KöBE
A MAGYAR TULAJDONÚ BIZTOSÍTÓ

KÖBE

CSOPORTOS SZEMÉLYBIZTOSÍTÁS

Általános és Különös feltételek



Hatályos: 2021. február 1-től

Ügyféltájékoztató

Tisztelt Ügyfelünk!

Jelen tájékoztatónkban szeretnénk Önnek röviden bemutatni a KöBE Csoportos Személybiztosítását. Célunk, hogy egyértelműen és közérthető módon nyújtsunk tájékoztatást egyesületünkről, a biztosító szolgáltatásának lényegéről, különösen nagy hangsúlyt fektetve a specialitásokra és az esetlegesen alkalmazott korlátozásokra. Szeretnénk áttekintést adni továbbá arról, hogy milyen elemeket tartalmaz, és hogyan működik a biztosítás, pontosan mire kell figyelnie a szerződés megkötésekor, majd később a szerződés tartama alatt.

Fontos azonban, hogy ez az Ügyféltájékoztató nem helyettesíti a biztosítási feltételeket, ezért kérjük, hogy jelen tájékoztatásunkkal együtt – lehetőség szerint – a biztosítási feltételeket is olvassa át. A biztosítási szerződés fontos eleme továbbá az Ön biztosítási ajánlata alapján kiállított kötvény, amely szerződése konkrét, egyedi adatait rögzíti. Amennyiben bármilyen további kérdése merülne fel a biztosítással kapcsolatban, telefonos ügyfélszolgálatunkon (+36-1-433-1180) szívesen állunk rendelkezésére.

1. A biztosító

Név:	KöBE Közép-európai Kölcsönös Biztosító Egyesület
Székhelye:	1108 Budapest, Venyige u. 3.
Levelezési cím:	1475 Budapest, Pf. 142.
Internet:	www.kobe.hu
E-mail:	kobe@kobe.hu admin@kobe.hu (adminisztrációs ügyek) kar@kobe.hu (kárrendezés)
Telefon:	+36-1-433-1180
Jogi forma:	Egyesület
Cégjegyzékszám:	9. Pk. 61. 110/1996
Felügyeleti szerv:	Magyar Nemzeti Bank (MNB) Székhely: 1054 Bp., Szabadság tér 9. Levélcíme: 1850 Budapest Telefon: +36-1-428-2600 Telefax: +36-1-429-8000 E-mail: info@mnb.hu web: http://felugyelet.mnb.hu Az MNB Ügyfélszolgálatának címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levélcíme: 1534 Bp., BKKP, Pf. 777. telefonszáma +36 (80) 203 776

2. A biztosítás

A KöBE Csoportos Személybiztosítása szerződésenként egyedi szempontok és ismérvek alapján azonosítható, csoportnak tekintett veszélyközösségek részére nyújt baleset és/vagy betegségbiztosítási védelmet.

A biztosítás név szerint azonosított és név szerint előre nem azonosítható biztosítottakra is megkötheto.

3. A biztosítási szerződés

A biztosítási szerződés az Ön által, az ajánlaton megadott adatok alapján jön létre. Ezeket az információkat a biztosító utóbb, külön nem ellenőrzi, ezért különösen fontos, hogy a szerződéskötéskor mindig a valóságnak megfelelő adatokat adja meg, hiszen csak ebben az esetben lesz teljes a biztosítási védelem.

Az ajánlat alapján létrejött biztosítási szerződés része a biztosítási szabályzat (általános és különös feltételek), továbbá a biztosítási kötvény.

Biztosítási szerződés alapján a biztosító köteles a szerződésben meghatározott kockázatra fedezetet nyújtani, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíteni; a biztosítóval szerződő fél díj fizetésére köteles.

4. Biztosítási időszak és tartam

A Csoportos Személybiztosítás határozott vagy határozatlan tartamú is lehet, a tartamon belüli biztosítási időszak egy év, a biztosítási évforduló minden évben a kockázatviselés kezdetének naptári napja, amely a következő biztosítási időszak kezdő napja is egyben.

5. Kockázatviselés kezdete

A biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlaton és kötvényen feltüntetett időpontban, de legkorábban az ajánlat aláírását követő napon nulla órakor kezdődik meg.

Határozott tartamú szerződés esetén a kockázatviselés kezdő napja a határozott tartam első napjának 0. órája.

Betegségi elemet is tartalmazó fedezetek vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a különös feltételekben részletezett kockázatok esetében az ajánlaton és a kötvényben meghatározott várakozási idő elteltét követően kezdődik meg, kivéve, ha az adott biztosított fedezetbe vonását orvosi vizsgálat előzte meg. Ilyen esetben a biztosító kockázatviselése a vizsgálat megállapításai függvényében, de legkorábban a vizsgálatot követő napon kezdődhet meg.

6. Díjfizetés

A díjat szerződéskötéskor kiválasztott és az Ön számára legkényelmesebb módon fizetheti meg (csekk, átutalás, csoportos beszedés). A díjfizetés módját és a díjfizetés gyakoriságát bármikor – írásban történő módosítási igény benyújtásával – megváltoztathatja.

A biztosítás első díja a kockázatviselés megkezdésekor esedékes.

A biztosítás folytatólagos díja mindig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj, vagy díjrészlet vonatkozik.

A soron következő biztosítási időszakra vonatkozó díjat a biztosító köteles a biztosítási időszak megkezdése előtt legalább hatvan nappal a szerződő tudomására hozni.

A díjnemfizetéssel megszűnt biztosítási szerződést, a biztosítási díjnak a megszűnést követő, utólagos megfizetése nem helyezi újra hatályba.

7. Biztosítási esemény

A Csoportos Személybiztosítási szerződés biztosítási eseményeit biztosítottanként és kockázati csoportonként Ön határozza meg. A lehetséges biztosítási eseményeket az alábbi felsorolás tartalmazza:

Balesetbiztosítás:
- Baleseti halál
- Közlekedési eredetű baleseti halál
- Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás
- Közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás
- Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás progresszív térítéssel
- Közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás progresszív térítéssel
- Baleseti kórházi napi térítés
- Baleseti műtéti térítés (egységes)
- Baleseti műtéti térítés (kategorizált)
- Baleseti eredetű keresőképtelenség
- Baleseti gyógyulási támogatás
- Baleseti eredetű égési sérülés
- Baleseti eredetű csonttörés

Betegségbiztosítás:
- Kritikus betegségre szóló betegségbiztosítás

Baleset- és betegségbiztosítás:
- Kórházi napi térítés
- Műtéti térítés (egységes)
- Műtéti térítés (kategorizált)
- TB. I.-II. rokkantság
- TB I.- II.-III. rokkantság
- Keresőképtelenség
- Gyógyulási támogatás
- Temetési hozzájárulás

Egyéb modulok:
- Okmányok elvesztése

Egy-egy itt megadott esemény pontos leírását a biztosítás különös feltételeiben találja meg. Kérjük szerződéskötés előtt minden esetben alaposan olvassa át az egyes biztosítási eseményekhez kapcsolódó különös feltételeket, és csak abban az esetben kösse meg szerződését, amennyiben meggyőződött arról, hogy a leírt biztosítási események kellő biztosítási védelmet jelentenek majd a biztosítottak teljes körére vonatkozóan.

8. Biztosítási összeg

A biztosítási összeg a biztosítási ajánlaton, illetve a biztosítási kötvényen biztosítotti csoportonként és biztosítási eseményenként külön-külön meghatározott összeg.

A szerződő által az egyes biztosítotti csoportokhoz tartozó, biztosítási eseményekhez rendelt biztosítási összeg a biztosító – biztosított személyenként és biztosítási eseményenként nyújtott – térítésének felső határa, egyben a személyenkénti biztosítási díj megállapításának alapja is.

Az egyes biztosítási események, illetve az ezekhez rendelt biztosítási összegek ugyanazon csoportba sorolt biztosítottak vonatkozásában egységesek, egy szerződés azonban – több biztosítotti csoport esetén – ugyanazon biztosítási eseményekhez tartozóan akár eltérő biztosítási összegeket is tartalmazhat.

9. A biztosító szolgáltatása

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító az ajánlaton illetve az ennek alapján kiállított biztosítási kötvényben feltüntetett szolgáltatási táblában meghatározott összeget fizeti meg, a különös feltételekben részletezett szabályok alapján.

10. A szolgáltatás korlátozása

A várakozási idő alatt bekövetkezett olyan esetek, amelyek lehetetlenülést okoznak, az adott biztosítottra vonatkozó díjvisszatérítést eredményeznek.

Amennyiben a biztosított életében esedékes valamely szolgáltatásra nem a biztosított jogosult és a biztosítási esemény a kedvezményezett szándékos magatartásával közvetlenül okozati összefüggésbe hozhatóan következik be, úgy a biztosító szolgáltatására a kedvezményezett helyett a biztosított jogosult.

11. A fedezetmódosítás módja, lehetősége

Amennyiben a szerződés hatálya alatt, szerződő a szerződés módosítását kezdeményezi, a biztosító a módosítási igényt a biztosítóhoz történő beérkezéstől számított tizenöt napon belül bírálja el.

Az egyes biztosítottakhoz, illetve kockázati csoportokhoz rendelt biztosítási események biztosítási összegeinek módosítását a szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal kezdeményezheti.

A módosított feltételek szerinti kockázatviselés legkorábban a módosítási igény a biztosítóhoz történő beérkezését követő harmincadik nap utáni naptári hónap első napjának nulla órájakor kezdődhet meg, amennyiben a módosítás hatálybalépésének napjáig az esetleges többlet díjat megfizették és a biztosító a módosítást elfogadta.

Amennyiben a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést, illetve a kockázat elvállalását érintő

lényeges körülményekről, továbbá, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a feltételek értelmében nem vállalja – a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

12. A szerződés megszűnésének esetei:

A biztosítási szerződés megszűnhet:

- évfordulóra történő felmondással,
- díjnemfizetéssel,
- a biztosítási esemény bekövetkezése nélkül, a tartam lejáratakor,
- érdekmúlással,
- szerződő kezdeményezésére közös megegyezéssel.

Évfordulóra történő felmondás

A biztosítási szerződés írásban, a biztosítási időszak végére mondható fel. A felmondási idő 30 nap. Felmondás esetén a szerződés és a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak utolsó napján, huszonnégy (24.00) órakor maradékjogok nélkül megszűnik.

Díjnemfizetés

Amennyiben az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harmincnapos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti. A szerződő előzetes felhatalmazása alapján a biztosító – jelen pont szerinti felhívási kötelezettségének – jogosult a szerződő által megadott e-mail címre küldött értesítés útján eleget tenni.

Amennyiben az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg, és a biztosító – a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó, fentiekben részletezett szabályok alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.

Tartam lejárata

A biztosítási szerződés a határozott tartam utolsó napján megszűnik.

Érdekmúlás

Amennyiben a biztosító kockázatviselésének tartama alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált, vagy a biztosítási érdek megszűnt, az érdekmúlás napjával a biztosító kockázatviselése és egyben a biztosítási szerződés vonatkozó része is – biztosítási esemény bekövetkezése nélkül – megszűnik. A biztosítót ebben az esetben az érdekmúlás utolsó napjáig esedékes díj illeti meg.

Közös megegyezés

A biztosítási szerződés a felek közös megegyezésével bármikor megszüntethető. Ilyen esetben a biztosítót a megszűnés napjáig járó díj illeti meg.

13. Reaktiválás

A szerződés díjnemfizetéses megszűnését követő százhúsz napon belül a felek a szerződést közös megegyezéssel, az elmaradt díj megfizetését követően, újra érvénybe helyezhetik (reaktiválás).

A biztosító kockázatviselése az újra érvénybe helyezés és a díj utólagos megfizetése révén sem terjed ki a szerződés megszűnése és az újra érvénybe helyezésének időpontja között eltelt időszakra.

14. A biztosító mentesülésének feltételei

Mentesül a biztosító szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással

a) a szerződő fél vagy a biztosított;
b) a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, érdemi vezetésre jogosult tagjuk, alkalmazottjuk, megbízottjuk; vagy
c) a biztosított jogi személy ügyvezetésének vagy szakmai vezetésének vezető beosztású tisztségviselője vagy a biztosított vagyontárgy kezelésére jogosított tagja, munkavállalója vagy megbízottja okozta.

Mentesül a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a Biztosított, illetve a Szerződő kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét felróhatóan megsértette. A mentesülés olyan mértékű, amilyen mértékben az összefügg a kötelezettség megszegésével.

Kiegészítő balesetbiztosítás esetén, amennyiben a biztosított baleseti halálát a biztosítási összegre jogosult szándékos magatartása idézte elő, ezen kedvezményezett, vagy örökös vonatkozásában a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól.

15. Alkalmazott kizárások

A biztosítási szerződés megkötése előtt megfontolandó szempont, hogy számos olyan eset is azonosítható, amikor a biztosító a keletkezett kár ellenére nem nyújt majd szolgáltatást. Ezeknek az eseteknek a körét az ún. kizárások tartalmazzák, amelyek pontosítják azokat a körülményeket, amelyek fennállása esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be. Nem téríti a biztosító azokat a károkat, amelyek oka közvetlenül, vagy közvetve, egészben, vagy részben:

a) háború, polgárháború, katonai erő nemzetközi alkalmazása, harci eszköz, vagy hadianyag felhasználásának következménye,
b) polgári zavargás, sztrájk, tüntetés, felkelés, zendülés, fosztogatás, úttorlasz, egyéb erőszakos cselekmény következménye,

c) azbesztózis,
d) bármilyen típusú járvány,
e) bármely fertőző betegség, ettől való félelem, vagy fenyegetettség, függetlenül attól, hogy a félelem, illetve fenyegetettség vélt, vagy valós,
f) ionizáló sugárzás, nukleáris, mérgező biológiai, vagy vegyi anyagok olyan kibocsátása, kiszökése, amely közvetlenül, vagy közvetve nukleáris sugárzást, radioaktív vegyi, biológiai szennyezést eredményez.

Nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az esetekre, amelyekben a baleseti sérülés – közvetlenül, vagy közvetett módon – az alábbiakban felsorolt kiváltó okok valamelyikével összefüggésben következett be:

a) a biztosítási esemény bekövetkezése előtt már károsodott, sérült, csonkolt, vagy funkciójában korlátozott testrészek, szervek károsodása,
b) patologikus csontszerkezeti elváltozás, illetőleg ezekhez társuló törések,
c) bármely idegi, vagy elmebeli rendellenesség elnevezéstől, vagy osztályozástól függetlenül,
d) pszichiátriai és pszichotikus állapot, bármilyen fajta depresszió, illetve elmebaj,
e) ortopéd, degeneratív jellegű elváltozások, illetve az azokhoz társult másodlagos olyan elváltozások, melyek az alapbetegségből következően sérüléshez hasonló, de krónikus eredetű elváltozásokhoz vezetnek (pl. gerincoszlop, ízületek degeneratív elváltozásai),
f) a biztosított szándékos veszélykereséséből eredő baleset (kivéve az életmentést), ide értve az orvosi előírások szándékos be nem tartásából származó következményeket is,
g) bármely katonai, vagy rendőrségi (rendészeti) szervezetnél fizikai jellegű szolgálatteljesítés alatt bekövetkezett baleset, fegyveres szolgálat teljesítése közben bekövetkezett baleset,
h) bármely hivatásszerűen, versenyszerűen, vagy díjazásért űzött sporttevékenységben (edzésen, versenyen) való részvétel során bekövetkezett baleset,
i) bármely robbanószerekkel, robbanó szerkezetekkel végzett tevékenység során bekövetkezett baleset,
j) a biztosított versenyzőként, vagy nézőként történő részvétele bármely olyan versenyben, vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi, vízi, vagy légi jármű használatával jár,
k) a biztosított által vezetett bármely légijármű, vagy 125 cm^3-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorral ellátott vízi jármű használata során bekövetkezett balesetekkel összefüggő károkra,
l) az alábbi fokozott veszéllyel járó sport-, hobbitevékenységből származó bármilyen baleset:
   • ejtőernyőzés
   • siklóernyőzés, paplanernyőzés
   • sárkányrepülés
   • motoros sárkányrepülés
   • vitorlázó repülés
   • segédmotoros vitorlázó repülés
   • pályán kívüli síelés
   • gumikötél ugrás
   • vízisíelés
   • jet-ski-zés
   • vadvízi evezés
   • búvárkodás
   • barlangászat
   • vadászat
   • szikla-, hegy- és falmászás
   • lövészet, íjászat
   • paintball
   • bázisugrás,
m) fagyás, napszúrás, hőguta, napsugár általi égés, továbbá a megemelés, rovarcsípés,
n) gyógykezelés, vagy gyógyászati beavatkozás miatt bekövetkező egészségkárosodások (kivéve, ha annak igénybevételére a szerződés hatálya alá tartozó baleseti esemény miatt volt szükség),
o) balesettel összefüggésbe nem hozható fertőzések,
p) hasi vagy altesti sérv, porckorong sérülés, rándulás, habituális ficam, nem baleseti eredetű vérzés,
q) foglalkozási betegség (ártalom), a fog bármely nem baleseti eredetű sérülése,
r) a biztosított öngyilkossága, ide értve az öngyilkossági szándékkal összefüggő eseményeket is, tekintet nélkül a biztosított tudatállapotára,
s) a biztosított olyan gépjármű használata, amelynek vezetéséhez érvényes engedéllyel nem rendelkezett, vagy amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye és ezen körülmény a biztosítási esemény bekövetkezésében közrehatott,
t) okozati összefüggésbe hozható legalább kettő, vagy több közlekedési szabály egyszerre történő megsértésével,
u) a munkavédelmi szabályok biztosított által történő súlyos megszegése,
v) szívinfarktus.

Nem minősül biztosítási eseménynek:

• a baleseti rokkantság tekintetében a baleset bekövetkezését megelőzően már sérült, nem ép szervek, testrészek, illetve a biztosítási szerződés megkötése előtt már meglévő balesettel vagy betegséggel okozati összefüggésbe hozható események,
• az igazolt sportoló bármilyen sporttevékenysége során bekövetkezett baleseti eredetű események,
• az orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolású gyógyszerszedéssel okozati összefüggésbe hozható események,
• az az esemény, amely okozati összefüggésben van azzal, hogy a biztosított a számára előírt orvosi kezelésnek nem vetette magát alá, vagy nem követte az orvosi utasításokat.

Nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak azzal, hogy a biztosított a számára előírt orvosi kezelésnek nem vetette magát alá, vagy nem követte az orvosi utasításokat.

Hasfali és lágyéksérv esetén a biztosító kizárólag akkor teljesít szolgáltatást, ha a sérvet kívülről jövő behatás okozta, és az nem öröklött tényezők (adottságok) következményeként keletkezett.

Porckorongsérv esetén a biztosító kizárólag akkor teljesít szolgáltatást, ha ez a gerincoszlopot ért közvetlen mechanikus behatás, nem pedig egy korábbi betegség súlyosbodásának következménye.

Belső szervi vérzés és agyvérzés esetén a biztosító kizárólag akkor teljesít szolgáltatást, ha ezt a jelen feltételek szerint balesetnek minősülő esemény okozza.

Pszichikai reakciók okozta kóros zavarok esetén a biztosító kizárólag akkor teljesít szolgáltatást, ha ezt a jelen feltételek szerint balesetnek minősülő esemény okozza.

16. Teendők káresemény bekövetkezésekor

A biztosító szolgáltatásával kapcsolatos igényérvényesítést a szerződőnek, illetve a biztosítottnak kell kezdeményeznie.

A biztosítási eseményt (káreseményt) a bekövetkezéstől, illetve tudomásra jutástól számított lehető legkorábban, de legfeljebb 15 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak, illetve lehetővé kell tenni a kárbejelentés tartalmának ellenőrzését.

A biztosítási igény érvényesítéséhez szükséges benyújtandó dokumentumokat biztosítási eseményenként tételesen a különös feltételekben részletezzük.

17. A kártérítés szabályai

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a biztosító a baleset/betegség bekövetkezésének időpontjában a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti meg a kedvezményezettnek.

A biztosító szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez, illetve a büntetőeljárásnak a bíróság jogerős ügydöntő határozatával vagy véglegessé vált nem ügydöntő végzésével történő befejezéséhez, valamint az ügyészségnek vagy a nyomozó hatóságnak a feltételes ügyészi felfüggesztés vagy közvetítői eljárás céljából történő felfüggesztésről szóló, illetve további jogorvoslattal nem támadható eljárást megszüntető határozata meghozatalához a biztosító nem kötheti.

18. Ügyféladatok továbbíthatósága

A biztosító a szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a szerződésből származó követelés megítélésével kapcsolatos, biztosítási titoknak minősülő adatokat az adatvédelmi szabályok megtartásával a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) rendelkezései szerint harmadik személy részére átadhatja.

Az ajánlat aláírásával Ön felmenti az orvosi titoktartás alól a biztosítottakat kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – a biztosítottak egészségi állapotával fennálló és korábbi betegségeivel, baleseteivel, esetleges halálával összefüggő – adatoknak a biztosító részére történő továbbítása tekintetében, amelyek a biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatás igény elbírálásához szükségesek.

A Bit. 149. § (1) bekezdése alapján a biztosító (továbbiakban: 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 (továbbiakban: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a Bit. 149. § (3)-(6) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában.

19. A pótlólagos befizetés intézménye

Az egyesület alapszabálya értelmében pótlólagos befizetést az igazgatótanács vagy az MNB, szolgáltatáscsökkentést az egyesület igazgatótanácsa állapíthat meg, abban az esetben, ha a tárgyévi szolgáltatások és esetleges veszteségek ellenértékére az egyesület vagyona, a biztosítási díjak, a biztosítástechnikai tartalékok és a viszontbiztosítás együttesen nem nyújtanának elegendő fedezetet. A pótlólagos befizetés mértéke azonban nem haladhatja meg az egyesületi tag által bármilyen jogcímen teljesített éves befizetés 100%-át.

20. Fizetőképességről és a pénzügyi helyzetről szóló jelentés

A biztosító a Bit. 108. §-a alapján köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A biztosító ezt a jelentést legkésőbb 14 héttel a vállalkozás pénzügyi évének vége után, honlapján (www.kobe.hu) teszi közzé, melynek a közzétételi naptól számított öt évig elérhetőnek kell maradnia. A biztosító a jelentése egy nyomtatott példányát a kéréstől számított 20 munkanapon belül elküldi mindazoknak, akik azt a közzétételi naptól számított két éven belül kérik.

21. Panaszok kezelése

Jelen biztosítási szerződés kapcsán esetlegesen felmerülő panaszokat a biztosító személyes ügyfélszolgálati irodájához lehet benyújtani, szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben):

Cím: 1108 Budapest, Venyige u. 3.
Levelezési cím: 1475 Budapest, Pf. 142.
Telefon: +36-1-433-1180
E-mail: admin@kobe.hu

A biztosítási szerződés, illetve a tagsági jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos esetleges jogviták bírósági eljáráson kívüli rendezésére természetes személy fogyasztó írásban panaszt nyújthat be a Pénzügyi Békéltető Testülethez.

Székhelye: MNB 1054 Budapest, Szabadság tér 9.
Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Levelezési cím: H-1525 Budapest, Pf. 172.
Telefon: +36-1-489-9700
Ügyfélszolgálati telefonszám: +36 (80) 203 776
Telefax: +36-1-489-9102

A Pénzügyi Békéltető Testület eljárása megindításának feltétele, hogy a természetes személy fogyasztó a kérelem benyújtását megelőzően a fogyasztói jogvitával érintett személynél vagy szervezetnél közvetlenül megkísérelte a vitás ügy rendezését, vagy e szervezetnél eredménytelenül méltányossági kérelemmel élt.

A biztosító felügyeleti szerve a Magyar Nemzeti Bank (MNB). A fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén az MNB-hez lehet fordulni panasszal, részletes tájékoztatást olvashat erről az MNB https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem oldalán.

Székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.
Levelezési cím: H-1534 Budapest, BKKP, Pf. 777.
Webcím: http://felugyelet.mnb.hu
Ügyfélszolgálat címe: 1013 Bp., Krisztina krt. 39.
Ügyfélszolgálat telefonszáma: +36-80-203-776
Ügyfélszolgálat e-mail címe: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Tájékoztatjuk, hogy a Magyar Nemzeti Bank fogyasztóvédelmi eljárásának kezdeményezésére irányuló kérelem benyújtása céljából rendszeresített formanyomtatvány elektronikusan a http://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/panaszom-van/formanyomtatvanyok elérhetőségen érhető el.

A fentiekben részletezett lehetőségeken túl a felek bírósághoz is fordulhatnak, illetve természetes személy fogyasztónak nem minősülő fél csak bírósághoz fordulhat.

22. A szerződés joga, alkalmazandó jog

Jelen biztosítási szerződésre, illetve az ez alapján létrejött biztosítási jogviszonyra a magyar jogot kell alkalmazni.

Preambulum

A KöBE Csoportos Személybiztosítása szerződésenként egyedi szempontok és ismérvek alapján azonosítható, csoportnak tekintett veszélyközösségek részére nyújt baleset és/vagy betegségbiztosítási védelmet, a jelen feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés keretében.

A Csoportos Személybiztosítás egy többféle dokumentumból álló olyan szerződés, melynek része az ajánlat és annak mellékletei, a biztosítási kötvény, a biztosítás általános és különös feltételei, továbbá a szerződő és a biztosított által tett nyilatkozatok, megállapodások, záradékok.

Biztosítási szerződés alapján a biztosító köteles a szerződésben meghatározott kockázatra fedezetet nyújtani, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíteni; a biztosítóval szerződő fél díj fizetésére köteles. A biztosítási szerződésben nem szabályozott kérdésekeben a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

I. Fogalom meghatározások

A biztosítási szerződés általános és különös feltételeiben, mellékleteiben, függelékeiben, valamint a biztosítási szerződéshez tartozó egyéb dokumentumokban (ajánlat, kötvény, nyilatkozatok stb.) a felek az egységes értelmezés biztosítása érdekében a fontosabb fogalmakat az alábbi tartalommal határozzák meg.

Baleset:
Jelen biztosítás szempontjából balesetnek minősül a biztosítottat a biztosítás tartama alatt ért, a biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő, külső behatás, melynek következtében a biztosított egészségkárosodást szenved vagy elhalálozik.

Jelen biztosítás szempontjából balesetnek minősül továbbá:
- a gyermekbénulás vagy kullanccsípés következtében kialakuló agyburok-, és/vagy agyvelőgyulladás,
- a veszettség,
- a tetanusz-fertőzés.

Jelen biztosítás szempontjából nem minősül balesetnek:
- az öngyilkosság, ide értve az öngyilkossági szándékkal összefüggő eseményeket is, tekintet nélkül a biztosított tudatállapotára;
- a fagyás, napszúrás és a hőguta, továbbá a megemelés;
- a rándulás és ficam, a hasi vagy altesti sérv, porckorong sérülés és a nem baleseti eredetű vérzés.

Munkahelyi baleset: olyan baleset, amely a biztosított munkavállalót munkaidőben, a munkaadó szerződő székhelyén, telephelyén, vagy azon kívül, a munkáltató rendelkezése folytán, illetve a munkáltató érdekében végzett munka során érte, ideértve a kiküldetés során bekövetkezett balesetet is.

Nem minősül munkahelyi balesetnek az engedély nélküli munkavégzéssel okozati összefüggésbe hozható baleset, valamint a munkahelyre történő eljutás és az onnan történő hazajutás során történt, vagy a munkahelyen kívül, vagy nem a hivatalos munkaidőben bekövetkező baleset.

Munkahelyi / úti baleset: olyan baleset, amely a biztosított munkavállalót állandó, vagy ideiglenes lakcíméről, tartózkodási helyéről az adott napra munkavégzésre kijelölt helyre, illetve az onnan történő visszajutás során éri.

Közlekedési baleset: olyan baleset, amelyet a biztosított gyalogosként, gépjármű vezetője vagy utasaként szenved el.

Nem minősül közlekedési balesetnek a biztosítottat mint gyalogost, vagy jármű utasát ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésben semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a biztosítottat mint kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos nem hatott közre.

Betegség:
Jelen biztosítás szempontjából betegségnek minősül a biztosított egészségében bekövetkező olyan rendellenes testi, szervi vagy szellemi egyensúly felborulása, amely objektív tüneteket mutat és amely akadályozza a biztosított mindennapos tevékenységét, munkavégzését és társadalmi életben való részvételét.

Bit.:
A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.).

Biztosításközvetítő:
Biztosításközvetítő az a természetes vagy jogi személy, aki javadalmazás ellenében biztosítás közvetítői tevékenységet végez, ide nem értve
a) a saját kockázatvállalásával összefüggő, saját jogú értékesítési tevékenységet végző biztosítót és a vele munkaviszonyban álló, részére közvetlenül értékesítési tevékenységet végző, biztosításközvetítőnek nem minősülő természetes személyeket úgy mint a biztosító közreműködői,
b) a kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személyt, továbbá azt a kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személyt, akinek tevékenysége kizárólag olyan biztosítási szerződések közvetítésére terjed ki, amelyek az alábbi feltételeknek együttesen megfelelnek:
   - a biztosítási szerződés kiegészítője valamely szolgáltató által kínált terméknek vagy nyújtott szolgáltatásnak és a következőkre nyújt fedezetet:
     - ezen szolgáltató által kínált termék meghibásodásának, törésének, elvesztésének vagy károsodásának kockázatára, vagy az e szolgáltató által kínált szolgáltatás igénybevétele elmaradásának kockázatára, vagy
     - ezen szolgáltatónál megrendelt utazáshoz kapcsolódva a poggyász elvesztésére vagy sérülésére és egyéb kapcsolódó kockázatokra, és
   - nem haladja meg
     - a biztosítási szerződés arányos éves biztosítási díja személyenként a hatszáz eurót, vagy
     - a személyenként fizetett biztosítási díj a kettőszáz eurót, és az előző pont szerinti szolgáltatás nyújtásának időtartama legfeljebb három hónap.

Biztosításközvetítői tevékenység:
A biztosításközvetítő által végzett azon üzletszerű tevékenység, amely a biztosítási értékesítést, annak szervezését, valamint a független biztosításközvetítői szaktanácsadást foglalja magában, azzal, hogy nem minősülnek biztosításközvetítői tevékenységnek az alábbi tevékenységek;
a) más szakmai tevékenység keretében esetileg nyújtott tájékoztatás, amennyiben a tájékoztatást nyújtó nem tesz további – a biztosítási szerződés megkötését vagy teljesítését elősegítő – lépést,
b) a biztosítási károk szakmai alapon végzett kárügyintézése, valamint a kárrendezési és szakértői kárbecslési – szakmai alapon végzett – tevékenység,
c) adat- és információszolgáltatás a lehetséges szerződőkről biztosításközvetítők vagy biztosítók számára, amennyiben az információt nyújtó nem tesz további – a biztosítási szerződés megkötését elősegítő – lépést,

d) tájékoztatás nyújtása biztosítási termékekről, illetve biztosításközvetítőkről, vagy biztosítókról a lehetséges szerződők számára, amennyiben a tájékoztatást nyújtó nem tesz további – a biztosítási szerződés megkötését elősegítő – lépést.

Egészségkárosodás:
Jelen biztosítás szempontjából egészségkárosodás minden olyan testi és/vagy szellemi működőképesség csökkenés, amely a biztosított szokásos életvitelét korlátozza.

Elvesztés:
a végtagok fizikai elvesztése (amputációja), vagy működőképességük teljes és maradandó elvesztése.

Fertőző betegség:
Specifikus fertőző ágensek, vagy azok toxikus termékei által okozott megbetegedés, amelyet adott kórokozónak, vagy termékének egy fertőzött személyből, állatból, vagy rezervoárból (bármely fertőző forrásból) egy arra fogékony gazdaszervezetbe való közvetett, vagy közvetlen átjutása hoz létre.

Halló- vagy beszédképesség elvesztése:
A hallás, vagy a beszéd elvesztése a halló- vagy a beszédképesség teljes és végleges elvesztését jelenti.

Hivatásos sportoló:
Jelen biztosítás szempontjából hivatásos sportoló az a természetes személy, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében, jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik a sportági szakszövetség illetőleg a sportszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.

Járvány
Jelen biztosítás szempontjából járványnak minősül egy adott fertőző betegségnek a vártnál szignifikánsan gyakoribb, vagy egy meghatározott küszöbszintet meghaladó előfordulása egy adott területen, illetve közösségben, egy meghatározott időtartam alatt, vagy legalább két egymással összefüggő eset, amely összefüggés járványügyi bizonyítékkal alátámasztható.

Keresőképtelenség:
Jelen biztosítás szempontjából keresőképtelennek minősül a biztosított, ha a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete vagy betegsége folytán saját jogon keresőképtelen állományban veszik és táppénz igénybevételére jogosult. A keresőképtelenség tartamát és megalapozottságát a hatályos jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.

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

Jelen biztosítás szempontjából nem minősül kórháznak a szanatórium, a rehabilitációs intézet, a gyógyfürdő, a gyógyüdülő, az elmebetegek gyógy- és gondozó intézetei, a geriátriai intézet, a szociális otthon, alkohol- és kábítószerelvonó intézmények, ápolási intézetek.

Látóképesség elvesztése:
a látás teljes és végleges elvesztését jelenti. Ez akkor tekinthető bekövetkezettnek, ha a korrekciót követően a megmaradt látás foka 3/60 rész, vagy kevesebb a Sneller skála alapján.

Munka törvénykönyve:
2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről.

Munkavédelmi törvény:
1993. évi XCIII. törvény a munakvédelemről.

Műtét:
Jelen biztosítás szempontjából műtétnek minősül minden olyan – szakorvos által – az orvosi szakma szabályai szerint végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás, vagy kór megállapítása céljából kórházban hajtottak végre.

A különböző műtéteket a biztosító kategorizálja, csoportba sorolja BNO/WHO (World Health Organization) kódok szerint.

Önrészesedés:
A betegségi eredetű keresőképtelenség, illetve a betegségi eredetű kórházi tartózkodás első – a biztosítási ajánlaton és a kötvényben meghatározott számú – napjára a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

Rezervoár
Jelen biztosítás szempontjából rezervoár:
- bármely természetes tárolórendszer, amely elvileg korlátlan ideig biztosítja a kórokozó fennmaradását a természetben
- személy, állat (ízeltlábú, rágcsáló stb.) növény, talaj, anyag vagy ezek kombinációja,
  - melyekben kórokozó él,
  - amelytől a kórokozó túlélése elsődlegesen függ,
  - amelyben a kórokozó olyan módon szaporodik, hogy fogékony szervezetekben betegséget képes létrehozni,
  - amely nem beteg, csak tárolja a kórokozót.

Várakozási idő:
Jelen szerződés vonatkozásában a betegségi eredetű események tekintetében a biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított, a biztosítási ajánlaton és kötvényben napokban megadott várakozási időt állapít meg. Ezen időszak alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag a baleseti eredetű eseményekre terjed ki.

Veszélyes foglalkozások:
Jelen biztosítás szempontjából veszélyesnek minősülnek az alábbi foglalkozások: nem polgári légiközlekedési dolgozó, hadsereg repülőszemélyzete, bányászati dolgozó, kohászati dolgozó, robbanó- vagy könnyen gyulladó anyaggal dolgozó, erősáramú villamosipari dolgozó, ipari alpinista, ipari búvár, bármely fegyveres szolgálatot ellátó személy, békefenntartó, sugármentesítőgép-kezelő, kaszkadőr.

II. