTOTT

A Kritikus betegségek egészségbiztosítás biztosítottja kizárólag a TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosításban megnevezett biztosított lehet, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott szabályok figyelembevételével.

A biztosított belépési kora lehet:

Határozatlan tartam	3–65 év
Határozott tartam	3–61 év

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK

3.1. Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül a jelen pontban tételesen meghatározott és a 3.2. pontban definiált, a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül, váratlanul bekövetkezett betegség.

Daganatos megbetegedések

- rosszindulatú daganatos betegség
- jóindulatú agydaganat

Kardiovaszkuláris (szív- és érrendszeri) betegségek

- aortaműtét

- constrictiv pericarditis (súlyos szívburok gyulladás)
- szívbillentyű cseréje, helyreállítása
- szívizominfarktus
- szívkoszorúér-műtét (bypass)
- Myocarditis (szívizomgyulladás)
- Endocarditis (szívbelhártya gyulladás)
- cardiomyopathia (szívizom elfajulás)

Pulmonális (tüdő) betegségek

- elsődleges kisvérkőri hipertónia
- végállapotú tüdőbetegség

Neurológiai (idegrendszeri) betegségek

- agyi érkatasztrófa (stroke)
- súlyos agyvelőgyulladás
- Kullancs által terjesztett vírusos agyhártyagyulladás
- Alzheimer-kór
- bakteriális agyhártyagyulladás
- beszédképesség elvesztése
- epilepszia
- hallás elvesztése
- kóma kialakulása
- látás elvesztése
- motoros neuron betegség (ALS)
- Parkinson-kór
- sclerosis multiplex
- végtagbénulás

Belgyógyászati betegségek

- colitis ulcerosa
- Crohn betegség
- súlyos hepatitis B, C (májgyulladás)
- krónikus veseelégtelenség
- szervátültetés
- végállapotú májbetegség
- Cisztás fibrózis
- bélszakasz eltávolítása

Autoimmun betegségek

- aplasztikus anémia (a vérképző rendszer működésének csökkenése)
- reumatoid arthritisz (sokizületi gyulladás)
- scleroderma progressiva (bőrtünetekkel járó autoimmun kórkép, ami fokozatosan súlyosbodik)
- szisztémás lupus erythematosus nephritisszel

Egyéb súlyos betegségek

- 1-es típusú cukorbetegség
- Autoimmun vasculitis
- Henoch–Schönlein purpura
- Kawasaki-kór

3.2. BETEGSÉGEK MEGHATÁROZÁSA

Jelen Kritikus betegségek egészségbiztosítás feltétel vonatkozásában a 3.1. pontban ismertetett betegségek definíciói a következők:

DAGANATOS MEGBETEGEDÉSEK

Rosszindulatú daganatos betegség:

Biztosítási esemény: bármely olyan rosszindulatú betegség, amelyet a különböző szövettani típusú, szövetbe behatoló rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése jellemez. A diagnózist szövettani vagy citológiai lelettel kell alátámasztani. Nem tekinthető daganatos megbetegedésnek bármely olyan betegség vagy állapot, amelyet az alábbiak egyikeként írnak le vagy minősítenek:

- rosszindulatú betegség;
- nem invazív;
- határ menti rosszindulatú vagy alacsony malignus potenciállal rendelkezik;
- nyaki diszplázia CIN-1, CIN-2 vagy CIN-3.

A biztosítási esemény időpontja: a biztosítási eseményt alátámasztó orvosi dokumentum dátuma.

A biztosító a következő betegségeket nem tekinti biztosítási eseménynek:

- Környezetet nem elárasztó (in situ) daganatok.
- Kizárólag molekuláris vagy biokémiai próbákkal kimutatott rákos sejtek vagy rák genetikai anyagának bizonyítékai (ideértve, de nem kizárólag proteomikus vagy DNS / RNS alapú technikákat), szöveti diagnózisra alkalmas elváltozás nélkül.
- Bármely bazális sejtes karcinóma, nem melanoma bőrrák és melanoma in situ, azaz áttét nélküli melanómák, ha a tumor vastagsága (Breslow-féle osztályozás szerint) 1,5 mm alatt van, vagy a Clark szerinti osztályozás szerint 3 szint alatti.
- A prosztatata rosszindulatú betegségei szövettanilag T1N0M0 (TNM osztályozás) vagy annál alacsonyabbak.
- A pajzsmirigy összes papilláris karcinómája szövettanilag T1N0M0 (TNM besorolás) vagy az alatti.
- A vérből, a csontvelőből vagy a nyirokcsomókból származó összes rosszindulatú betegség, amely nem igényel visszatérő vérátömlesztést, szisztémás kemoterápiát, célzott rákterápiát, csontvelő-transzplantációt, vérképző őssejt-transzplantációt vagy más jelentős beavatkozási kezelést.
- Az összes neuroendokrin daganat (NET) és neoplazma (NEN), amelyet szövettanilag G1, PanNETG1, T1N0M0 (TNM besorolás) vagy alacsonyabb szinten írnak le.
- Az összes gyomor-bél stromális tumor szövettanilag T1N0M0 (TNM osztályozás) vagy mitotikus sebesség <6/50 hpf.

Jóindulatú agydaganat

Biztosítási esemény: a jóindulatú daganatos betegség intenzív kezelést vagy palliatív ellátást eredményez.

Nem rosszindulatú, de életveszélyes daganatot jelent az agyban, mely életfontosságú funkciókat veszélyeztet, agykárosodást okoz, maradandó neurológiai károsodást okoz.

Az ellátás folyósításának feltétele, hogy az alábbi feltételek mindegyike teljesüljön:

- daganat létét mágneses rezonancia képalkotással (MRI), számítógépes tomográfiával (CT) vagy hasonló megfelelő képalkotó technikával kell bizonyítani.
- A daganat súlyos következményei, például koponyaűri nyomás, az epilepsziás rohamok első előfordulása vagy motoros vagy érzékszervi károsodás objektíven igazolható.
- A daganat
 - miatt műtétet végeznek, hogy a lehető legteljesebben eltávolítsák vagy csökkentse a méretét, vagy
 - kemoterápia vagy sugárterápia formájában kerül kezelésre, vagy
 - olyan szakaszba érkezett, amelyben csak a palliatív ellátás lehetséges.

A ciszták, a meszesedések, a granulomák, az agy artériáinak vagy vénáinak, vagy haematomáknak a rendelkezései nem tartoznak ide.

A biztosítási esemény időpontja: a diagnózist megállapító diagnosztikai eljárás időpontja.

KARDIOVASZKULÁRIS BETEGSÉGEK

Aortaműtét

Biztosítási esemény: nyitott hasban vagy mellkasban végzett nagyműtét, az aorta szűkületének, elzáródásának, az aorta aneurizma (verőértágulat) vagy az aorta dissectio (az aortafal belső rétegének berepedése, ami az aorta egész hosszában végigszaladhat) megszüntetése céljából. A jelen megfogalmazásban az aorta megfogalmazás a hasi és a mellkasi aortát jelenti, az oldalágak nélkül.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

A biztosítás nem terjed ki az endoszkópos vagy katéteres eljárásokra, valamint a nem nagy sebészeti megoldásokra. Az endovaszkuláris helyreállítás nem minősül biztosítási eseménynek (pl.: sztentek).

Constrictiv pericarditis

Constrictiv pericarditis (súlyos szívburok gyulladás): akkor minősül biztosítási eseménynek, ha kezelése érdekében nyitott mellkasi szívburokműtétet végeztek. A diagnózist kardiológus szakorvosnak kell megfelelő diagnosztikával (pl. szívkatéterezés) igazolnia.

Biztosítási esemény időpontja: a műtét időpontja.

Szívbillentyű cseréje/helyreállítása:

Biztosítási esemény: a szívbillentyű rendellenességei miatt a mellkas megnyitásával járó (Torakotómiával) extracorporalis („szívmotor”) keringésfenntartás mellett végzett szívműtét, melynek során legalább egy billentyű plasztika és/vagy billentyűcsere, pótlás történik, és ezt követően a biztosított a műtétet követő 30. napon túl is kardiológiai ellenőrzés alatt áll. Biztosítási esemény időpontja: a műtét időpontja.

Szívizominfarktus:

Biztosítási esemény: koszorúerek elzáródása miatt létrejött szívizom elhalás, amely korlátozott területen áll fenn, és a következő tünetek mindegyike alátámaszt:

- az akut szívinfarktus tipikus tünetei;
- a szívinfarktusra utaló új, jellegzetes elektrokardiogram (EKG) változások;
- a szív troponin T vagy I vagy a szívenzimek, köztük a CKMB átmeneti növekedése a szívinfarktus általánosan elfogadott laboratóriumi referenciaszintje fölé;
- a bal kamrai ejekciós frakció 50% alatti maradandó csökkenésének igazolása a szívinfarktus miatt, mely csökkenés igazolhatóan fennáll egy hónappal a biztosítási esemény bekövetkezése után is.

A fenti meghatározás szempontjából a következők nem minősülnek biztosítási eseménynek:

- minden olyan esemény, amelyet nem kardiológus alapít meg vagy a szakorvos nem erősítette meg szívinfarktusnak;
- nem határozható meg a szívinfarktus időpontja;
- a szív biomarkereinek emelkedése, amelyet közvetlenül az intraarteriális szívművelet okoz, beleértve, de nem kizárólag, a koszorúér-angiográfiát és a koszorúér-angioplasztikát.

Biztosítási esemény időpontja: a biztosítási eseményt leíró és azt vizsgálati eredményekkel alátámasztó kontrollvizsgálat időpontja.

Szívkoszorúér-műtét (bypass)

Biztosítási esemény: az a nyitott mellkasi beavatkozás, amelynek célja egy vagy több szívkoszorúér-szűkületének vagy elzáródásának a megszüntetése, a beteg érszakasz eltávolítása, és annak pótlása bypass beültetéssel. A jelentős szívkoszorúér-szűkületet angiográfiás (koszorúérfestés) vizsgálatnak kell igazolnia, a műtét orvosi szükségességét pedig kardiológus szakorvos véleményének kell alátámasztania.

Nem minősül biztosítási eseménynek az angioplasztika és minden más éren belüli, lézeres eljárással vagy katéteres technikával végzett beavatkozás.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

Myocarditis (szívizomgyulladás)

Biztosítási esemény: olyan, a biztosított életében szerzett, súlyos lefolyású szívizomgyulladás (myocarditis), amely igazoltan tartós szívizom-károsodást, szívpumpafunkció-csökkenést vagy életet veszélyeztető állapotot okoz.

A biztosítási esemény akkor áll fenn, ha a betegséget kardiológus szakorvos állapítja meg, és az legalább az alábbi diagnosztikai kritériumok egyikével igazolt:

- Echokardiográfia vagy szív-MRI vizsgálattal dokumentált strukturális vagy funkcionális eltérés
- Laboratóriumi vizsgálattal (troponin, BNP/NT-proBNP) igazolt szívizomkárosodás, és klinikai tünetek (pl. mellkasi fájdalom, nehézlégzés, ritmuszavar) fennállása

Biztosítási esemény időpontja: a diagnózis orvosilag első alkalommal történő igazolásának időpontja, a fenti kritériumok teljesülése mellett.

Nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Veleszületett szívfejlődési rendellenességből eredő kórkép**
- **Enyhe, maradványtünet nélküli lefolyás**
- **Kizárólag laboratóriumi eltérés, klinikai tünetek nélkül**
- **Alkohol-, kábítószer- vagy mérgezés okozta reverzibilis szívizom-károsodás**

Endocarditis (szívbelhártya-gyulladás)

Biztosítási esemény: olyan, a biztosított életében szerzett, súlyos lefolyású szívbelhártya-gyulladás (endocarditis), amely igazoltan tartós szívbíllentyű-károsodást, szívpumpafunkció-csökkenést vagy életet veszélyeztető állapotot okoz.

A biztosítási esemény akkor áll fenn, ha a betegséget kardiológus szakorvos állapítja meg, és az legalább az alábbi diagnosztikai kritériumok egyikével igazolt:

- Echokardiográfiával dokumentált vegetáció, bíllentyűkárosodás vagy egyéb strukturális eltérés
- Pozitív vértenyésztés és klinikai tünetek (pl. láz, szívdörej, embóliás szövődmények) fennállása

Biztosítási esemény időpontja: a diagnózis orvosilag első alkalommal történő igazolásának időpontja, a fenti kritériumok teljesülése mellett.

Nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Veleszületett szívfejlődési rendellenességből eredő kórkép**
- **Enyhe, maradványtünet nélküli lefolyás**
- **Kizárólag laboratóriumi eltérés, klinikai tünetek nélkül**
- **Alkohol-, kábítószer- vagy mérgezés okozta reverzibilis szívkárosodás**

Cardiomyopathia (szívizom elfajulás)

Biztosítási esemény: az a szívizom megbetegedés, melynek során a szív teljesítménye (EF) legalább 6 hónapon keresztül, kezelés mellett, folyamatosan a 20%-ot nem haladja meg.

A biztosító kizárja a kockázatviseléséből azokat a másodlagos szívkárosodásokat, melyek oka a magas vérnyomás, a szívkoszorúér-betegség, a szívbíllentyű rendellenesség, a kábítószer, valamint az alkoholfogyasztás.

Biztosítási esemény időpontja: a betegség diagnosztizálásának időpontja.

PULMONÁLIS BETEGSÉGEK

Elsődleges kisvérköri hipertónia

Biztosítási esemény: az elsődleges pulmonális hipertónia diagnózisának legalább három, egyidejűleg fennálló tünetet kell tartalmaznia az alábbiakban felsorolt négy közül. A diagnózist szakorvos által alátámasztott vizsgálati eredményeknek kell megállapítania, ebbe beleértve a szívkatéteres vizsgálatot is:

- szívultrahang jobb kamra tágulatot mutat ($d > 30$ mm);
- az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;
- nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;

- az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat ($RV1 + SV5 > 1.05 \text{ mV}$). A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

Végállapotú tüdőbetegség

Biztosítási esemény: Krónikus légzési elégtelenség.

A biztosító szolgáltatásának feltétele, az alábbi két kórkép leg-
alább három hónapig tartó fennállása:

- a biztosított legalább napi 15 órán át kiegészítő oxigénterápiát kap, és
- a biztosított részleges oxigénnyomása kevesebb, mint 55 Hgmm, amelyet tüdőgyógyász szakorvos igazolt.

Biztosítási esemény időpontja: a fenti tünetek 3 hónapos fennállását igazoló orvosi dokumentum kiállításának dátuma.

NEUROLÓGIAI BETEGSÉGEK

Agyi érkatasztrófa (stroke):

Biztosítási esemény: az agy vagy a gerincvelő szövetének korlátozott területén bekövetkező elhalása, amelyet akut, nem traumatikus vérzés vagy iszkémia okoz a koponyában vagy a gerincben, és ez súlyos, maradandó és irreverzibilis neurológiai rendellenességet eredményez.

A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az alábbi feltételek mindegyike teljesüljön:

- a diagnózist olyan képalkotó technikával kell alátámasztani (pl. computer tomográfia (CT), mágneses rezonancia képalkotás (MRI)), amely bizonyítja az új neurológiai diszfunkció és a koponyán vagy a gerincen belül újonnan érintett terület közötti kapcsolatot.
- a tartós és irreverzibilis neurológiai diszfunkció értékelése legkorábban 3 hónappal a stroke bekövetkezése után történhet. A neurológiai diszfunkció az alábbiakat jelenti:
 - a függetlenség teljes elvesztését jelenti a mindennapi élet hat tevékenységének legalább egyikében, akár segédeszközök használatával is,
 - a beteg képtelen kommunikálni a környezettel verbális beszéd formájában,
 - a napi élethez szükséges aktivitásokra vonatkozó melléklet alapján készült teszten 15-nél magasabb pontszám elérése.

A fenti meghatározás szempontjából nem minősülnek biztosítási eseménynek az alábbiak:

- **transziens iszkémiás roham (TIA)**
- **nem meghatározható időpontban bekövetkezett stroke**
- **stroke megállapítása csak biomarkerek alapján**
- **kizárólag a szaglás vagy a vestibularis funkciót vagy a szemet érintő stroke.**

Biztosítási esemény időpontja: a biztosítási eseményhez vezető heveny agyi keringészavar bekövetkezésének orvosi dokumentumban rögzített dátuma.

Súlyos agyvelőgyulladás

Biztosítási esemény: olyan akut agyvelőgyulladás, amelyet baktériumok vagy vírusok okoznak.

A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az alábbi tényezők mindegyike teljesüljön:

- a betegségnek neurológiai problémát kell eredményeznie, ami a biztosított maradandó és visszafordíthatatlan állapotromlását eredményezi,
- a biztosított képtelen járni úgy, hogy 200 métert sík felületen segédeszközök használata nélkül megtegyen vagy
- képtelen önállóan étkezni miután az ételt elkészítették és rendelkezésére bocsátották, vagy
- képtelen verbális beszéd formájában kommunikálni a környezettel vagy
- a napi élethez szükséges aktivitásokra vonatkozó melléklet alapján készült teszten 15-nél magasabb pontszám elérése, A neurológiai diszfunkció diagnózisát neurológus szakvéleménynek kell igazolnia, és azt a fertőzés után legkorábban három hónappal ismételt fel kell mérni.

A biztosítási esemény időpontja a kórokozó laboratóriumi vizsgálattal történő azonosításának időpontja.

Nem minősül biztosítási eseménynek a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyvelőgyulladás.

Kullancs által terjesztett vírusos agyhártyagyulladás

Biztosítási esemény: olyan, kullancscsípés következtében kialakuló, laboratóriumiilag igazolt vírusos agyhártyagyulladás (tick-borne encephalitis), amely kórházi kezelést igényel, és maradandó idegrendszeri károsodást vagy életet veszélyeztető állapotot okoz.

A diagnózist neurológus vagy infektológus szakorvos állapítja meg, agyvíz (liquor) vizsgálattal, PCR teszttel és/vagy szerológiai vizsgálattal igazolva.

Biztosítási esemény időpontja: a diagnózis orvosilag első alkalommal történő igazolásának időpontja, a fenti kritériumok teljesülése mellett.

Nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Enyhe, maradványtünet nélkül gyógyuló esetek**
- **Bakteriális vagy gombás eredetű agyhártyagyulladás**
- **Olyan megbetegedés, amely védőoltással megelőzhető lett volna, feltéve, hogy a biztosított az oltásra jogosult volt és az oltás elérhető volt**

Alzheimer-kór

Az Alzheimer-kór az agy progresszív degeneratív betegsége, amelyet az egész agykéreg diffúz atrófiája jellemez, jellegzetes hisztopatológiai változásokkal.

Biztosítási esemény: az alábbi feltételek együttes teljesülése kell, amelynek oka az Alzheimer-kór:

- az agy működésének maradandó, visszafordíthatatlan állapota;
- a standardizált teszteknek igazolniuk kell az Alzheimer-kór okozta jelentős kognitív károsodást;
- a biztosítottnak folyamatos felügyelet alatt kell állnia annak megakadályozására, hogy a biztosított másokat vagy önmagát ne károsítsa.

A bipoláris rendellenességeket nem tekintjük biztosítási eseménynek.

A biztosítási esemény időpontja: az Alzheimer-kór szakorvos általi diagnosztizálásának időpontja.

Bakteriális agyhártyagyulladás

Az agyat vagy a gerincvelőt borító hártyák baktériumok által okozott gyulladását jelenti.

A betegség által a biztosítottnak okozott 6 hete folyamatosan fennálló neurológiai károsodások:

- a biztosított nem képes 200 métert sík felületen megtenni segédeszközök nélkül, vagy
- a biztosított nem képes önállóan táplálkozni, vagy
- a biztosított nem képes verbálisan kommunikálni a környezetével, vagy
- a napi élethez szükséges aktivitásokra vonatkozó melléklet alapján készült teszten 15-nél magasabb pontszám elérése.

A diagnózist igazolt neurológusnak kell megerősítenie.

A biztosítási esemény időpontja a kórokozó laboratóriumi vizsgálattal történő azonosításának időpontja.

Beszédképesség elvesztése

Biztosítási esemény: betegség következtében a beszéd maradandó és visszafordíthatatlan elvesztése, azaz a kommunikációhoz szükséges hangterelő és a beszéd-artikuláció hiánya miatt értelmes szavak kiejtése nem megoldható. A beszéd-készség elvesztését tizenkét hónapos folyamatos időtartamra kell igazolni. **Nem minősül biztosítási eseménynek, ha általános orvosi vélemény szerint egy eszköz, implantátum, kezelés vagy bármilyen más segédeszköz a beszéd részleges vagy teljes helyreállítását eredményezheti.**

Nem minősül biztosítási eseménynek a pszichiátriai ok miatt kialakult beszéd-készség elvesztése.

Biztosítási esemény időpontja: a tünetek megjelenésének bizonyított időpontja a tizenkét hónap fennállásának megerősítésével.

Epilepszia

Biztosítási esemény: az olyan mértékű súlyos epilepszia – amely egy neurológiai rendellenesség – melyet az agy visszatérő rohamai okoznak. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az alábbi feltételek mindegyike egy időben teljesüljön:

- A biztosított aktív, gyógyszeres kezelésre nem reagáló epilepsziában szenved, annak ellenére, hogy betartja az előírt terápiát. A gyógyszerrezisztencia (gyógyszeres kezelésre nem reagál) azt jelenti, hogy műtéti beavatkozásra van szükség.
- Az epilepszia tartós agykárosodást eredményezett, vagy súlyossága életveszélyes.

A diagnózist neurológus szakorvosnak kell igazolnia, ha a rohamok az igazolt és megfelelőnek tartott kezelés ellenére több mint 1 éve tartanak és képalkotó diagnosztikával (EEG, MRI vagy egyéb) kell alátámasztania.

Nem biztosítási esemény a mély agyi stimuláció.

A biztosítási esemény dátuma: az első diagnózis időpontja.

Azon biztosítottak részére, akiknek az aktuális kora 3-15 éves kor között van, nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek és erről a törvényes képviselő

bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:

- traumás agysérülések,
- agyműtétek,
- agydaganat,
- szülés alatti hypoxia,
- encephalitis.

Hallás elvesztése

Biztosítási esemény: betegség következtében mindkét fülön a 90 decibel alatti összes akusztikus inger hallásának tartós (legalább 6 hónapon keresztül fennálló) és visszafordíthatatlan elvesztését jelenti az összes frekvencián (halláscsökkenés).

A diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell megerősítenie.

Nem minősül biztosítási eseménynek, ha a szakorvosi orvosi vélemény alapján egy eszköz, implantátum, kezelés vagy bármilyen más segédeszköz javíthatja a hallás képességét, így 90 decibel alatti akusztikus ingerek is kiválthatóak.

Biztosítási esemény időpontja: a hallás mindkét fülön történő elvesztését megállapító, a biztosított állapotát véglegesnek tekintő, audiogrammos vizsgálati eredményt is rögzítő fül-, orr-gégészeti szakorvosi vizsgálati dokumentum dátuma.

Kóma kialakulása

Biztosítási esemény: olyan eszméletlen állapot, amikor a biztosított nem reagál a külső vagy belső ingerekre, legalább 96 órán keresztül folyamatosan fennmarad és életfenntartó rendszerek használatát igényli (a légzést intubációval és mechanikus lélegeztetéssel lehet csak fenntartani).

A mesterséges kóma orvosi indikációját szakorvosnak kell megerősítenie.

A biztosító szolgáltatási kötelezettsége abban az esetben áll be, ha a kóma életmentő rendszerek alkalmazása mellett legalább két hónapig fennáll.

A biztosítási esemény időpontja a kóma első megállapításától számított 5. nap.

Látás elvesztése

Biztosítási esemény: legalább 6 hónapja fennállóan, korrekcióval sem javítható módon oly mértékben megromlott, hogy a látótér kiesés miatt a megmaradt látótér egyik szemén sem éri el a 10%-ot, és/vagy a látásélesség-romlás következtében mindkét szem csak kézmozgást észlel, vagy a látótérkiesés és a látásélesség-romlás együttes következtében is a látásélesség csökkenés (LÉCS) 100%.

A biztosítási esemény időpontja: a biztosítási eseményt alátámasztó, és állapotát véglegesnek leíró szemészeti szakorvosi vizsgálati dokumentum dátuma.

A biztosítás nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.

Motoros neuron betegség (ALS)

Olyan betegségcsoportot jelent, amelyet az idegsejtek progresszív degenerációja jellemez az izommozgásokban. A motoros idegsejtek betegségei közé tartozik a gerinc izom atrófiája, a progresszív bulbar bénulás, az amiotróf laterális szklerózis,

a pseudobulbar bénulás és az elsődleges laterális szklerózis.
Biztosítási esemény: Az említett motoros idegsejtek bármelyikének neurológiai hiányt kell eredményeznie, ami a biztosítottnál az alábbi maradandó és visszafordíthatatlan károsodásokat okozza

- a biztosított nem képes 200 métert sík felületen megtenni segédeszközök nélkül vagy
- a biztosított nem képes önállóan táplálkozni

A diagnózist ideggyógyász szakorvosnak kell igazolnia. Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított idegrendszeri eredetű károsodásának fennállása szükséges a diagnózis felállításához.

Nem biztosítási esemény, ha a tünetek vagy az állapot először jelentkezik.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

Parkinson-kór

A központi idegrendszer lassan kialakuló, progresszív degeneratív betegségét jelenti, az idegsejtek degenerációjával az agy egy régiójában, ami az agy egyes részein a dopaminszint csökkenését okozza.

Biztosítási esemény: az a súlyossági fokú progresszív neurológiai megbetegedés, amelyet nem akaratlagos mozgások jellemeznek, melyek remegésben, izomfeszülésben, mozgások meglassulásában, egyensúlyzavarban nyilvánulnak meg.

Nem minősül biztosítási eseménynek a Parkinson szindrómaként megjelölt betegség (pl. gyógyszerek, toxikus ártalmak vagy arterioszklerózis által okozott).

A szolgáltatás abban az esetben fizethető, ha az alábbi feltételek egyidejűleg teljesülnek:

- a betegség a progresszió jeleit mutatja,
- a betegségnek neurológiai diszfunkciót kell eredményeznie, ami azt jelenti, hogy a biztosított nem képes állandóan és visszafordíthatatlanul a mindennapi 6 alaptevékenységből legalább egy tevékenység elvégzésére (napi élethez szükséges aktivitásokra vonatkozó melléklet alapján).

Az idiopátiás Parkinson-kór diagnózisát neurológus szakorvosnak kell megerősítenie. Biztosítási esemény időpontja: a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

Sclerosis multiplex

Biztosítási esemény: A központi idegrendszer olyan krónikus gyulladásos betegsége, amely esetében az agyban vagy a gerincvelőben legalább egy demielinizációs folt található, amelyet neuroképalkotással, például CT-vel, MRI-vel vagy hasonló megfelelő képalkotó eszközzel igazoltak.

A szklerózis multiplex tartós és irreverzibilis neurológiai károsodást eredményez, amelyet a kibővített fogyatékosági állapot skála alapján értékelnek elsősorban a járóképesség megítélésével 1-10 pontszámmal.

A sclerosis multiplex diagnózisát neurológus szakorvosnak kell megerősítenie.

Biztosítási esemény időpontja: A neurológus által felállított diagnózis időpontja.

Végtagbénulás

Biztosítási esemény: betegség következtében két vagy több végtag működőképességének teljes (100%-os) és végleges elvesztése, amennyiben sem akaratlagos, sem akaratától független mozgás nem észlelhető. A bénulásnak egyértelmű idegrendszeri okának kell lennie. Az ideggyógyász szakorvosnak írásban megadott diagnózisa alapján a bénulásnak idegrendszeri oka van, a bénulás legalább 3 hónapja tart, végleges, javulásra nincs esély. A jelen feltételek vonatkozásában végtagnak minősül:

- a) A teljes alsó végtag, mely magába foglalja a csípő-, térd-, boka- és lábízületeket.
- b) A teljes felső végtag, mely magába foglalja a váll-, könyök-, csukló- és kézizületeket.

A jelen biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra, részleges bénulásra, vírusfertőzés utáni vagy oltási szövődeményként jelentkező átmeneti bénulásra, vagy pszichés okok miatti bénulásra.

A biztosítási esemény időpontja a bénulás első diagnosztizálásától számított harmadik hónap utolsó napja.

A biztosítás nem terjed azon esetekre, ahol az oltási rend alapján meghatározott kötelező gyermekbénulás elleni védőoltásokat a biztosított nem kapta meg.

Azon biztosítottak részére, akiknek az aktuális kora 3-15 éves kor között van, nem jár a szolgáltatás abban az esetben, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követő 2 éven belül jelentkező olyan diagnózisból ered, amely az alább felsorolt kórállapotokkal, illetőleg tünetekkel összefügg, és amelyek a szerződés megkötése előtt már jelentkeztek és erről a törvényes képviselő bizonyíthatóan tudomással bírt, vagy tudomással kellett volna bírnia:

- szklerózis multiplex,
- egyéb agyi vagy gerincvelőt érintő megbetegedés,
- egyéb idegrendszeri betegség,
- pszichológiai kórállapotok (pseudoparalysis).

BELGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK

Colitis ulcerosa

A vastagbél krónikus, időszakos gyulladásos betegségét jelenti, amely életveszélyes véres hasmenést, a vastagbél elzáródását vagy perforációját eredményezheti.

Biztosítási esemény: ha a betegség kezelésének részeként a vastagbél teljes eltávolítását vagy mesterséges bélkivezetést hoztak létre, valamint a betegség diagnosztizálását hisztopatológiai eredmények támasztják alá.

Biztosítási esemény időpontja: a műtét időpontja.

Crohn-betegség – meghatározott súlyosságú

Olyan szisztémás betegség, amely főleg a gyomor-bél traktusban jelentkezik, és visszatérő és tartós hasmenést okoz, gyakran vérrel és nyálkával.

Biztosítási eseménynek minősül amennyiben a következő feltételek mindegyike együttesen teljesül:

- a. A betegség bélfisztulák kialakulásához vezetett.

- b. A betegség a vékonybél elzáródásához, bélperforációjához, mesterséges bélkivezetéshez vagy másodlagos amiloidózishoz vezetett.
- c. A diagnózist szövettani leletek támasztják alá.
Biztosítási esemény időpontja: a diagnózist alátámasztó szövettani lelet vagy a műtét időpontja.

Súlyos hepatitis B, C májgyulladás

Biztosítási esemény: a máj nekrozisa, amelyet a hepatitis vírus fertőzése okoz. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az alábbi feltételek együttesen teljesüljenek:

- Enkefalopátia és sárgaság van jelen.
- A szérumalbumin értéke kisebb vagy egyenlő, mint 3,5 g / dl (35 g / liter).
- Az INR (International Normalized Ratio) nagyobb, mint 2,2.
- A diagnózist szerológiai teszt igazolja.

A kábítószer használata vagy az alkoholizmus okozta májelégtelenség nem minősül biztosítási eseménynek. A biztosítási esemény dátuma: az első diagnózis időpontja.

Azon biztosítottak esetén, akiknek az aktuális kora 3-15 éves kor között van, a szolgáltatás feltétele, hogy a szakorvos által rögzített diagnózis tartalmazza a következő kritériumokat: a májenzimek adott életkori normálértékekhez viszonyított min. 4-szeres emelkedése (GPT, GOT), mely emelkedett értékeknek a kezelést követően is legalább 3 hónapon keresztül fenn kell állniuk és a vírus jelenléte még 6 hónappal az interferon-kezelés befejezése után is igazolható.

Krónikus veseelégtelenség

Mindkét vese krónikus, irreverzibilis működésképtelenségét jelenti, amelynek eredményeként rendszeres vesedialízis szükséges vagy vesetranszplantációt hajtanak végre. A diagnózist nephrológus szakorvosnak kell diagnosztizálnia.

Biztosítási esemény időpontja: a dialízis kezelés első napja.

Szervátültetés

A vese, a tüdő, a szív, a hasnyálmirigy vagy a máj legalább egy egész lebenyének emberről emberre történő átültetését jelenti a donorból a biztosítottba.

Az autológ transzplantáció és a fentiektől eltérő bármely szerv, a szervrészek (a máj lebeny kivételével), szövetek vagy sejtek átültetése nem minősül biztosítási eseménynek. Biztosítási esemény időpontja: a műtét időpontja.

Végállapotú májbetegség

A májfunkció maradandó és visszafordíthatatlan elvesztését jelenti.

A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az alábbi feltételek mindegyike teljesüljön:

- ascites jelenléte,
- a szérumalbumin értéke kisebb vagy egyenlő, mint 3,5 g / dl (35 g / liter),
- az INR (International Normalized Ratio) nagyobb, mint 2,2.

Kábítószer használata vagy az alkoholizmus okozta májelégtelenség nem minősül biztosítási eseménynek.

A biztosítási esemény dátuma: az első diagnózis időpontja.

Cisztás fibrózis (Cystic fibrosis)

Biztosítási esemény: Genetikailag igazolt, krónikus, progresszív, több szervrendszert érintő betegség, amely súlyos légzőszervi és/vagy emésztőrendszeri funkcióromlást okoz.

A diagnózist genetikai vizsgálattal és/vagy verejték-klorid teszttel kell igazolni. A biztosító szolgáltatása abban az esetben áll be, ha a verejtékteszt alapján a verejték-klorid koncentráció a 60 mmol/l értéket meghaladja.

Biztosítási esemény időpontja: a diagnózis orvosilag első alkalommal történő igazolásának időpontja, a fenti kritériumok teljesülése mellett.

Nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Enyhe, tünetmentes génhordozói állapot**
- **Kizárólag genetikai eltérés, klinikai tünetek nélkül**
- **Egyéb okból kialakuló légzőszervi vagy emésztőszervi zavar, amely nem cisztás fibrózis következménye**

Bélszakasz eltávolítása

Biztosítási esemény: A vékonybél, a vastagbél vagy a végbél részleges vagy teljes reszekciója állandó kolosztómiával.

Biztosítási esemény időpontja: a műtét időpontja.

AUTOIMMUN BETEGSÉGEK

Aplasztikus anémia (a vérképző rendszer működésének csökkenése)

Biztosítási esemény: Az anémiát, neutropeniát és thrombocytopeniát eredményező krónikus és tartós csontvelőelégtelenség.

A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az alábbi feltételek együttesen teljesüljenek:

- a diagnózis csontvelő punkcióval vagy biopsziával van alátámasztva,
- a perifériás vérvizsgálatnak meg kell felelnie az alábbi három kritériumból legalább kettőnek:
 - a neutrofil szám kevesebb, mint 1,109 / liter,
 - a retikulocitaszám kevesebb, mint az eritrociták 1% -a,
 - a vérlemezkeszám kevesebb, mint 50 · 109 / liter.

A terápia következtében fellépő aplasztikus vérszegénység (pl. NSAR, arany-, sugár- vagy kemoterápia) nem minősül biztosítási eseménynek.

Rheumatoid Arthritis (sokizületi gyulladás)

Krónikus gyulladásos szisztémás betegséget jelent, amely főleg az ízületeket érinti.

Biztosítási esemény: az alábbi feltételek együttes teljesülése:

- a biztosított tartósan és visszafordíthatatlanul nem képes a mindennapi élet alaptervékenységei közül legalább kettőt elvégezni (napi élethez szükséges aktivitásokra vonatkozó melléklet alapján),
- a biztosított legalább három hónapig optimális kezelést kapott betegségmódosító gyógyszerekkel (beleértve a biológiai anyagokat is),
- a diagnózist reumatológus szakorvosnak kell igazolnia. Biztosítási esemény időpontja: a diagnózis felállító reumatológus szakorvosi lelet dátuma.

Scleroderma progressziva (bőrtünetekkel járó autoimmun kórkép, ami fokozatosan súlyosbodik)

Biztosítási esemény: A szisztémás szkleroderma a test kötőszöveteinek megbetegedése, amely a bőr, az erek és a zsigerek elváltozását okozza.

A diagnózist reumatológus vagy immunológus szakorvosnak kell megállapítania, írásos orvosi szakvéleményben. A diagnózis kritériumai, hogy a betegség biopsziával és szerológiai vizsgálattal kell, hogy megállapításra kerüljön, valamint, hogy a betegség más szerveket is érintsen, beleértve a szívet, vesét és a tüdőt.

A következő diagnózisok nem minősülnek biztosítási eseménynek:

- **lokalizált szkleroderma,**
- **eozinofil faciitis,**
- **CREST szindróma.**

A biztosítási esemény dátuma: az első diagnózis dátuma.

Szisztémás lupus erythematosus nephritisszel

Biztosítási esemény: a vesék olyan gyulladása, amely a szisztémás lupus erythematosus következtében következik be.

A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az alábbi feltételek együttesen teljesüljenek:

- a betegség megfelel az ISN / RPS osztályozás (International Society of Nephrology / Renal Pathology Society, 2017-től) legalább III. Osztályának,
- a becsült glomeruláris szűrési sebesség (eGFR) kevesebb, mint 60 ml / perc,
- a diagnózist nephrológus szakorvosnak kell megerősítenie. Biztosítási esemény időpontja: a nephrológus diagnózis időpontja.

EGYÉB SÚLYOS BETEGSÉGEK

Autoimmun vasculitis

Biztosítási esemény: olyan, autoimmun eredetű érrendszeri gyulladással járó betegség, amely kórházi kezelést igényel és szervkárosodást okoz.

A diagnózist reumatológus vagy immunológus szakorvos állapítja meg, szövettani vizsgálattal és/vagy immunológiai laborvizsgálattal igazolva.

Biztosítási esemény időpontja: a diagnózis orvosilag első alkalommal történő igazolásának időpontja, a fenti kritériumok teljesülése mellett.

Nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Enyhe, önmagától vagy rövid idejű kezeléssel marandó károsodás nélkül gyógyuló esetek**
- **Fertőzés okozta vasculitis**
- **Kizárólag bőrtünetekkel járó forma szervi érintettség nélkül**

Henoch–Schönlein purpura

Biztosítási esemény: olyan, immunmediált kísér-gyulladás, amely bőrkütiéssel, ízületi fájdalommal és/vagy veseszövődménnyel jár, és marandó szervkárosodást okoz.

A diagnózist szövettani vizsgálattal és laboratóriumi eredményekkel kell igazolni.

Biztosítási esemény időpontja: a diagnózis orvosilag első alkalommal történő igazolásának időpontja, a fenti kritériumok teljesülése mellett.

Nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Kizárólag bőrtünetekkel járó enyhe forma**
- **Marandó szervkárosodást nem okozó lefolyás**
- **Fertőzéshez vagy gyógyszerreakcióhoz köthető átmeneti purpura**

Kawasaki-kór

Biztosítási esemény: olyan, főként gyermekkorban előforduló, akut, lázas, szisztémás érgyulladás, amely koronária-érintettséget vagy marandó szívkárosodást okoz.

A diagnózist gyermekgyógyász vagy kardiológus állapítja meg a nemzetközi diagnosztikai kritériumok alapján.

Biztosítási esemény időpontja: a diagnózis orvosilag első alkalommal történő igazolásának időpontja, a fenti kritériumok teljesülése mellett.

Nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Enyhe, marandó szív- vagy érkárosodást nem okozó eset**
- **Egyéb fertőzés vagy autoimmun betegség következményeként kialakuló tünetegyüttes**

1-es típusú cukorbetegség (Type 1 diabetes mellitus)

Biztosítási esemény: olyan, autoimmun eredetű, inzulinhiánnyal járó cukorbetegség, amely tartós, legalább 3 hónapja fennálló rendszeres inzulinkezelést igényel.

A diagnózist diabetológus szakorvos állapítja meg, laboratóriumi vizsgálattal (vércukor, HbA1c) és autoantitest-pozitivitással igazolásával.

Biztosítási esemény időpontja: a diagnózis orvosilag első alkalommal történő igazolásának időpontja, a fenti kritériumok teljesülése mellett.

Nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Átmeneti, stressz vagy fertőzés okozta vércukor-emelkedés**
- **2-es típusú cukorbetegség vagy másodlagos cukorbetegség**
- **Terhességi cukorbetegség**

4. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

4.1. A biztosító a 3.1. pontban leírt biztosítási események valamelyikének bekövetkezése esetén, a biztosítás esemény napján érvényes biztosítási összeget fizeti ki a biztosított részére és ezzel a Kritikus betegségek egészségbiztosítás megszűnik.

4.2. A biztosító a 3.2 pontban részletesen ismertetett események bekövetkezése esetén, az elsőként bejelentett eseményre nyújt egyszeri szolgáltatást, még abban az esetben is, ha egyidejűleg több biztosítási esemény is bekövetkezik.

5. A KRITIKUS BETEGSÉGEK

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS LÉTREJÖTTE

A Kritikus betegségek egészségbiztosítás a jelen szerződési feltételek szerződő általi megismerését követően, a szerződő Kritikus betegségek egészségbiztosításra vonatkozó ajánlatá-

nak vagy módosítási nyilatkozatának a biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.

Kritikus betegségek egészségbiztosítási ajánlatot a szerződő kétféle időpontban tehet:

- A kötelező alapbiztosítás ajánlattételével egy időben
- A kötelező alapbiztosítás tartamán belül, kizárólag a kötelező alapbiztosítás első biztosítási évfordulójától, díjfizetési gyakoriságának megfelelően, a gyakorisági forduló előtti naptári hónapban.

Az ajánlat elfogadásának szabályai mindkét esetben megegyeznek az Általános szerződési feltételekben leírtakkal.

5.1. A SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE

Ha a Kritikus betegségek egészségbiztosításra vonatkozó ajánlattétel az kötelező alapbiztosításra vonatkozó ajánlattétel egyidejűleg történik, akkor a Kritikus betegségek egészségbiztosítás az kötelező alapbiztosítással egyidejűleg lép hatályba, feltéve, ha a biztosító a Kritikus betegségek egészségbiztosításra vonatkozó ajánlatot is elfogadta.

Ha a Kritikus betegségek egészségbiztosításra vonatkozó ajánlattételre a kötelező alapbiztosítás tartamán belül kerül sor, akkor a Kritikus betegségek egészségbiztosítás a módosításra vonatkozó nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő díjesedékesség naptári napján lép hatályba, feltéve, ha a biztosító az ajánlatot elfogadta.

Jelen biztosítás vonatkozásában a Biztosító – azon biztosítottak vonatkozásában, akiknek a belépési aktuális kora meghaladja a 15 évet – egészségi kockázatelbírálást és pénzügyi elbírálást végez.

5.2. A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE ÉS VÉGE

A biztosító kockázatviselése a Kritikus betegségek egészségbiztosítás hatálybalépésének napján kezdődik, amennyiben a Kritikus betegségek egészségbiztosítás első díját, annak esedékességéig, a szerződő megfizeti, ennek hiányában a kockázatviselés kezdete az esedékes díj beérkezését követő nap 0. órája.

A biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás tartama alatt, illetve a kötelező alapbiztosítás bármely okból bekövetkező megszűnésének időpontjáig áll fenn. Határozott tartamú kiegészítő biztosítás választása esetén – amennyiben a biztosított aktuális kora a tartam lejáratát követő napon nem haladja meg a 70 évet –, a Kritikus betegségek egészségbiztosítás automatikusan meghosszabbodik és határozatlan tartamúvá válik, amelyről a Biztosító a tartam lejáratát megelőzően legalább 60 nappal értesíti a szerződőt. A biztosítási díja, a biztosítási feltételekben meghatározott, határozatlan tartamú díjszabásnak megfelelően fizetendő a továbbiakban.

Ebben az esetben is a határozatlan tartamú kiegészítő biztosítás azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora 71 év.

A kiegészítő biztosítás tartamának meghosszabbításához nincs szükség ismételt kockázatelbírálásra.

A szerződőnek lehetősége van a biztosítási tartam meghosszabbításának elutasítására, ha 30 nappal a lejáratot megelőzően írásban jelzi, hogy nem kívánja a jelen Kritikus betegségek egészségbiztosítást folytatni.

5.3. DÍJFIZETÉS KEZDETE

A díjfizetés kezdete a kötelező alapbiztosítással történő együtt-kötés esetén az kötelező alapbiztosítás díjfizetési kezdetével megegyező dátum.

Kritikus betegségek egészségbiztosítás hozzákötés esetén, a díjfizetés kezdete a kötelező alapbiztosítás azon díjfizetési fordulójának dátuma, melyhez a Kritikus betegségek egészségbiztosítás hozzákötését kérték.

5.4. VÁRAKOZÁSI IDŐ

5.4.1. A biztosító a Kritikus betegségek egészségbiztosítás tekintetében 90. nap várakozási időt köt ki.

5.4.2. Ha a biztosítási esemény ezen időn belül bekövetkezik, úgy a biztosító nem nyújt szolgáltatást, és a Kritikus betegségek egészségbiztosítás a kezdetére visszamenőleg megszűnik. Ebben az esetben a biztosító a Kritikus betegségek egészségbiztosításra befizetett díjakat visszafizeti a szerződőnek, vagy – a szerződő választása szerint – beszámítja a szerződés következő esedékes díjába.

5.5. A BIZTOSÍTÁSI TARTAM, A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK

A Kritikus betegségek egészségbiztosítás minimális tartama határozatlan tartam választása esetén 1 év, mely automatikusan évenként újabb 1 évre meghosszabbodik, kivéve, ha bármelyik szerződéses fél a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal írásban ellenkező értelmű nyilatkozatot nem tesz.

A biztosítás azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora 71 év.

Határozott tartam esetén a minimum választható határozott tartam 10 év.

A Kritikus betegségek egészségbiztosítási évfordulója megegyezik a kötelező alapbiztosítás biztosítási évfordulójával.

6. BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

6.1. A kezdeti biztosítási összeget a szerződő választja meg a Kritikus betegségek egészségbiztosítási ajánlat megtételekor. A biztosítási összeg 1 000 000 forinttól 40 000 000 forintig terjedhet 100 000 forintos lépésközzel. A biztosítási összeg minden biztosítási eseményre vonatkozóan megegyező.

Életkorok szerint választható maximális biztosítási összegek:

Biztosított életkora	Választható maximális biztosítási összeg
3–15 év	20 000 000 Ft
16–70 év	40 000 000 Ft

6.2. A biztosítási összeg emelésére a hatálybalépést követően 12 hónap után, csökkentésére 36 hónap után van lehetőség. Ezt követően a biztosítási összeg módosítására bármely jövőbeli díjfizetési gyakoriság szerint van lehetőség, abban az esetben, ha a szerződő a változtatási szándékot, a díjfizetési gyakoriság szerinti forduló előtt legalább 30 nappal, írásban közli a biztosítóval.

A biztosító biztosítási összeg emelése esetén ismételt kockázatelbírálást végez, kivéve, ha a biztosított a módosítás időpontjában 16. életévét még nem töltötte be. A módosított biztosítási összeghez mérten változik a biztosítási díj a biztosító díjtáblázataiban meghatározottak szerint, a kockázatelbírálás eredményének figyelembevételével.

7. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

7.1. A Kritikus betegségek egészségbiztosítás díja függ a biztosított aktuális korától, dohányzási szokásaitól, egészségi állapotától, valamint a választott biztosítási összegtől és a biztosítás tartamától.

7.1.1. Határozott tartamra kötött Kritikus betegségek egészségbiztosítás esetén a biztosítási díj a teljes tartam alatt változatlan marad, kivételt képez az ÁSZF. 27. pontjaiban leírt díjemelkedés esetek.

7.1.2. Határozatlan tartamra kötött Kritikus betegségek egészségbiztosítás esetén a biztosító minden biztosítási évforduló előtt számolja a következő biztosítási évre érvényes, a biztosított aktuális korának és a biztosítási összegnek megfelelő biztosítás díját, mélyről a szerződőt írásban 60 nappal a biztosítási évforduló előtt értesíti.

7.2. DÍJFIZETÉSI GYAKORISÁG MÓDOSÍTÁS

A Kritikus betegségek egészségbiztosítás díjfizetési gyakorisága kizárólag a kötelező alapbiztosítás díjfizetési gyakoriságának módosításával együtt lehetséges, az Általános szerződési feltételek erre vonatkozó szabályainak figyelembevételével.

8. A KRITIKUS BETEGSÉGEK EGÉSZSÉG-BIZTOSÍTÁS MEGSZÚNÉSÉNEK ESETEI

A biztosító kockázatviselése véget ér és a Kritikus betegségek egészségbiztosítás megszűnik:

- A kötelező alapbiztosítás megszűnésével.
- A jelen Kritikus betegségek egészségbiztosítás bármely szolgáltatás teljesítésének időpontjában.
- A rendszeres díjfizetés elmulasztása esetén.
- A szerződő rendes felmondása esetén, a biztosítás évfordulójának hatályával.
- A jelen feltételek 5.2 pontjában leírtak szerint.
- Ellehetetlenülés, érdekmúlás esetén.
- A biztosító felmondása esetén, ha a biztosító ráutaló magatartásával jött létre a szerződés és az lényeges kérdésben eltér a jelen szerződési feltételektől.
- A biztosító felmondása esetén, ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról és ezek a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik.
- Ha biztosított elhunyt, és ezt a tényt a biztosítás tartama alatt a biztosítónak bejelentik, akkor adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a halál napjára, visszamenőleges hatállyal megszűnik.
- Várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási esemény miatt.

9. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

9.1. A biztosítási esemény bejelentésekor az Általános szerződési feltételekben megfogalmazottakon túl az alábbi dokumentumokat szükséges a biztosító számára bemutatni:

Rosszindulatú daganatos betegség esetén:

- a pozitív (a sejtek rosszindulatú elfajulására és a folyamat invazív vagy áttéti terjedésére utaló) szövettani vagy egyéb vizsgálati leletek,
- egyéb vizsgálati leletek pl. CT,MR, UH, rtg, labor

Jóindulatú agydaganat esetén:

- a diagnózist megállapító diagnosztikai eljárás dokumentuma,
- a kezelés befejezését legalább 6 hónappal követően végzett, a biztosítási eseményt alátámasztó idegsebészeti vagy ideggyógyászati kontrollvizsgálat eredménye.

KARDIOVASZKULÁRIS BETEGSÉGEK

Aortaműtét esetén:

- A műtéthez vezető betegséggel kapcsolatos összes orvosi dokumentum.
- A műtétet dokumentáló irat.

Constrictiv pericarditis (súlyos szívburok gyulladás) esetén:

- betegséggel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum, beleértve a műtétet megelőző kardiológiai kivizsgálás/ok dokumentumait is.

Szívbillentyű cseréje/helyreállítása esetén:

- kardiológiai betegség teljes dokumentációja,
- a nyitott mellkasi műtét zárójelentése,
- a műtétet minimum 30 nappal követő kardiológiai kontrollvizsgálat eredménye.

Szízvominfarktus (szívinfarktus) esetén:

- szívmelhalást (szívinfarktust) igazoló orvosi dokumentumok és a kontrollvizsgálat során készült szív UH vizsgálati eredménye.

Szívkoszorúér-műtét (bypass) esetén:

- A műtéthez vezető betegséggel kapcsolatos összes orvosi dokumentum.

Myocarditis (szívizomgyulladás)

- Kardiológus szakorvosi lelet a diagnózisról
- Echokardiográfia és/vagy szív-MRI vizsgálati eredmény
- Laborleletek (troponin, BNP/NT-proBNP)
- Kórházi zárójelentés (ha volt hospitalizáció)

Endocarditis (szívbelhártya-gyulladás)

- Kardiológus szakorvosi lelet
- Echokardiográfias vizsgálati eredmény (vegetáció, billentyűkárosodás)
- Pozitív vértenyésztési eredmény
- Kórházi zárójelentés

Cardiomyopathia (szívizom elfajulás) esetén:

- a teljes kardiológiai dokumentációt, ideértve a szolgáltatási igény benyújtását megelőző 6 hónapra vonatkozó dokumentumokat is.

PULMONÁLIS BETEGSÉGEK

Elsődleges kisvérköri hipertónia esetén:

- részletes kardiológiai és hemodinamikai valamint pulmonológiai kivizsgálás eredménye
- mellkas rtg., szívultrahang és szívkatéter eredménye

Végállapotú tüdőbetegség esetén:

- pulmonológiai előzmény és részletes kivizsgálás

NEUROLÓGIAI BETEGSÉGEK

Agyi érkatasztrófa esetén

- a) kórházi zárójelentés,
- b) tartós és irreverzibilis neurológiai diszfunkció értékelése (neurológiai státusz) szükséges 3 hónappal az agyi érkatasztrófa bekövetkezése után

Súlyos agyvelőgyulladás esetén:

- a) teljes kivizsgálási és kezelési orvosi dokumentáció

Kullancs által terjesztett vírusos agyhártyagyulladás (TBE)

- a) Neurológus vagy infektológus szakorvosi lelet
- b) Liquor (agyvíz) vizsgálati eredmény és/vagy PCR teszt
- c) Szerológiai vizsgálati eredmény (IgM, IgG)
- d) Kórházi zárójelentés

Alzheimer-kór esetén:

- a) teljes kórtörténet neurológiai vizsgálatokkal és kezelésekkkel
- b) pszichometria vizsgálatok (napi élethez szükséges aktivitásokra vonatkozó melléklet alapján), koponya CT, MRI, SPE-CT CT vizsgálat

Bakteriális agyhártyagyulladás esetén:

- a) teljes kivizsgálási és kezelési dokumentáció
- b) teljes vérvizsgálat, mellkas rtg., agy-gerincvelői folyadék elemzése

Beszédképesség elvesztése esetén:

- a) a beszédképesség elvesztésétől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum.

Epilepszia esetén:

- a) a teljes kórtörténet szükséges kivizsgálásokkal és kezelésekkkel

Látás elvesztése esetén:

- a) a látásromlás kezdetétől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum.

Sclerosis multiplex esetén:

- a) a biztosítási eseményt alátámasztó, neurológus szakorvosi által kiállított orvosi dokumentáció,
- b) neuro-képalkotó eszközzel készült, például CT vagy MRI lelet.

BELGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK

Colitis ulcerosa esetén:

- a) műtéti zárójelentés műtéti leírással, szövettannal

Crohn betegség esetén:

- a) diagnózist alátámasztó szövettani lelet
- b) műtéti zárójelentés műtéti leírással, szövettannal

Súlyos hepatitis B, C májgyulladás esetén:

- a) az összes vizsgálati és kezelési dokumentáció

Krónikus veseelégtelenség esetén:

- a) minimum 60 nap óta tartó rendszeres művesekezelést igazoló – a dialízist végző egészségügyi intézmény által kiállított – egészségügyi dokumentumok másolata

Szervátültetés esetén:

- a) a helyes orvosi javaslat alapján elvégzett műtéti beavatkozást igazoló egészségügyi dokumentum másolata

Végállapotú májbetegség esetén:

- a) a teljes orvosi dokumentáció a kezdetektől, vizsgálatok és kezelésekkkel

Cisztás fibrózis:

- a) Genetikai vizsgálati eredmény és/vagy verejték-klorid teszt
- b) Pulmonológiai vagy gasztroenterológiai szakorvosi lelet
- c) Kórházi vagy ambuláns dokumentáció a funkcióromlásról

Bélszakasz eltávolítása esetén:

- a) a betegséggel kapcsolatos teljes orvosi dokumentáció

AUTOIMMUN BETEGSÉGEK

Aplasztikus anémia (a vérképző rendszer működésének csökkenése) esetén:

- a) a betegséggel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum, beleértve a transzfúziókra vonatkozó dokumentációt is.

Reumatoid arthritisz (sokizületi gyulladás) esetén:

- a) a betegség meghatározásánál részletezett vizsgálatokra vonatkozó dokumentumok

Scleroderma progressziva esetén:

- b) a betegség meghatározásánál részletezett vizsgálatokra vonatkozó dokumentumok

Szisztémás lupus erythematosus nephritisszel esetén:

- a) az összes orvosi dokumentáció
- b) a betegség meghatározásánál részletezett vizsgálatokra vonatkozó dokumentumok

EGYÉB SÚLYOS BETEGSÉGEK

Autoimmun vasculitis

- a) Reumatológus vagy immunológus szakorvosi lelet
- b) Szövettani vizsgálati eredmény
- c) Immunológiai laboreredmények (pl. ANCA, ANA)
- d) Kórházi zárójelentés

Henoch–Schönlein purpura

- a) Szakorvosi lelet (reumatológus, nefrológus vagy gyermekgyógyász)
- b) Szövettani vizsgálati eredmény
- c) Laborleletek (veseérintettség igazolása)
- d) Kórházi zárójelentés (ha volt hospitalizáció)

Kawasaki-kór

- a) Gyermekgyógyász vagy kardiológus szakorvosi lelet
- b) Echokardiográfia eredmény (koronária-érintettség igazolása)
- c) Kórházi zárójelentés

1-es típusú cukorbetegség

- a) Diabetológus szakorvosi lelet
- b) Laborleletek (vércukor, HbA1c)
- c) Autoantitest-pozitivitás igazolása
- d) Dokumentáció a tartós inzulinkezelés megkezdéséről

9.2. A biztosító köteles a kárrendezéshez nélkülözhetetlen dokumentumok beérkezésétől számított 15 napon belül, de ezek beérkezésének hiányában is legkésőbb a szolgáltatási igény benyújtásától számított egy hónapon belül a biztosítási szolgáltatásra jogosult személynek:

- a) kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási köte-

lezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként (beleértve a kamatra vonatkozó tájékoztatást) összecszerűen megállapította, vagy

- b) indokolással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt egyes követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási kötelezettségét nem ismeri el, az nem egyértelmű vagy a teljes szolgáltatását összecszerűen nem állapította meg.

10. KIZÁRÁSOK

Egyebekben a további kizárások, melyeket az Általános szerződési feltételek tartalmaznak, érvényükben maradóként fennállnak. Jelen rendelkezésben foglaltakra, az Általános szerződési feltételek Közlési és változás bejelentési kötelezettségre vonatkozó szabályai változatlan tartalommal vonatkoznak.

Amennyiben a szerződés kockázatbírálás nélkül jött létre, akkor a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, sérülésekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel ok-okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, amennyiben arról a biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett.

A biztosító kóros állapotnak tekinti a nem természetes állapotot.

11. A SZERZŐDŐ JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

A szerződő jogaira és kötelezettségeire, az Általános szerződési feltételekben megfogalmazottak irányadóak, azzal a kiegészítéssel, hogy a biztosított az ajánlattal egyidejűleg kitöltött egészségi nyilatkozatra adott, valószínűleg megfelelő válaszaival tesz eleget a közlési kötelezettségének.

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

A NAPI ÉLETHEZ SZÜKSÉGES AKTIVITÁSOK – MELLÉKLET

Étkezés: a biztosított képes legyen elfogyasztani az ételt, italt önállóan, amennyiben szükséges segítséggel előkészítve és elérhetővé helyezve azokat.

Helyezkedés: a biztosított önállóan képes kimozdulni az ágyból, ágyba, székbe, kerekesszékbe.

Kontinencia: a biztosított képes kezelni a bél és hólyag funkciókat, szükség esetén védő alsónemű vagy sebészeti eszközök használatával, így megfelelő szinten tartva személyes higiéniáját. Amennyiben nincs megfelelő bél és hólyag kontroll, képes legyen a személyes higiéniére sz. sz. katéter vagy colostoma alkalmazásával.

Mobilitás: az a képesség, hogy a biztosított lakáson belül egyik helyiségből egy másikba képes önállóan közlekedni, ha szükséges megfelelő segédeszköz pl. kerekesszék, járókeret, bot igénybevételével.

Tisztálkodás: a biztosított képes legyen a tisztálkodásra, a személyes higiéniáját megfelelő szinten tartani, ha szükséges megfelelő segítséggel pl. kapaszkodók, fürdőszobai emelők használatával.

Öltözködés: a biztosított képes legyen le- és felvenni, ki- és begombolni a ruhákat és, amennyiben szükséges képes kezelni a kapcsolt művégtagokat, egyéb sebészeti segédeszközöket, melyek orvosilag indokoltak.

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu



Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás Különös feltételek

Hatályos: 2025. október 15-től



BÁRMELY OKÚ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (40%) KÜLÖNÖS FELTÉTELEK.....	2
1. Bevezetés	2
2. Biztosított	2
3. Biztosítási esemény.....	2
4. A biztosító szolgáltatása	2
5. A biztosítás létrejötte	2
5.1. A szerződés hatálybalépése	2
5.2. A kockázatviselés kezdete és vége	2
5.3. Díjfizetés kezdete.....	3
5.4. Várakozási idő.....	3
5.5. A biztosítási tartam, a biztosítási időszak	3
6. Biztosítási összeg.....	3
7. A biztosítás díja	3
7.4. Díjfizetési gyakoriság módosítás	3
8. A bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás megszűnésének esetei	3
9. Biztosítási esemény bejelentése.....	4
10. Kizárások	4
11. A szerződő jogai és kötelezettségei	4

BÁRMELY OKÚ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS (40%) KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. BEVEZETÉS

Jelen 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 az irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. számú melléklete A) részének megfelelő ügyféltájékoztatónak minősülnek. Az ügyféltájékoztató elemeinek minősülő részek a szövegben dőlt betűkkel olvashatóak.

A biztosító mentesülésének szabályai, a biztosító szolgáltatásának korlátozásáról szóló feltételei, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó egyéb rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlatról lényegesen eltérő feltételek dőlt és vastagított betűkkel szedettek.

Jelen biztosításra az Általános Szerződési Feltételek irányadóak, kivéve a jelen különös feltételekben részletezett azon pontok, melyek az Általános Szerződési Feltételektől eltérnek.

Jelen Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás alaptípusnak minősül, mely lehet a szerződésben megjelölt kötelező alaptípus is az Általános Szerződési Feltételek 3. pontban meghatározottak szerint. Jelen különös feltételben meghatározott biztosítási szolgáltatásból egy biztosított személynek egy adott időpontban legfeljebb egy érvényes biztosítása lehet.

2. BIZTOSÍTOTT

A Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás biztosítottja kizárólag a TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosításban megnevezett biztosított lehet, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott szabályok figyelembevételével.

A biztosított belépési kora lehet:

Határozatlan tartam	16–60 év
Határozott tartam	16–56 év

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás vonatkozásában a biztosító kizárólag a hatályos jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás megállapítására kirendelt orvosszakértői hatóság által megállapított, legalább 40%-os mértékű, bármely okú egészségkárosodást tekintti biztosítási eseménynek, kizárólag abban az esetben, ha az egészségkárosodás alapjául szolgáló betegség vagy baleset a kockázatviselés tartama alatt került diagnosztizálásra, vagy ezen időtartam alatt következett be. A biztosítási esemény időpontja az orvosszakértői hatóság határozatának kiállítási dátuma.

4. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosító a 3. pontban leírt biztosítási esemény esetén a biztosított részére a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki, és ezzel a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás megszűnik az adott biztosítottra vonatkozóan.

5. A BIZTOSÍTÁS LÉTREJÖTTE

A biztosítás a jelen szerződési feltételek szerződő általi megismerését követően, a szerződő biztosításra vonatkozó ajánlatának vagy módosítási nyilatkozatának a biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.

Biztosítási ajánlatot a szerződő kétféle időpontban tehet:

- A kötelező alaptípus ajánlattételével egy időben
- A kötelező alaptípus tartamán belül, kizárólag az kötelező alaptípus első biztosítási évfordulójától kezdődően, díjfizetési gyakoriságának megfelelően, a gyakorisági forduló előtti naptári hónapban.

Az ajánlat elfogadásának szabályai minden esetben meg egyeznek az Általános Szerződési Feltételekben leírtakkal.

Jelen alaptípus adott biztosított vonatkozásában Bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) kiegészítő biztosítással együtt nem köthető.

5.1. A SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE

Ha a biztosításra vonatkozó ajánlattétel a kötelező alaptípusra vonatkozó ajánlattétellel egyidejűleg történik, akkor a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás a kötelező alaptípussal egyidejűleg lép hatályba, feltéve, ha a biztosító a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosításra vonatkozó ajánlatot is elfogadta.

Ha a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosításra vonatkozó ajánlattételre a kötelező alaptípus tartamán belül kerül sor, akkor a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás a módosításra vonatkozó nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő díjesedéesség naptári napján lép hatályba, feltéve, ha a biztosító az ajánlatot elfogadta.

Jelen biztosítás vonatkozásában a biztosító egészségi és pénzügyi kockázatbírálást is végez.

5.2. A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE ÉS VÉGE

A biztosító kockázatviselése a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás hatálybalépésének napján kezdődik, amennyiben a biztosítás első díját annak esedékességéig, a szerződő megfizeti, ennek hiányában a kockázatviselés kezdete az esedékes díj beérkezését követő nap 0. órája.

A biztosító kockázatviselése a biztosítás tartama alatt, illetve a kötelező alaptípus bármely okból bekövetkező megszűnésének időpontjáig áll fenn.

Határozott tartamú Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás választása esetén – amennyiben a biztosított aktuális kora a tartam lejáratát követő napon nem haladja meg a 65 évet –, a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás automatikusan meghosszabbodik és határozatlan tartamúvá válik, amelyről a Biztosító a tartam lejáratá előtt legalább 60 nappal értesíti a szerződőt. A biztosítási díja, a határozatlan tartamú díjszabásnak megfelelően fizetendő a továbbiakban.

Ebben az esetben is a határozatlan tartamú Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora 66 év.

A Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás tartamának meghosszabbításához nincs szükség ismételt kockázatbírálásra.

A szerződőnek lehetősége van a biztosítási tartam meghosszabbításának elutasítására, ha 30 nappal a lejáratot megelőzően írásban jelzi, hogy nem kívánja a jelen Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítást folytatni.

5.3. DÍJFIZETÉS KEZDETE

A díjfizetés kezdete a kötelező alapbiztosítással történő együtt-kötés esetén a kötelező alapbiztosítás díjfizetési kezdetével megegyező dátum.

Hozzákötés esetén a díjfizetés kezdete az kötelező alapbiztosítás azon díjfizetési fordulójának dátuma, melyhez a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás hozzákötését kérték.

5.4. VÁRAKOZÁSI IDŐ

A biztosító várakozási időt nem köt ki.

5.5. A BIZTOSÍTÁSI TARTAM, A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK

A Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás tartama határozatlan tartam választása esetén 1 év, mely automatikusan évenként újabb 1 évre meghosszabbodik, kivéve, ha bármelyik szerződéses fél a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal írásban ellenkező értelmű nyilatkozatot nem tesz.

Határozatlan tartam esetén a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora 66 év.

A minimum választható határozott tartam 10 év.

A Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás biztosítási évfordulója megegyezik a kötelező alapbiztosítás biztosítási évfordulójával.

6. BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

6.1. A kezdeti biztosítási összeget a szerződő választja meg a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítási ajánlat megtételekor. A biztosítási összeg 2 000 000 forinttól 50 000 000 forintig terjedhet 100 000 forintos lépésközzel. A biztosítási összeg minden biztosítási eseményre vonatkozóan megegyező.

6.2. A biztosítási összeg emelésére a hatálybalépést követően 12 hónap után, csökkentésére 36 hónap után van

lehetőség. Ezt követően a biztosítási összeg módosítására bármely jövőbeli díjfizetési gyakoriság szerint van lehetőség, abban az esetben, ha a szerződő a változtatási szándékot, a díjfizetési gyakoriság szerinti forduló előtt legalább 30 nappal, írásban közli a biztosítóval.

A biztosító biztosítási összeg emelése esetén ismételt kockázatbírálást végez. A módosított biztosítási összeghez mérten változik a biztosítási díj a biztosító díjtáblázataiban meghatározottak szerint, a kockázatbírálás eredményének figyelembevételével.

7. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

7.1. A Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás díja függ a biztosított aktuális korától, egészségi állapotától, dohányzási szokásaitól, valamint a választott biztosítási összegtől és a biztosítás tartamától.

7.2. Határozott tartamra kötött Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás esetén a biztosítási díj a teljes tartam alatt változatlan marad, kivételt képez az ÁSZF. 27. pontjaiban leírt díjemelkedés esetek.

7.3. Határozatlan tartamra kötött Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás esetén a biztosító minden biztosítási évforduló előtt kiszámolja a következő biztosítási évre érvényes, a biztosított aktuális korának és a biztosítási összegnek megfelelő biztosítás díját, melyről a szerződőt írásban 60 nappal a biztosítási évforduló előtt értesíti.

7.4. DÍJFIZETÉSI GYAKORISÁG MÓDOSÍTÁS

A Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás díjfizetési gyakorisága kizárólag a kötelező alapbiztosítás díjfizetési gyakoriságának módosításával együtt lehetséges, az Általános szerződési feltétel erre vonatkozó szabályainak figyelembevételével.

8. A BÁRMELY OKÚ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS (40%) BIZTOSÍTÁS MEGSZÜNÉSÉNEK ESETEI

A biztosító kockázatviselése véget ér és a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás megszűnik:

- A kötelező alapbiztosítás megszűnésével.
- A jelen Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás alapján a szolgáltatás teljesítésének időpontjában.
- A rendszeres díjfizetés elmulasztása esetén.
- A szerződő rendes felmondása esetén, a biztosítás évfordulójának hatályával.
- A jelen feltételek 5.2 pontjában leírtak szerint.
- Ellehetetlenülés, érdekmúlás esetén.
- A biztosító felmondása esetén, ha a biztosító ráutaló magatartásával jött létre a szerződés és az lényeges kérdésben eltér a jelen szerződési feltételektől.
- A biztosított hozzájárulásának nyilatkozatban történő visszavonása esetén, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő biztosítási évfordulón.
- A biztosító felmondása esetén, ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges

körülményekről vagy azok változásáról és ezek a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik.

- j) Ha biztosított elhunyt, és ezt a tényt a biztosítás tartama alatt a biztosítónak bejelentik, akkor adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a halál napjára, visszamenőleges hatállyal megszűnik.

9. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

9.1. A biztosítási esemény bejelentésekor az általános szerződési feltételekben megfogalmazottakon túl az alábbi dokumentumokat szükséges a biztosító számára bemutatni:

- az egészségkárosodás megállapítására kirendelt orvos-szakértői hatóság, az arra jogosult szerv, illetve az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság által kiadott, és a hozzá benyújtott orvosi dokumentumok, határozatok, szakvélemények, minősítések másolata.

9.2. A biztosító köteles a kárrendezéshez nélkülözhetetlen dokumentumok beérkezésétől számított 15 napon belül, de ezek beérkezésének hiányában is legkésőbb a szolgáltatási igény benyújtásától számított egy hónapon belül a biztosítási szolgáltatásra jogosult személynek:

- a) kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási kötelezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként (beleértve a kamatra vonatkozó tájékoztatást) összecszerűen megállapította, vagy
- b) indokolással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt egyes követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási kötelezettségét nem ismeri el, az nem egyértelmű vagy a teljes szolgáltatását összecszerűen nem állapította meg.

10. KIZÁRÁSOK

Egyebekben a további kizárások, melyeket az Általános szerződési feltételek tartalmaznak, érvényükben maradóként fennállnak. Jelen rendelkezésben foglaltakra, az Általános szerződési feltételek Közlési és változás bejelentési kötelezettségeire vonatkozó szabályai változatlan tartalommal vonatkoznak.

11. A SZERZŐDŐ JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

A szerződő jogaira és kötelezettségeire az Általános szerződési feltételekben megfogalmazottak irányadóak, azzal a kiegészítéssel, hogy a biztosított az ajánlattal egyidejűleg kitöltött egészségi nyilatkozatra adott, valószínűnek megfelelő válaszaival tesz eleget a közlési kötelezettségének.

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu



Bármely okú maradandó egészség- károsodás (70%) kiegészítő biztosítás Különös feltételek

Hatályos: 2025. október 15-től



BÁRMELY OKÚ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS (70%) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK.....	2
1. Bevezetés	2
2. Biztosított	2
3. Biztosítási esemény.....	2
4. A biztosító szolgáltatása	2
5. A biztosítás létrejötte	2
5.1. A szerződés hatálybalépése	2
5.2. A kockázatviselés kezdete és vége	2
5.3. Díjfizetés kezdete.....	3
5.4. Várakozási idő.....	3
5.5. A biztosítási tartam, a biztosítási időszak	3
6. Biztosítási összeg.....	3
7. A biztosítás díja	3
7.4. Díjfizetési gyakoriság módosítás	3
8. A bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) biztosítás megszűnésének esetei	3
9. Biztosítási esemény bejelentése.....	4
10. Kizárások	4
11. A szerződő jogai és kötelezettségei	4

BÁRMELY OKÚ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS (70%) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. BEVEZETÉS

Jelen 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 az irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. számú melléklete A) részének megfelelő ügyféltájékoztatónak minősülnek. Az ügyféltájékoztató elemeinek minősülő részek a szövegben dőlt betűkkel olvashatóak.

A biztosító mentesülésének szabályai, a biztosító szolgáltatásának korlátozásáról szóló feltételei, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó egyéb rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlatról lényegesen eltérő feltételek dőlt és vastagított betűkkel szedettek.

Jelen biztosításra az Általános Szerződési Feltételek irányadóak, kivéve a jelen különös feltételekben részletezett azon pontok, melyek az Általános Szerződési feltételektől eltérnek.

Jelen Bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) biztosítás kiegészítő biztosításnak minősül, mely lehet a szerződésben megjelölt kötelező alapbiztosítás is az Általános Szerződési Feltételek 3. pontban meghatározottak szerint. Jelen különös feltételben meghatározott biztosítási szolgáltatásból egy biztosított személynek egy adott időpontban legfeljebb egy érvényes biztosítása lehet.

2. BIZTOSÍTOTT

A Bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) kiegészítő biztosítás biztosítottja kizárólag a TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosításban megnevezett biztosított lehet, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott szabályok figyelembevételével.

A biztosított belépési kora lehet:

Határozatlan tartam	16–60 év
Határozott tartam	16–56 év

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen Bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) kiegészítő biztosítás vonatkozásában a biztosító kizárólag a hatályos jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás megállapítására kirendelt orvosszakértői hatóság által megállapított, legalább 70%-os mértékű bármely okú egészségkárosodást tekintti biztosítási eseménynek, kizárólag abban az esetben, ha az egészségkárosodás alapjául szolgáló betegség vagy baleset a kockázatviselés tartama alatt került diagnosztizálásra, vagy ezen időtartam alatt következett be. A biztosítási esemény időpontja az orvosszakértői hatóság határozatának kiállításának dátuma.

4. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosító a 3. pontban leírt biztosítási esemény esetén a biztosított részére a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki, és ezzel a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) kiegészítő biztosítás megszűnik az adott biztosítottra vonatkozóan.

5. A BIZTOSÍTÁS LÉTREJÖTTE

A biztosítás a jelen szerződési feltételek szerződő általi megismerését követően, a szerződő biztosításra vonatkozó ajánlatának vagy módosítási nyilatkozatának a biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.

Biztosítási ajánlatot a szerződő kétféle időpontban tehet:

- A kötelező alapbiztosítás ajánlattételével egy időben.
- A kötelező alapbiztosítás tartamán belül, kizárólag az kötelező alapbiztosítás első biztosítási évfordulójától kezdődően, díjfizetési gyakoriságának megfelelően, a gyakorisági forduló előtti naptári hónapban.

Az ajánlat elfogadásának szabályai minden esetben meg egyeznek az Általános Szerződési Feltételekben leírtakkal.

Jelen kiegészítő biztosítás adott biztosított vonatkozásában Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) alapbiztosítással együtt nem köthető.

5.1. A SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE

Ha a biztosításra vonatkozó ajánlattétel a kötelező alapbiztosításra vonatkozó ajánlattétellel egyidejűleg történik, akkor a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) kiegészítő biztosítás a kötelező alapbiztosítással egyidejűleg lép hatályba, feltéve, ha a biztosító a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot is elfogadta.

Ha a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlattételre a kötelező alapbiztosítás tartamán belül kerül sor, akkor a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) kiegészítő biztosítás a módosításra vonatkozó nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő díjesedékes nap naptári napján lép hatályba, feltéve, ha a biztosító az ajánlatot elfogadta.

Jelen biztosítás vonatkozásában a biztosító egészségi és pénzügyi kockázatbírálást is végez.

5.2. A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE ÉS VÉGE

A biztosító kockázatviselése a Bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) kiegészítő biztosítás hatálybalépésének napján kezdődik, amennyiben a biztosítás első díját annak esedékeségéig a szerződő megfizeti, ennek hiányában a kockázatviselés kezdete az esedékes díj beérkezését követő nap 0. órája.

A biztosító kockázatviselése a biztosítás tartama alatt, illetve a kötelező alapbiztosítás bármely okból bekövetkező megszűnésének időpontjáig áll fenn.



- i) A biztosító felmondása esetén, ha a biztosító a szerződés-kötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról és ezek a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik.
- j) Ha biztosított elhunyt, és ezt a tényt a biztosítás tartama alatt a biztosítónak bejelentik, akkor adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a halál napjára, visszamenőleges hatállyal megszűnik.

9. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

9.1. A biztosítási esemény bejelentésekor az általános szerződési feltételekben megfogalmazottakon túl az alábbi dokumentumokat szükséges a biztosító számára bemutatni:

- az egészségkárosodás megállapítására kirendelt orvos-szakértői hatóság, az arra jogosult szerv, illetve az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság által kiadott, és a hozzá benyújtott orvosi dokumentumok, határozatok, minősítések másolata.

9.2. A biztosító köteles a kárrendezéshez nélkülözhetetlen dokumentumok beérkezésétől számított 15 napon belül, de ezek beérkezésének hiányában is legkésőbb a szolgáltatási igény benyújtásától számított egy hónapon belül a biztosítási szolgáltatásra jogosult személynek:

- a) kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási kötelezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként (beleértve a kamatra vonatkozó tájékoztatást) összességében megállapította, vagy

- b) indokolással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt egyes követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási kötelezettségét nem ismeri el, az nem egyértelmű vagy a teljes szolgáltatását összességében nem állapította meg.

10. KIZÁRÁSOK

Egyebekben a további kizárások, melyeket az Általános szerződési feltételek tartalmaznak, érvényükben maradóként fennállnak. Jelen rendelkezésben foglaltakra, az Általános szerződési feltételek Közlési és változás bejelentési kötelezettségeire vonatkozó szabályai változatlan tartalommal vonatkoznak.

11. A SZERZŐDŐ JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

A szerződő jogaira és kötelezettségeire az Általános szerződési feltételekben megfogalmazottak irányadóak, azzal a kiegészítéssel, hogy a biztosított az ajánlattal egyidejűleg kitöltött egészségi nyilatkozatra adott, valóságnak megfelelő válaszaival tesz eleget a közlési kötelezettségének.

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu



Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás Különös feltételek

Hatályos: 2025. október 15-től



BÁRMELY OKÚ KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK	2
1. Bevezetés	2
2. Biztosított	2
3. Biztosítási esemény.....	2
4. A biztosító szolgáltatása	2
5. A biztosítás létrejötte	2
6. A szerződés hatálybalépése.....	2
7. A kockázatviselés kezdete és vége.....	2
8. Díjfizetés kezdete	3
9. Várakozási idő	3
11. Biztosítási összeg	3
12. A biztosítás díja	3
13. Díjfizetési gyakoriság módosítás.....	3
14. A bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás megszűnésének esetei.....	3
15. Biztosítási esemény bejelentése.....	3
16. Kizárások	4
17. A szerződő jogai és kötelezettségei	4

BÁRMELY OKÚ KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. BEVEZETÉS

Jelen 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 az irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. számú melléklete A) részének megfelelő ügyfélértékelésnek minősülnek. Az ügyfélértékelés elemeinek minősülő részek a szövegben dőlt betűvel olvashatóak.

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

Jelen biztosításra az Általános Szerződési Feltételek érvényesek kivéve a jelen különös feltételekben részletezett pontok, melyek az Általános Szerződési Feltételektől eltérnek.

Jelen különös feltételben meghatározott biztosítási szolgáltatásból egy biztosított személynek egy adott időpontban legfeljebb egy érvényes biztosítása lehet.

2. BIZTOSÍTOTT

A Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás biztosítottja kizárólag a TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosításban megnevezett biztosított lehet, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott szabályok figyelembevételével.

A biztosított belépési kora lehet:

Határozatlan tartam	16–65 év
Határozott tartam	16–61 év

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosítottat ért olyan esemény – ideértve a balesetet vagy betegséget –, amelynek következtében a biztosított orvosiilag szükségesnek tartott, legalább 3 napot elérő kórházi gyógykezelésre szorul.

A biztosítási esemény a kórházi kezelés első napjával kezdődik, és a kórházból történő elbocsátással, illetve a kórházi zárójelentés kiállításának napjával végződik.

Jelen feltétel szempontjából kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvőbeteg gyógyintézetek).

4. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény – baleset vagy betegség – miatt orvosiilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, a baleset

napjától számított 2 éven belül maximum 185 napra kórházi napi díjat fizet, feltéve, hogy legalább 3 napig tartott a kórházi ellátás.

Több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is a biztosító szolgáltatása az első biztosítási esemény bekövetkeztét követő 2 éven belül maximum 185 napra korlátozódik.

5. A BIZTOSÍTÁS LÉTREJÖTTE

A kiegészítő biztosítás a jelen szerződési feltételek szerződő általi megismerését követően, a szerződő kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatának vagy módosítási nyilatkozatának a biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.

Biztosítási ajánlatot a szerződő kétféle időpontban tehet:

- A kötelező alapbiztosítás ajánlattételével egy időben.
- A kötelező alapbiztosítás tartamán belül, kizárólag az kötelező alapbiztosítás első biztosítási évfordulójától kezdődően, díjfizetési gyakoriságának megfelelően, a gyakorisági forduló előtti naptári hónapban.

Az ajánlat elfogadásának szabályai minden esetben meg egyeznek az Általános Szerződési Feltételekben leírtakkal.

6. A SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE

Ha a biztosításra vonatkozó ajánlattétel a kötelező alapbiztosításra vonatkozó ajánlattétellel egyidejűleg történik, akkor a kiegészítő biztosítás a kötelező alapbiztosítással egyidejűleg lép hatályba, feltéve, ha a biztosító a Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot is elfogadta.

Ha a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlattételre a kötelező alapbiztosítás tartamán belül kerül sor, akkor a kiegészítő biztosítás a módosításra vonatkozó nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő díjesedékesség naptári napján lép hatályba, feltéve, ha a biztosító az ajánlatot elfogadta.

Jelen biztosítás vonatkozásában a biztosító egészségi kockázatbírálást végez.

7. A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE ÉS VÉGE

A biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás hatálybalépésének napján kezdődik, amennyiben a biztosítás első díját annak esedékességéig a szerződő megfizeti, ennek hiányában a kockázatviselés kezdete az esedékes díj beérkezését követő nap 0. órája.

A biztosító kockázatviselése a biztosítás tartama alatt, illetve a kötelező alapbiztosítás bármely okból bekövetkező megszűnésének időpontjáig áll fenn.

Határozott tartamú kiegészítő biztosítás választása esetén – amennyiben a biztosított aktuális kora a tartam lejáratát követő napon nem haladja meg a 70 évet –, a Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás automatikusan meghosszabbodik és határozatlan tartamúvá válik, melyről a Biztosító a tartam lejáratát megelőző 60 napon belül tájékoztatást küld a szerződő részére. A biztosítási díja, a biztosítási feltételekben

meghatározott, határozatlan tartamú díjszabásnak megfelelően fizetendő a továbbiakban.

Ebben az esetben is a határozatlan tartamú Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora 71 év.

A Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás tartamának meghosszabbításához nincs szükség ismételt kockázatelbírálásra.

A szerződőnek lehetősége van a biztosítási tartam meghosszabbításának elutasítására, ha 30 nappal a lejáratot megelőzően írásban jelzi, hogy nem kívánja a jelen Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítást folytatni.

8. DÍJFIZETÉS KEZDETE

A díjfizetés kezdete a kötelező alapbiztosítással történő együtt-kötés esetén a kötelező alapbiztosítás díjfizetési kezdetével megegyező dátum.

Hozzákötés esetén a díjfizetés kezdete a kötelező alapbiztosítás azon díjfizetési fordulójának dátuma, melyhez a Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás hozzákötését kérték.

9. VÁRAKOZÁSI IDŐ

9.1. A biztosító a kiegészítő biztosítás tekintetében 90. nap várakozási időt köt ki.

9.2. A várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

9.3. A balesetből eredő – ezen belül a biztosítási eseménynek minősülő – kórházi fekvőbeteg-ellátásokra a Biztosító nem alkalmaz a várakozási időt.

10. A BIZTOSÍTÁSI TARTAM, A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK

A Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás tartama határozatlan tartam választása esetén 1 év, mely automatikusan évenként újabb 1 évre meghosszabbodik, kivéve, ha bármelyik szerződéses fél a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal írásban ellenkező értelmű nyilatkozatot nem tesz.

Határozatlan tartam esetén a Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora 71 év.

A minimum választható határozott tartam 10 év.

A Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás biztosítási évfordulója megegyezik a kötelező alapbiztosítás biztosítási évfordulójával.

11. BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

11.1. A kezdeti biztosítási összeget a szerződő választja meg a Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítási ajánlat megtételekor. A biztosítási összeg 5 000 forinttól 100 000 forintig terjedhet 1 000 forintos lépésközzel.

11.2. A biztosítási összeg emelésére a hatálybalépést követően 12 hónap után, csökkentésére 36 hónap után van lehetőség. Ezt követően a biztosítási összeg módosítására bármely jövőbeli díjfizetési gyakoriság szerint van lehetőség, abban az esetben, ha a szerződő a változtatási szándékot, a díjfizetési gyakoriság szerinti forduló előtt legalább 30 nappal, írásban közli a biztosítóval.

A biztosító biztosítási összeg emelése esetén ismételten kockázatelbírálást végez. A módosított biztosítási összeghez mérten változik a biztosítási díj a biztosító díjtáblázataiban meghatározottak szerint, a kockázatelbírálás eredményének figyelembevételével.

12. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

12.1. A Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás díja függ a biztosított aktuális korától, egészségi állapotától, valamint a választott biztosítási összegtől és a biztosítás tartamától.

12.2. Határozott tartamra kötött Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás esetén a biztosítási díj a teljes tartam alatt változatlan marad, kivételt képez az ÁSZF. 27. pontjaiban leírt díjemelkedés esetek.

12.3. Határozatlan tartamra kötött Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás esetén a biztosító minden biztosítási évforduló előtt kiszámolja a következő biztosítási évre érvényes, a biztosított aktuális korának és a biztosítási összegnek megfelelő biztosítás díját, melyről a szerződőt írásban 60 nappal a biztosítási évforduló előtt értesíti.

13. DÍJFIZETÉSI GYAKORISÁG MÓDOSÍTÁS

A Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás díjfizetési gyakorisága kizárólag a kötelező alapbiztosítás díjfizetési gyakoriságának módosításával együtt lehetséges, az Általános szerződési feltétel erre vonatkozó szabályainak figyelembevételével.

14. A BÁRMELY OKÚ KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS MEGSZÚNÁSÉNEK ESETEI

A biztosító kockázatviselése véget ér és a Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás megszűnik:

- A kötelező alapbiztosítás megszűnésével.
- A rendszeres díjfizetés elmulasztása esetén.
- A szerződő rendes felmondása esetén, a biztosítás évfordulójának hatályával.
- A biztosító felmondása esetén, ha a biztosító ráutaló magatartásával jött létre a szerződés és az lényeges kérdésben eltér a jelen szerződési feltételektől.
- A biztosított hozzájárulásának nyilatkozatban történő visszavonása esetén, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő biztosítási évfordulón.
- A biztosító felmondása esetén, ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról és ezek a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik.
- Ha biztosított elhunyt, és ezt a tényt a biztosítás tartama alatt a biztosítónak bejelentik, akkor adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a halál napjára, visszamenőleges hatállyal megszűnik.

15. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

15.1. A biztosítási esemény bejelentésekor az általános szerződési feltételekben megfogalmazottakon túl az alábbi dokumentumokat szükséges a biztosító számára bemutatni:

- a kórházi tartózkodásról és az ellátásról szóló egészségi dokumentáció (vizsgálati eredmények, zárójelentés) fénymásolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés vagy betegség jellegének és mértékének igazolásával

15.2. A biztosító köteles a kárrendezéshez nélkülözhetetlen dokumentumok beérkezésétől számított 15 napon belül, de ezek beérkezésének hiányában is legkésőbb a szolgáltatási igény benyújtásától számított egy hónapon belül a biztosítási szolgáltatásra jogosult személynek:

- a) kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási kötelezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként (beleértve a kamatra vonatkozó tájékoztatást) összecszerően megállapította, vagy
- b) indoklással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt egyes követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási kötelezettségét nem ismeri el, a nem egyértelmű vagy a teljes szolgáltatását összecszerően nem állapította meg.

16. KIZÁRÁSOK

Nem terjed ki a biztosítás:

- **geriátriai-, rehabilitációs-, gyógypedagógiai- és logopédiai kezelésekre,**
- **a házi ápolásra és gyógytornára, fogyókúra kezelésre,**
- **szociális otthonokra, pszichiátriai betegek gyógy- és gondozóintézeteire,**

- **tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetekre és szanatóriumokra,**
- **idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézeteire,**
- **gyógyüdülőkre és utógondozó szanatóriumokra,**
- **fürdő- és egyéb gyógyintézetekre.**

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

- **terhesség, szülés, vetélés, művi és nem orvosi javaslatra történő terhességmegszakítás, koraszülés,**
- **mesterséges megtermékenyítéssel összefüggő vizsgálatok és kezelések,**
- **sterilizáció,**
- **rendszeres kábítószer- vagy alkoholfogyasztás miatt bekövetkező kórházi ápolás,**
- **lézeres látásjavító műtét,**
- **fogpótló sebészeti beavatkozások,**
- **kozmetikai és plasztikai sebészeti beavatkozások,**
- **orvosi, illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelések.**

17. A SZERZŐDŐ JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

A szerződő jogaira és kötelezettségeire az Általános szerződési feltételekben megfogalmazottak érvényesek, azzal a kiegészítéssel, hogy a biztosított az ajánlattal egyidejűleg kitöltött egészségi nyilatkozatra adott, valóságnak megfelelő válaszaival tesz eleget a közlési kötelezettségének.

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu



Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás Különös feltételek

Hatályos: 2025. október 15-től



BÁRMELY OKÚ MŰTÉTI TÉRÍTÉS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK.....	2
1. Bevezetés	2
2. Biztosított	2
3. Biztosítási esemény.....	2
4. A biztosító szolgáltatása	2
5. A biztosítás létrejötte	3
6. A szerződés hatálybalépése.....	3
7. A kockázatviselés kezdete és vége.....	3
8. Díjfizetés kezdete	3
9. Várakozási idő	3
10. A biztosítási tartam, a biztosítási időszak.....	3
11. Biztosítási összeg	4
12. A biztosítás díja	4
13. Díjfizetési gyakoriság módosítás.....	4
14. A bármely okú műteti térítés kiegészítő biztosítás megszűnésének esetei.....	4
15. Biztosítási esemény bejelentése.....	4
16. Kizárások	4
17. A szerződő jogai és kötelezettségei	5

BÁRMELY OKÚ MŰTÉTI TÉRÍTÉS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. BEVEZETÉS

Jelen 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 az irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. számú melléklete A) részének megfelelő ügyfélértékelésnek minősülnek. Az ügyfélértékelés elemeinek minősülő részek a szövegben dőlt betűkkel olvashatóak.

A biztosító mentesülésének szabályai, a biztosító szolgáltatásának korlátozásáról szóló feltételei, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó egyéb rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő feltételek dőlt és vastagított betűkkel szedettek.

Jelen biztosításra az Általános Szerződési Feltételek érvényesek kivéve a jelen különös feltételekben részletezett pontok, melyek az Általános Szerződési Feltételektől eltérnek.

Jelen különös feltételben meghatározott biztosítási szolgáltatásból egy biztosított személynek egy adott időpontban legfeljebb egy érvényes biztosítása lehet.

2. BIZTOSÍTOTT

A Bármely okú műteti térítés kiegészítő biztosítás biztosítottja kizárólag a TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosításban megnevezett biztosított lehet, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott szabályok figyelembevételével.

A biztosított belépési kora lehet:

Határozatlan tartam	16–65 év
Határozott tartam	16–61 év

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a biztosítási szerződés hatálya alatt diagnosztizált betegsége vagy a biztosítottat ért olyan baleset, amelynek következtében a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett műteti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra szorul, amelyeket az orvos-szakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg ellátás keretén belül végeznek. A biztosítási esemény dátuma a műteti beavatkozás elvégzésének napja.

4. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

4.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére bármely okú műteti térítést fizet.

4.2. A biztosító a jelen feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 5 térítési kategóriába sorolja. Műteti térítés-

ként a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeg 0 %, 25 %, 50 %, 100 % vagy 200 %-a kerül kifizetésre.

4.3. Ha egy műteti beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon egészségi állapot 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.

4.4. 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.

4.5. A műtétek besorolása (példák)

A teljes műteti lista a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán (1123 Budapest, Alkotás u. 50.) megtekinthető. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás ezen táblázatban nem található, úgy a műteti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg.

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

WHO-kód	Műtét megnevezése
57882	Belső fémrögzítés eltávolítása
58175	Csuklóprotézis eltávolítása
58900	Bőrvarrat

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

WHO-kód	Műtét megnevezése
51950	Dobhártyaplasztika
52810	Mandulaműtét
54010	Nyirokcsomó eltávolítás
54700	Vakbélműtét (féregnyúlvány eltávolítása)
57922	Húzóhurkos csontöregítés
58400	Kézujj amputáció

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

WHO-kód	Műtét megnevezése
51420	Lencse eltávolítása
51470	Szemlencse beültetés
55100	Epehólyag eltávolítás
56011	Prostata eltávolítás húgycsővön keresztül
57670	Arctörések nyílt helyreállítása
57902	Combnyak-szegezés

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

WHO-kód	Műtét megnevezése
50200	Benyomatos koponyatörés ellátása
51630	Szemeltávolítás
52070	Félkörös ívjáratok kimetszése
53030	Teljes gégeeltávolítás
53240	Tüdőlebens eltávolítása
53836	Érpótlás a medencei- és combverőér között
54120	Lépelőtávolítás
54540	Vékonybél kimetszés
55540	Veseeltávolítás
58480	Combamputáció

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

WHO-kód	Műtét megnevezése
53340	Tüdőátültetés
53502	Zárt billentyűbemetszés a kéthegyű billentyűn
53743	Kamrai sérülés ellátása
53750	Szívátültetés
54240	Nyelőcső teljes eltávolítása
55040	Májátültetés
58563	Végtag replantáció

5. A BIZTOSÍTÁS LÉTREJÖTTE

A kiegészítő biztosítás a jelen szerződési feltételek szerződő általi megismerését követően, a szerződő kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatának vagy módosítási nyilatkozatának a biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.

Biztosítási ajánlatot a szerződő kétféle időpontban tehet:

- A kötelező alaptbiztosítás ajánlattételével egy időben
- A kötelező alaptbiztosítás tartamán belül, kizárólag az kötelező alaptbiztosítás első biztosítási évfordulójától kezdődően, díjfizetési gyakoriságának megfelelően, a gyakorisági forduló előtti naptári hónapban.

Az ajánlat elfogadásának szabályai minden esetben meg egyeznek az Általános Szerződési Feltételekben leírtakkal.

6. A SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE

Ha a biztosításra vonatkozó ajánlattétel a kötelező alaptbiztosításra vonatkozó ajánlattétellel egyidejűleg történik, akkor a kiegészítő biztosítás a kötelező alaptbiztosítással egyidejűleg lép hatályba, feltéve, ha a biztosító a Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot is elfogadta.

Ha a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlattételre a kötelező alaptbiztosítás tartamán belül kerül sor, akkor a kiegészítő biztosítás a módosításra vonatkozó nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő díjesedékesség naptári napján lép hatályba, feltéve, ha a biztosító az ajánlatot elfogadta.

Jelen biztosítás vonatkozásában a biztosító egészségi kockázatelbírálást végez.

7. A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE ÉS VÉGE

A biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás hatálybalépésének napján kezdődik, amennyiben a biztosítás első díját, annak esedékességéig, a szerződő megfizeti, ennek hiányában a kockázatviselés kezdete az esedékes díj beérkezést követő nap 0. órája.

A biztosító kockázatviselése a biztosítás tartama alatt, illetve a kötelező alaptbiztosítás bármely okból bekövetkező megszűnésének időpontjáig áll fenn.

Határozott tartamú kiegészítő biztosítás választása esetén – amennyiben a biztosított aktuális kora a tartam lejáratát követő napon nem haladja meg a 70 évet –, a Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás automatikusan meghosszabbodik és határozatlan tartamúvá válik, melyről a Biztosító a tartam lejáratát megelőző 60 napon belül tájékoztatást küld a szerződő részére. A biztosítási díja, a biztosítási feltételekben meghatározott, határozatlan tartamú díjszabásnak megfelelően fizetendő a továbbiakban.

Ebben az esetben is a határozatlan tartamú Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora 71 év.

A Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás tartamának meghosszabbításához nincs szükség ismételt kockázatelbírálásra.

A szerződőnek lehetősége van a biztosítási tartam meghosszabbításának elutasítására, ha 30 nappal a lejáratot megelőzően írásban jelzi, hogy nem kívánja a jelen Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítást folytatni.

8. DÍJFIZETÉS KEZDETE

A díjfizetés kezdete a kötelező alaptbiztosítással történő együtt-kötés esetén a kötelező alaptbiztosítás díjfizetési kezdetével megegyező dátum.

Hozzákötés esetén a díjfizetés kezdete az kötelező alaptbiztosítás azon díjfizetési fordulójának dátuma, melyhez a Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás hozzákötését kérték.

9. VÁRAKOZÁSI IDŐ

9.1. A biztosító a kiegészítő biztosítás tekintetében 90. nap várakozási időt köt ki.

9.2. A várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

9.3. A balesetből eredő – ezen belül a biztosítási eseménynek minősülő – műtéti beavatkozásokra a Biztosító nem alkalmaz a várakozási időt.

10. A BIZTOSÍTÁSI TARTAM, A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK

A Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás tartama határozatlan tartam választása esetén 1 év, mely automatikusan évenként újabb 1 évre meghosszabbodik, kivéve, ha bármelyik szerződéses fél a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal írásban ellenkező értelmű nyilatkozatot nem tesz.

Határozatlan tartam esetén a Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora 71 év.

A minimum választható határozott tartam 10 év.

A Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás biztosítási évfordulója megegyezik a kötelező alaptbiztosítás biztosítási évfordulójával.

11. BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

11.1. A kezdeti biztosítási összeget a szerződő választja meg a Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítási ajánlat megte-telekor. A biztosítási összeg 300 000 forinttól 2 500 000 forintig terjedhet 50 000 forintos lépésközzel.

11.2. A biztosítási összeg emelésére a hatálybalépést követően 12 hónap után, csökkentésére 36 hónap után van lehetőség. Ezt követően a biztosítási összeg módosítására bármely jövőbeli díjfizetési gyakoriság szerint van lehetőség, abban az esetben, ha a szerződő a változtatási szándékot, a díjfizetési gyakoriság szerinti forduló előtt legalább 30 nappal, írásban közli a biztosítóval.

A biztosító biztosítási összeg emelése esetén ismételt kockázatelbírálást végez. A módosított biztosítási összeghez mérten változik a biztosítási díj a biztosító díjtáblázataiban meghatározottak szerint, a kockázatelbírálás eredményének figyelembevételével.

12. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

A Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás díja függ a biztosított aktuális korától, egészségi állapotától, valamint a választott biztosítási összegtől és a biztosítás tartamától.

12.1. Határozott tartamra kötött Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás esetén a biztosítási díj a teljes tartam alatt változatlan marad, kivételt képez az ÁSZF. 27. pontjaiban leírt díjemelkedés esetek.

12.2. Határozatlan tartamra kötött Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás esetén a biztosító minden biztosítási évforduló előtt kiszámolja a következő biztosítási évre érvényes, a biztosított aktuális korának és a biztosítási összegnek megfelelő biztosítás díját, melyről a szerződőt írásban 60 nappal a biztosítási évforduló előtt értesíti.

13. DÍJFIZETÉSI GYAKORISÁG MÓDOSÍTÁS

A Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás díj- fizetési gyakorisága kizárólag a kötelező alaptbiztosítás díj- fizetési gyakoriságának módosításával együtt lehet- séges, az Általános szerződési feltétel erre vonatkozó szabályainak figyelembevételével.

14. A BÁRMELY OKÚ MŰTÉTI TÉRÍTÉS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS MEGSZÜNÉSÉNEK ESETEI

A biztosító kockázatviselése véget ér és a Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás megszűnik:

- A kötelező alaptbiztosítás megszűnésével.
- A rendszeres díjfizetés elmulasztása esetén.
- A szerződő rendes felmondása esetén, a biztosítás évfordulójának hatályával.
- A biztosító felmondása esetén, ha a biztosító ráutaló ma- gatartásával jött létre a szerződés és az lényeges kérdés- ben eltér a jelen szerződési feltételektől.

e) A biztosított hozzájárulásának nyilatkozatban történő vis- szavonása esetén, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beér- kezését követő biztosítási évfordulón.

f) Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok vál- tozásáról és ezek a biztosítási kockázat jelentős növekedé- sét eredményezik.

j) Ha biztosított elhunyt, és ezt a tényt a biztosítás tartama alatt a biztosítónak bejelentik, akkor adott biztosított vo- natkozásában a biztosító kockázatviselése a halál napjára, visszamenőleges hatállyal megszűnik.

15. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

15.1. A biztosítási esemény bejelentésekor az általános szer- ződési feltételekben megfogalmazottakon túl az alábbi doku- mentumokat szükséges a biztosító számára bemutatni:

- a kórházi tartózkodásról és az ellátásról szóló egészségi dokumentáció (vizsgálati eredmények, zárójelentés) fény- másolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtar- tamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés vagy be- tegség jellegének és mértékének igazolásával,
- a sérült vagy beteg testrésszel, illetve a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően fennálló állapottal kapcsolat- ban felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykeze- lések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatai (amennyiben rendelkezésre állnak),
- a WHO vagy OENO kódot tartalmazó műtéti leírás.

15.2. A biztosító köteles a kárrendezéshez nélkülözhetetlen dokumentumok beérkezéséről számított 15 napon belül, de ezek beérkezésének hiányában is legkésőbb a szolgáltatási igény benyújtásától számított egy hónapon belül a biztosítási szolgáltatásra jogosult személynek:

- kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási köte- lezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként (beleértve a kamatra vonatkozó tájékozta- tást) összecszerűen megállapította, vagy
- indokolással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt egyes követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási kötelezettségét nem ismeri el, a nem egyér- telmű vagy a teljes szolgáltatását összecszerűen nem álla- pította meg.

16. KIZÁRÁSOK

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek az alábbiak:

- érfestések, biopsziák,
- kozmetikai és plasztikai kezelésekkal összefüggő mű- tétek,
- a szüléssel, terhességgel vagy terhességmegszakítás- sal összefüggő műtét, vetélés, művi és nem orvosi ja- vaslatra történő terhességmegszakítás, koraszülés, va- lamint ezekkel az eseményekkel összefüggő műtétek,
- a méhen kívüli terhesség miatti műtét,
- mesterséges megtermékenyítéssel összefüggő vizs- gálatok és kezelések,

- fogamzásgátlás – sterilizáció – és azzal összefüggő műtét,
- nemi jelleg megváltoztatása, kivéve az orvosi javaslatra történő beavatkozások,
- lézeres látásjavító műtétek,
- műtéti szövődmények miatti beavatkozás,
- halasztott műtét, melynek orvosi dokumentumokkal igazolt szükségessége még a kockázatviselés kezdetét megelőzően megállapításra került,
- diagnosztikai céllal végzett artroszkópos- és endoszkópos műtét, vizsgálat melynek nincsen az adott műtéti eljárás keretein belül terápiás következménye,
- orvosi műhibából adódó műtét,
- patológiás törés vagy súlyos osteoporotikus törés miatti műtét,
- orvosi, illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelések,
- előzőleg ismert betegségek, balesetek kapcsán végrehajtott műtét következménye miatti beavatkozás,
- természetgyógyászati gyógyellátások, illetve az azok következménye miatt szükségessé vált műtét,
- fogászati, szájsebészeti műtét és fogpótló sebészeti beavatkozások,
- felszínes bőrelváltozások kimetszése, mint például: zsírcsomó-, anyajegy-, szemölcs-, jégárpa eltávolítása.

17. A SZERZŐDŐ JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

A szerződő jogaira és kötelezettségeire az Általános szerződési feltételekben megfogalmazottak érvényesek, azzal a kiegészítéssel, hogy a biztosított az ajánlattal egyidejűleg kitöltött egészségi nyilatkozatra adott, valóságnak megfelelő válaszaival tesz eleget a közlési kötelezettségének.

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu



Daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló kiegészítő biztosítás Különös feltételek

Hatályos: 2025. október 15-től



DAGANATDIAGNOSZTIKÁRA ÉS BETEGVEZETÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK.....	2
1. Bevezetés	2
2. Biztosított	2
3. Biztosítási esemény.....	2
4. Szolgáltatások	2
5. A szolgáltatások teljesítése	3
6. A szerződés hatálybalépése.....	3
7. A kockázatviselés kezdete, tartama.....	3
8. A biztosítás díja.....	4
9. Kockázatelbírálás, várakozási idő	4
10. Kizárt kockázatok.....	4
11. Vegyes rendelkezések.....	4

DAGANATDIAGNOSZTIKÁRA ÉS BETEGVEZETÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. BEVEZETÉS

1.1. Jelen kiegészítő 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 az irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. számú melléklete A) részének megfelelő ügyfélértékelőnek minősülnek. Az ügyfélértékelő elemeinek minősülő részek a szövegben dőlt betűvel olvashatóak.

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

1.2. Jelen daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosításra az Általános szerződési feltételek érvényesek, kivéve azokban a részletekben, ahol a kiegészítő biztosítás az alapt biztosítás szabályaitól eltér. Ennek megfelelően a kötelező alapt biztosításra érvényes általános szabályzatok szerint kell eljárni.

1.3. Jelen kiegészítő egészségbiztosítás a biztosító által meghatározott, folyamatos díjas kötelező alapt biztosításokhoz, a kötelező alapt biztosítással egyidejűleg, illetve annak tartamán belül, kizárólag a kötelező alapt biztosítás díjfizetési gyakoriságához kötötten megköthető, illetve megszüntethető az általános feltételek megszüntetésre vonatkozó pontjai alapján.

Jelen kiegészítő biztosításból biztosítottanként maximum egy darab tartozhat.

2. BIZTOSÍTOTT

2.1. Jelen kiegészítő egészségbiztosítás biztosítottja kizárólag a TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosításban megnevezett 18-60 év belépési korú biztosított lehet, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott szabályok figyelembevételével.

2.2. A kiegészítő biztosítás azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora 66 év.

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen kiegészítő biztosítási szerződés kockázatviselési hatálya alatt bekövetkező biztosítási esemény és szolgáltatás:

3.1. Biztosítási esemény: bármilyen daganatra specifikus diagnosztikus vizsgálat, ami alapján daganatos betegség gyanúja miatt a magyar egészségügyi alapellátás orvosa, szakorvos, vagy magánorvos a biztosított számára további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálatot ír elő. Bőrgyógyászati daganatok esetében abban az esetben, ha a rosszindulatú daganatot bőrgyógyász szakorvos diagnosztizálta és a rosszindulatú betegség vonatkozásában további kivizsgálást javasol.

Daganatra specifikus diagnosztikus vizsgálati körbe tartoznak azon – kizárólag a kockázatviselés kezdetét követően elvégzett – képalkotó vizsgálatok, endoszkópos vizsgálatok, szövettani, vagy cytologiai vizsgálatok, emelkedett tumormarker szintek vizsgálatai.

3.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: az alapellátás orvosa, szakorvos, vagy magánorvos által a biztosított számára további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálat előírásának időpontja.

3.3. A műtetet, sebészeti beavatkozást igénylő mintavétel költségeit (pld. laparotomia, mediastinoscopia, VATS, agyi biopszia, vese eltávolítás, here eltávolítás, abrasio stb.) a szolgáltatási összeg nem tartalmazza.

4. SZOLGÁLTATÁSOK

4.1. ROSSZINDULATÚ DAGANAT GYANÚ FELMERÜLÉSE ESETÉN:

4.1.1. Daganattípustól függő komplex kivizsgálás

- specifikus állapotfelmérés a biztosított által a biztosítóhoz eljuttatott igénybejelentés jogosságának elbírálását (lásd 5.5. pont) követő 3 munkanapon belül;
- onkológiai vizsgálat és konzultáció, személyre szabott kivizsgálási javaslat;
- az adott daganattípus esetében orvosszakmailag indokolt legkorszerűbb diagnosztikus vizsgálatok gyors – az orvosszakmai szempont figyelembevételével a lehető leg-rövidebb időn belül –, és teljes körű megszervezése és elvégzése, beleértve a társbetegségek (egyéb meglévő betegségek) miatt az onkológiai kezeléshez szükséges kiegészítő vizsgálatok elvégzését is.

4.1.2. Asszisztencia – betegvezetés a kivizsgálás ideje alatt betegsegítő orvos közreműködésével telefonon keresztül

- rendszeres és részletes tájékoztatás a szükséges vizsgálatokról, beavatkozásokról, az ehhez szükséges előkészületekről;
- a kivizsgálással kapcsolatban felmerülő ügyfélkérdések telefonos megválaszolása egyeztetett időpontban munkanapokon 8-20 óra között;
- vizsgálatok időpontjának megszervezése az optimális kivizsgálási ütem érdekében;
- a szükséges szakorvosi egyeztetések elvégzése.

4.1.3. Személyes konzultációs lehetőség a daganattípusnak megfelelő szakterület sebész, sugárterapeuta és klinikai onkológus szakértőivel

- egy-egy, 30-45 perces, de legfeljebb 60 perces személyes konzultáció keretében;
- a biztosított kérdéseinek megbeszélése, valamint az állapotáról és a rendelkezésre álló kezelési lehetőségekről való részletes tájékoztatás.

4.1.4. Határidők

A biztosító az 4.1.1-ben foglalt határidőket az alábbi feltételek teljesülése esetén vállalja:

- A szükséges vizsgálatok a biztosított teljes együttműködése, a vizsgálatokon való pontos megjelenése és a vizsgálatokhoz, kivizsgálási folyamathoz való hozzájárulása esetén végezhetőek csak el.
- Amennyiben a biztosított egészségi állapota fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást tesz indokolttá, akkor a biztosított komplex kivizsgálása, a szükséges vizsgálatok elvégzése a fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást követő időszakban kerül megvalósításra.
- Amennyiben a biztosított állapota nem teszi lehetővé egy-egy adott vizsgálat elvégzését, vagy a vizsgálati eredmény értékelését kétségesse teszi, akkor a szükséges vizsgálatok lebonyolítása abban az időpontban történik, amikor a biztosított alkalmassá válik az adott vizsgálat elvégzésére.

4.2. Rosszindulatú daganatgyanú beigazolódása esetén

Amennyiben a daganatgyanú igazolást nyer, a biztosító az 4.1 pontban foglaltakon túl az alábbi szolgáltatások nyújtására is kötelezettséget vállal:

4.2.1. Egyeztetett szakvélemény és kezelési javaslat összeállítása az adott daganattípus kezelésében jelentős tapasztalattal rendelkező szakértők (klinikai onkológus, sebész, sugárterapeuta) által a kivizsgálás leletei alapján.

4.2.2. Személyre szabott étrendi javaslat és dietetikai konzultáció biztosítása: a szükséges kezelés(ek) eredményességének javítása céljából a beteg állapotának a figyelembevételével, valamint a beteg egyéni igényei, preferenciái alapján a páciens számára személyre szabott étrendi javaslat kialakítása, dietetikai konzultációs lehetőségek (maximum 2 alkalom) biztosítása.

4.2.3. Személyre szabott pszichológiai támogatás, életvezetési tanácsok és a kezelés mellékhatásainak csökkentésére vonatkozó javaslatok speciálisan képzett asszisztentstől, kététi rendszerességgel 12 hónapon keresztül.

4.2.4. Az ÁSZF-ben foglaltakon túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők:

- különböző képalkotó vagy szűrővizsgálatok, endoszkópos vizsgálatok,
- szövettani, vagy citológiai vizsgálatok,
- az adott terület szakorvosa által végzett fizikális, vagy eszközös vizsgálat, emelkedett tumor marker szintek, a biztosított szerződéskötéskori, vagy azt megelőző egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok

A bőrgyógyászati daganat gyanú esetében a daganatra specifikus diagnosztikus vizsgálatot bőrgyógyász szakorvos melanoma malignum gyanúja miatti további kivizsgálást előíró nyozó szakvéleménye helyettesíti.

5. A SZOLGÁLTATÁSOK TELJESÍTÉSE

5.1. A biztosítási szolgáltatás teljesítésére a biztosító akkor köteles, ha a szolgáltatás elbírálásához szükséges adatok beszerezhetőek.

5.2. A szolgáltatási igényt a biztosító bírálja el a megfelelő dokumentumok alapján. A döntés meghozatalánál a biztosítót

más egészségügyi szervezet döntése nem köti, ami nem zárja ki az általános szabályok szerinti jogorvoslati lehetőségeket.

5.3. Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag az első rosszindulatú daganat gyanújának beigazolódásakor nyújt szolgáltatást, függetlenül attól, hogy a diagnosztizálás hol történt. A biztosító egészségügyi szolgáltató partnere (a továbbiakban: Szolgáltató – lásd 11.1. pont) az 4.2. pontban meghatározott szolgáltatásokat nyújtja, amennyiben a 3.1. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezik, és a Szolgáltatónál bejelentett rosszindulatú daganat gyanúja beigazolódik. A kiegészítő biztosítás kockázatviselése a Szolgáltatónál beigazolódott gyanút követő díjfizetési gyakorisági időszak utolsó napján 24:00 órakor szűnik meg. A kiegészítő biztosítás megszűnésével keletkező esetleges többletdíjat a biztosító a kötelező alapszolgáltatás díjának rendezésére fordítja. A jelen kiegészítő biztosítás szerinti szolgáltatások teljesítésére maximálisan a biztosítási esemény bekövetkeztét követő két éven keresztül kerülhet sor.

5.4. Amennyiben a 3.1-ben leírt biztosítási esemény bekövetkezik, de a rosszindulatú daganat gyanúja nem igazolódik, a kiegészítő biztosítás folyamatos díjfizetés esetén hatályban marad.

5.5. A biztosító vállalja, hogy a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges összes irat kézhezvételétől számított 5 napon belül a szolgáltatás iránti igény jogosságát elbírálja, és arról nyilatkozik.

6. A SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE

Ha a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlattétel a kötelező alapszolgáltatásra vonatkozó ajánlattétellel egyidejűleg történik, akkor a kiegészítő biztosítás a kötelező alapszolgáltatással egyidejűleg lép hatályba, feltéve, ha a biztosító a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot is elfogadta.

Ha a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlattételre a kötelező alapszolgáltatás tartamán belül kerül sor, akkor a kiegészítő biztosítás a módosításra vonatkozó nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő díjesedékesség naptári napján lép hatályba, feltéve, ha a biztosító az ajánlatot elfogadta.

Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a biztosító egészségi kockázatelbírálást végez.

7. A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE, TARTAMA

7.1. A biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás hatálybalépésének napján kezdődik, amennyiben a kiegészítő biztosítás első díját annak esedékességéig a szerződő megfizeti, ennek hiányában a kockázatviselés kezdete az esedékes díj beérkezését követő nap 0. órája.

A biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás tartama alatt, illetve a kötelező alapszolgáltatás bármely okból bekövetkező megszűnésének időpontjáig áll fenn.

7.2. Jelen kiegészítő biztosítás évfordulója a kötelező alapszolgáltatás évfordulójához igazodik, kivéve, ha a szerződő vagy a biztosító a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően írásban jelzi, hogy nem kívánja a jelen szerződést megújítani.

8. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

8.1. Jelen kiegészítő biztosítás díját a biztosító a kiegészítő biztosítás megkötésétől számított 1 éves időszakokra garantálja, a biztosítás díja a biztosított aktuális életkorának függvényében, a korcsoportos díjszabásnak megfelelően változik. Kivételt képez ez alól az utólagosan hozzákötött szerződések, ezen szerződések kiegészítő biztosításának díja a kötelező alapt biztosítás évfordulójához (továbbiakban biztosítási évforduló) igazodva módosulhat. Amennyiben a biztosított életkorának változása miatt a biztosítási díj a biztosítási időszakban megváltozik, úgy a változás mértékéről a biztosító legalább 60 nappal a biztosítási évforduló előtt, írásban tájékoztatja a szerződőt.

8.2. A biztosító jogosult jelen kiegészítő biztosítás díját a 8.1., valamint az ÁSZF 27.2. pontban foglaltakon felül egyoldalúan módosítani, ha a működésében az alábbi körülmények (Oklista) miatt tényleges költségnövekedés merül fel:

- **a biztosító egészségügyi szolgáltató partnere (a továbbiakban szolgáltató)** által meghatározott díjtétel módosítása a díjtételbe épített technológiai, működési költségek változása következtében.

A biztosító a költségek módosításáról szóló ügyfélértesítésben tájékoztatni köteles a szerződőt, hogy a fenti Oklista mely tétele miatt szükséges jelen kiegészítő biztosítási szerződés díját módosítani.

8.3. A 8.1. és a 8.2. pont szerint módosított díj a biztosítás évfordulójától kezdődően érvényes. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, jelen kiegészítő biztosítás a következő biztosítási időszak első napjának 0 órájával maradéktartalom nélkül megszűnik, ha erre a szerződő figyelmét a módosítás közlésével egyidejűleg felhívja a biztosító.

8.4. Jelen kiegészítő biztosítás utólagos felvétele esetén az 1 éves határozott tartam számítása a kötelező alapt biztosítás biztosítási évfordulójához igazodik, így az első biztosítási év tört év is lehet.

9. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ

9.1. A jelen kiegészítő biztosítás kockázatelbírlásához biztosítottnak egészségi nyilatkozatot kell tennie, valamint az életkorától, nemétől, foglalkozásától és az egyéb kockázati körülményektől függően, a biztosított egyéb orvosi iratainak benyújtása is szükséges.

9.2. A biztosító a jelen kiegészítő biztosítás kockázatviselés kezdetétől számított 90 nap várakozási időt köt ki. Ha a biztosítási esemény ezen időn belül bekövetkezik, úgy a biztosító nem nyújt szolgáltatást, és a kiegészítő biztosítás a kezdetére visszamenőleg megszűnik. Ebben az esetben a biztosító a kiegészítő biztosításra befizetett díjakat visszafizeti a szerződőnek vagy – a szerződő választása szerint – beszámítja a szerződés következő esedékes díjába.

10. KIZÁRT KOCKÁZATOK

10.1. Az általános szabályzatok közlési és változásbejelentési kötelezettségre vonatkozó pontjain túlmenően a közlési kötelezettség sértés következményeivel jár és a jelen kiegészítő biztosítás keretében a biztosító nem viseli a kockázatot, ha a rosszindulatú daganatos betegség a biztosítottnál a szerződéskötés időpontjában már

fennállott, illetőleg ha a daganatos betegséget jelző vagy az azt megelőző megváltozott egészségi állapot a szerződéskötéskor a szerződő vagy a biztosított számára már ismert volt.

10.2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatos betegség gyanújának alábbi csoportjaira:

- **a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat gyanú,**
- **valamely korábbi daganatos betegség kiújulásaként jelentkező daganat gyanú,**
- **a bőrrák-gyanú, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),**
- **a genetikai vizsgálatra alapozott daganat gyanú.**

11. VEGYES RENDELKEZÉSEK

11.1. A biztosító egészségügyi szolgáltató partnere (a továbbiakban szolgáltató): a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja: ONKOMPLEX Rákdiasztika és Asszisztencia Kft.

11.2. A szolgáltató partnerrel kapcsolatos szabályok

11.2.1. Amennyiben a jelen különös feltételekben megnevezett szolgáltató partnerrel megszűnik a biztosító szolgáltatás nyújtására irányuló szerződése, a szerződés megszűnése előtt 30 nappal erről és a jelen kiegészítő szerződés megszűnésének időpontjáról értesíti a szerződőt.

11.2.2. Amennyiben a jelen különös feltételekben megnevezett szolgáltató partnerrel, a teljesítés ellehetetlenülése miatt azonnali hatállyal megszűnik a biztosító szolgáltatás nyújtására irányuló szerződése, a biztosító haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül értesíti a szerződőt. A biztosító a továbbiakban díjra nem jogosult, az esetlegesen fennálló díjtöbbletet az alapt biztosítás díjába számolja el, vagy a szerződő erre irányuló kérése esetén visszafizeti.

11.2.3. A biztosító a szolgáltatásra szerződött partnerét a szerződő és a biztosított(ak) beleegyezése nélkül jogosult megváltoztatni a szerződés tartama alatt is, amennyiben az azonos színvonalú szolgáltatás nyújtása biztosított.

12. DAGANATDIAGNOSZTIKA ÉS BETEGVEZETÉSRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS MEGSZÚNÁSÉNEK ESETEI:

A biztosító kockázatviselése jelen kiegészítő biztosítás esetén megszűnik:

- a kötelező alapt biztosítás megszűnésével,
- a rendszeres díjfizetés elmulasztása esetén,
- a szerződő felek rendes felmondása esetén, a biztosítás évfordulójának hatályával,
- ellehetetlenülés, érdekmúlás esetén,
- a biztosító felmondása esetén, ha a biztosító ráutaló magatartásával jött létre a szerződés és az lényeges kérdésben eltér a jelen szerződési feltételektől,
- a biztosított hozzájárulásának nyilatkozatban történő visszavonása esetén, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő biztosítási évfordulón,



- g) a biztosító felmondása esetén, ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról és ezek a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik,
- h) jelen kiegészítő biztosítási feltételek 5.3. pontja alapján,
- i) ha biztosított természetes halállal elhunyt, és ezt a tényt a biztosítás tartama alatt a biztosítónak bejelentik, akkor adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a halál napjára, visszamenőleges hatállyal megszűnik.

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu



Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó kiegészítő biztosítás Különös feltételek

Hatályos: 2025. október 15-től



Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltételek.....	2
1. Bevezetés	2
2. Biztosított	2
3. Biztosítási esemény.....	2
4. Szolgáltatások	2
5. A szolgáltatások teljesítése.....	3
6. A szerződés hatálybalépése.....	3
7. A kockázatviselés kezdete, tartama.....	3
8. A biztosítás díja.....	4
9. Várakozási idő.....	4
10. Kizárt kockázatok.....	4
11. Biztosított az alábbi képalkotó vizsgálatok igénybevételére jogosult.....	4
12. Vegyes rendelkezések.....	5
13. A nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó kiegészítő biztosítás megszűnésének esetei.....	5

NAGY ÉRTÉKŰ DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOKRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. BEVEZETÉS

1.1. Jelen kiegészítő 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 az irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. számú melléklete A) részének megfelelő ügyféltájékoztatónak minősülnek. Az ügyféltájékoztató elemeinek minősülő részek a szövegben dőlt betűkkel olvashatóak.

A biztosító mentesülésének szabályai, a biztosító szolgáltatásának korlátozásáról szóló feltételei, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó egyéb rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlatról lényegesen eltérő feltételek dőlt és vastagított betűkkel szedettek.

1.2. Jelen nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó kiegészítő biztosításra az Általános szerződési feltételek érvényesek, kivéve azokban a részletekben, ahol a kiegészítő biztosítás az Általános szerződési feltétel szabályaitól eltér. Ennek megfelelően a kötelező alapbiztosításra érvényes általános szabályzatok szerint kell eljárni.

1.3. Jelen kiegészítő egészségbiztosítás a biztosító által meghatározott, folyamatos díjas kötelező alapbiztosításokhoz, a kötelező alapbiztosítással egyidejűleg, illetve annak tartamán belül, kizárólag a kötelező alapbiztosítás díjfizetési gyakoriságához kötötten megköthető, illetve megszüntethető az általános feltételek megszüntetésre vonatkozó pontjai alapján.

Jelen kiegészítő biztosításból biztosítottanként maximum egy darab tartozhat.

2. BIZTOSÍTOTT

2.1. Jelen kiegészítő egészségbiztosítás biztosítottja kizárólag a TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosításban megnevezett 18-60 év belépési korú biztosított lehet, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott szabályok figyelembevételével.

2.2. A kiegészítő biztosítás azon a biztosítási évfordulón szűnik meg, ahol a biztosított aktuális kora 66 év.

3. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen kiegészítő biztosítási szerződés kockázatviselési hatálya alatt bekövetkező biztosítási esemény és szolgáltatás:

3.1. 7/24 orvosi call center szolgáltatás:

A biztosító kockázatviselésének kezdetét követően a Biztosított szolgáltató partnere (továbbiakban szolgáltató – 12.1. pont) által a biztosított részére telefonon keresztül nyújtott szolgáltatások: – valamilyen betegséggel, balesettel vagy egyéb egészségi okkal összefüggő telefonon történő orvosi tanácsadás,

– szolgáltatási igény (Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatok) bejelentése és a vizsgálatok megszervezéséhez szükséges kapcsolattartás.

A szolgáltatást a Biztosított a szolgáltató által – kizárólag a Biztosító számára – rendelkezésre bocsátott telefonszámon veheti igénybe.

3.2. Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatok:

A Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselése kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége vagy balesete miatt a Magyarországon orvosi működési engedéllyel rendelkező szakorvos vizsgálati leletekkel dokumentáltan CT, MR, ultrahang vagy RTG vizsgálatot ír elő.

3.3. Biztosítási esemény időpontja:

A 3.1.-ben leírtakra vonatkozóan a biztosítási esemény időpontja a telefonhívás időpontja, a 3.2.-ben leírt biztosítási esemény időpontja a Magyarországon orvosi működési engedéllyel rendelkező szakorvos által a biztosított számára további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálat előírásának időpontja.

4. SZOLGÁLTATÁSOK

4.1. 7/24 orvosi call center szolgáltatás (az év minden napján, napi 24 órában igénybevehető)

4.1.1. Az orvosi call center tanácsadás szolgáltatás az alábbi kérdésekre vonatkozóan nyújt tájékoztatást:

- betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
- gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
- orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről,
- ügyeleti gyógyszertárakról,
- egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

4.1.2. A call center igénybejelentő és kapcsolattartó funkciója az alábbi szolgáltatások alapjául szolgál:

- képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (CT, MRI, UH, RTG) igénybevétele

4.1.3. Az 4.1.1. pontban leírt szolgáltatás során a szolgáltató által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek.

4.2. Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatok

4.2.1. Jelen kiegészítő biztosítások alapján kizárólag a kockázatviselés kezdetét követően elvégzett CT/MR vizsgálatok, ultrahang vizsgálatok és röntgen vizsgálatok tekintendők ebbe a vizsgálati körbe.

4.2.2. A biztosított biztosítási évente legfeljebb 1 millió forintos értékhatárig veheti igénybe a jelen feltétel 11. pontjában felsorolt képalkotó vizsgálatokat (a továbbiakban Képalkotó vizsgálat). A biztosított a szolgáltatásra az alábbiak teljesülésekor jogosult:

- a képalkotó vizsgálatot a biztosított biztosítási tartam során bekövetkezett balesete vagy a várakozási idő elteltével előzmény nélkül bekövetkezett betegsége indokolja,

- a biztosítás tartama alatt, a biztosított részére Magyarországon orvosi működési engedéllyel rendelkező szakorvos, diagnosztikai célú Képalkotó vizsgálatot javasol,
- a Képalkotó vizsgálatra vonatkozó igényt a biztosított a Szolgáltatónak a biztosítás tartama alatt jelenti be.

A jelen feltételek szerint minden tünet, betegség, kórállapot előzménynek számít, amely összefüggésben áll a Képalkotó vizsgálatot szükségessé tevő tünettől vagy betegséggel, és amely a várakozási idő lejártát megelőzően már felmerült.

4.3. A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a szakorvos által javasolt Képalkotó vizsgálat a Biztosított egészségi állapotának feltárására és a betegsége vagy balesetből eredő sérülésének diagnosztizálására alkalmas legyen. A Szolgáltató fenntartja magának a jogot, hogy az igényelt Képalkotó vizsgálat indokoltságát felülbírálja, és amennyiben orvosi szempontok alapján sürgősségtelennek tekinti, annak megszervezését és megtérítését megtagadja.

4.4. Biztosított szűrővizsgálati célú képalkotó vizsgálatra nem jogosult.

4.5. Képalkotó vizsgálat csak előre tervezhető időpontban vehető igénybe. A szolgáltatás sürgős esetekben nem vehető igénybe.

4.6. Képalkotó vizsgálat csak szakorvosi beutaló alapján vehető igénybe. Háziorvos/családorvos által javasolt vizsgálatokra a Biztosított nem jogosult.

4.7. A szolgáltatás csak Magyarország területén vehető igénybe.

4.8. Amennyiben az igénybe vett vizsgálat díja meghaladja a biztosítási összeget, a többletköltség a Biztosítottat terheli.

4.9. A beküldött dokumentumok alapján a Szolgáltató a jelen Különös feltételekben rögzített feltételek figyelembevételével elbírálja, hogy a szolgáltatási igény alapjául szolgáló egészségi probléma kapcsán a Biztosított jogosult-e Képalkotó vizsgálatot igénybe venni. Amennyiben igen, a vizsgálatot megszervezi, figyelembe véve, hogy annak helyszíne a Biztosított lakhelyéhez is igazodjon.

4.10. A Szolgáltató a Biztosítottat az általa megadott telefonszámon, vagy e-mail címen tájékoztatja a megszervezett vizsgálat időpontjáról és helyszínéről. Ugyanekkor értesíti a Biztosítottat arról is, ha az adott biztosítási évben megszervezett Képalkotó vizsgálatok együttes költsége meghaladja az 4.2.1. pont szerinti éves értékhatárt. Az éves összefüggő határt meghaladó díjrészt a Biztosítottnak a vizsgálatot végző egészségügyi intézetben a vizsgálat alkalmával kell kifizetnie.

4.11. Biztosított ugyanazon orvosi javaslat alapján csak egy alkalommal jogosult a szakorvos által javasolt Képalkotó vizsgálat igénybevételére.

4.12. Amennyiben a Biztosított a számára megszervezett vizsgálaton a megbeszélt időpontban nem tud részt venni, és erről legalább 2 munkanappal korábban nem értesíti a Szolgáltatót, úgy az igénybe nem vett szolgáltatás igénybe vett teljesítésnek tekintendő és ugyanazon eseményből eredő újabb vizsgálatra a Biztosított az adott biztosítási évben nem jogosult.

5. A SZOLGÁLTATÁSOK TELJESÍTÉSE

5.1. Biztosított az 4.1. és 4.2. pontban részletezett szolgáltatásokat az erre a célra rendelkezésre bocsátott +36 1 998 0505 telefonszámon veheti igénybe.

5.2. A 4.2.-ben leírt biztosítási eseményre vonatkozó szolgáltatási igényt az orvos javaslatát követő 30 napon belül be kell jelenteni a szolgáltatónak.

5.3. A 4.1. és 4.2. pontban részletezett szolgáltatás igénybevételéhez a Szolgáltató azonosítja a Biztosítottat és ellenőrzi a biztosítási fedezet érvényességét.

5.4. A 4.2.-ben leírt szolgáltatás igény bejelentésekor, amennyiben a biztosítási esemény időpontjában a Biztosított biztosítási fedezete érvényes, a Szolgáltató tájékoztatja a Biztosítottat, a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumokról, továbbá arról, hogy azokat milyen formában és módon (postai levélküldemény vagy e-mail üzenet) szükséges azokat a Szolgáltató részére megküldeni.

A szolgáltatási igény benyújtásához szükséges egészségügyi dokumentáció:

- szakorvosi leletek,
- ambuláns lap vagy kórházi zárójelentés és szakorvosi beutaló.

5.5. A Biztosított által igényelt Képalkotó vizsgálat megszervezésének feltétele, hogy Biztosított a Képalkotó vizsgálat szükségességét igazoló egészségügyi dokumentációt a Szolgáltató részére előzetesen megküldje.

5.6. Az igényelt Képalkotó vizsgálat megszervezésének határideje tíz (10) munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum a Szolgáltató rendelkezésére áll.

6. A SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE

Ha a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlattétel a kötelező alapbiztosításra vonatkozó ajánlattétellel egyidejűleg történik, akkor a kiegészítő biztosítás a kötelező alapbiztosítással egyidejűleg lép hatályba, feltéve, ha a biztosító a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlatot is elfogadta.

Ha a kiegészítő biztosításra vonatkozó ajánlattételre a kötelező alapbiztosítás tartamán belül kerül sor, akkor a kiegészítő biztosítás a módosításra vonatkozó nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő díjesedékes nap naptári napján lép hatályba, feltéve, ha a biztosító az ajánlatot elfogadta.

7. A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE, TARTAMA

7.1. A biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás hatálybalépésének napján kezdődik, amennyiben a kiegészítő biztosítás első díját annak esedékességéig a szerződő megfizeti, ennek hiányában a kockázatviselés kezdete az esedékes díj beérkezését követő nap 0. órája.

A biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítás tartama alatt, illetve a kötelező alapbiztosítás bármely okból bekövetkező megszűnésének időpontjáig áll fenn.

7.2. Jelen kiegészítő biztosítás évfordulója a kötelező alapbiztosítás évfordulójához igazodik, kivéve, ha a szerződő vagy a biztosító a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően írásban jelzi, hogy nem kívánja a jelen szerződést megújítani.

8. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

8.1. Jelen kiegészítő biztosítás díját a biztosító a kiegészítő biztosítás megkötésétől számított 1 éves időszakokra garantálja. Kivételt képez ez alól az utólagosan hozzákötött szerződések, ezen szerződések kiegészítő biztosításának díja a kötelező alapt biztosítás évfordulójához (továbbiakban biztosítási évforduló) igazodva módosulhat. Amennyiben a biztosítási díj a biztosítási időszakban megváltozik, úgy a változás mértékéről a biztosító legalább 60 nappal a biztosítási évforduló előtt, írásban tájékoztatja a szerződőt.

8.2. A 8.1. pont szerint módosított díj a biztosítás évfordulójától kezdődően hatályos. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, jelen kiegészítő biztosítás a következő biztosítási időszak első napjának 0 órájával maradéktartalom nélkül megszűnik, ha erre a szerződő figyelmét a módosítás közlésével egyidejűleg felhívja a biztosító.

8.3. Jelen kiegészítő biztosítás utólagos felvétele esetén az 1 éves határozott tartam számítása a kötelező alapt biztosítás biztosítási évfordulójához igazodik, így az első biztosítási év tört év is lehet.

9. VÁRAKOZÁSI IDŐ

9.1. A Biztosított nem baleseti eredetű képalkotó vizsgálatot csak a rá vonatkozó kockázatviselési idő kezdetétől számított 90 nap várakozási idő elteltével bekövetkezett betegségek miatt vehet igénybe.

9.2. Az 4.1.1. pontban leírt szolgáltatásra és a baleseti eredetű képalkotó vizsgálatokra vonatkozóan a Biztosító várakozási időt nem alkalmaz.

10. KIZÁRT KOCKÁZATOK

Nem jogosult a Képalkotó vizsgálatra a Biztosított, ha:

- a nem baleseti eredetű biztosítási esemény ok-okozati összefüggésben áll olyan betegséggel, tünettel vagy egészségi állapottal, amely a Biztosítottra vonatkozó biztosítás várakozási idejének végét megelőzően már fennállt;
- a baleseti eredetű biztosítási esemény ok-okozati összefüggésben áll olyan tünettel vagy egészségi állapottal, amely a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetének időpontját megelőzően már fennállt;
- az ittas vagy bódult állapotban bekövetkezett baleset vagy betegség következtében válik szükségessé;
- a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének megszűnése után szükségessé váló vizsgálatra nem jogosult még akkor sem, ha az a kockázatviselés alatt bekövetkező baleset vagy kialakuló betegség következménye.

11. BIZTOSÍTOTT AZ ALÁBBI KÉPALKOTÓ VIZSGÁLATOK IGÉNYBEVÉTELÉRE JOGOSULT

CT/MR VIZSGÁLATOK

Sella célzott natív CT vizsgálata (vékonyszeletes)
Sella célzott CT vizsgálata natív plusz kontrasztanyag
Orbita célzott CT vizsgálata natív (vékonyszeletes)
Orbita célzott CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag (vékonyszeletes)
Belső fül célzott CT vizsgálata natív (vékonyszeletes)
Belső fül célzott CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követően
Arckoponya CT vizsgálata natív plusz kontrasztanyag
Arckoponya CT vizsgálata natív
Gerinc CT vizsgálata (min. 2 csigolya segmentum) natív
Gerinc CT vizsgálata (min. 2 csigolya segmentum) plusz iv. kontrasztanyag
Gerinc CT vizsgálata (min. 2 csigolya segmentum) natív
Nyaki lágyrész CT vizsgálata natív
Nyaki lágyrész CT vizsgálata iv. kontrasztanyag
Nyaki lágyrész CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag
Mellkas CT vizsgálata natív
Mellkas CT vizsgálata plusz iv. kontrasztanyag
Mellkas CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag
Teljes has CT vizsgálata natív
Teljes has CT vizsgálata iv. kontrasztanyag
Teljes has CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag
Teljes has és medence CT vizsgálata natív
Teljes has és medence CT vizsgálata natív és iv. kontraszt
Medence CT vizsgálata natív
Medence CT vizsgálata iv. kontrasztanyag
Medence CT vizsgálata natív és iv. kontrasztanyag
Végtag CT vizsgálata natív
Végtag CT vizsgálata iv. kontrasztanyag adását követően
Végtag CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag
CT angiográfia koponya
CT angiográfia nyak
CT angiográfia mellkas
CT angiográfia teljes has
CT angiográfia medence
Csont denzitometria CT vizsgálat
Agykoponya natív MR vizsgálat
Agykoponya MR vizsgálat natív plusz iv.
Sella célzott MR vizsgálata natív
Sella célzott MR vizsgálata natív plusz kontrasztanyag
Orbita célzott MR vizsgálata natív
Orbita célzott MR vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag
Belső fül célzott MR vizsgálata natív
Belső fül célzott MR vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag
Arckoponya MR vizsgálata natív
Arckoponya MR vizsgálata natív plusz kontrasztanyag

CT/MR VIZSGÁLATOK

Agykoponya natív CT vizsgálata
Agykoponya CT vizsgálat iv. kontrasztanyag adását követően
Agykoponya CT vizsgálat natív plusz iv. kontrasztanyag

CT/MR VIZSGÁLATOK
Gerinc MR vizsgálata natív gerinc
Gerinc MR vizsgálata iv. kontrasztanyag
Gerinc MR vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag
Nyaki lágyrész MR vizsgálata natív
Nyaki lágyrész MR vizsgálata iv. kontrasztanyag adását
Nyaki lágyrész MR vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag
Mellkas MR vizsgálata natív
Mellkas MR vizsgálata iv. kontrasztanyag
Mellkas MR vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag
Teljes has MR vizsgálata natív
Teljes has MR vizsgálata iv. kontrasztanyag adását követően
Teljes has MR vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követően
MR kolangiográfia
Teljes has és medence MR vizsgálata natív
Teljes has és medence MR vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követően
Medence MR vizsgálata natív
Medence MR vizsgálata iv. kontrasztanyag adását követően
Medence MR vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követően
Ízület, végtag MR vizsgálata natív
Ízület, végtag MR vizsgálata iv. kontrasztanyag
Ízület, végtag MR vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag
Emlő MR vizsgálata natív
Emlő MR vizsgálata iv. kontrasztanyag
Emlő MR vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag
MR angiográfia iv. kontrasztanyag adása nélkül
MR angiográfia, iv. kontrasztanyag adásával
PET CT – a NEAK (vagy megszűnése esetén annak jogutódja) által nem finanszírozott, onkológus szakorvos által javasolt esetben korábban diagnosztizált rosszindulatú daganat utámkövetésére
ULTRAHANG VIZSGÁLATOK
Hasi
Kismedence
Lágyrész
Ízületi
Carotis
Pajzsmirigy + nyaki lágyrész
RTG
Bármely testtáj

12. VEGYES RENDELKEZÉSEK

12.1. A biztosító szolgáltató partnere (a továbbiakban szolgáltató): a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja: **Teladoc Hungary Kft.**

12.2. A SZOLGÁLTATÓ PARTNERREL KAPCSOLATOS SZABÁLYOK

12.2.1. Amennyiben a jelen különös feltételekben megnevezett szolgáltató partnerrel megszűnik a biztosító szolgáltatás nyújtására irányuló szerződése, a szerződés megszűnése előtt 30 nappal erről és a jelen kiegészítő szerződés megszűnésének időpontjáról értesíti a szerződőt.

12.2.2. Amennyiben a jelen különös feltételekben megnevezett szolgáltató partnerrel a teljesítés ellehetetlenülése miatt azonnali hatállyal megszűnik a biztosító szolgáltatás nyújtására irányuló szerződése, a biztosító haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül értesíti a szerződőt. A biztosító a továbbiakban díjra nem jogosult, az esetlegesen fennálló díjtöbbletet a kötelező alapszolgáltatás díjába számolja el, vagy a szerződő erre irányuló kérése esetén visszafizeti.

12.2.3. A biztosító a szolgáltatásra szerződött partnerét a szerződő és a biztosított(ak) beleegyezése nélkül jogosult megváltoztatni a szerződés tartama alatt is, amennyiben az azonos színvonalú szolgáltatás nyújtása biztosított.

13. A NAGY ÉRTÉKŰ DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOKRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS MEGSZŰNÉSÉNEK ESETEI

A biztosító kockázatviselése jelen kiegészítő biztosítás esetén megszűnik:

- a kötelező alapszolgáltatás megszűnésével,
- a rendszeres díjfizetés elmulasztása esetén,
- a szerződő felek rendes felmondása esetén, a biztosítás évfordulójának hatályával,
- ellehetetlenülés, érdekmúlás esetén,
- a biztosító felmondása esetén, ha a biztosító ráutaló magatartásával jött létre a szerződés és az lényeges kérdésben eltér a jelen szerződési feltételektől,
- a biztosított hozzájárulásának nyilatkozatban történő visszavonása esetén, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő biztosítási évfordulón,
- a biztosító felmondása esetén, ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról és ezek a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik,
- ha biztosított természetes halállal elhunyt, és ezt a tényt a biztosítás tartama alatt a biztosítónak bejelentik, akkor adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a halál napjára, visszamenőleges hatállyal megszűnik.

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu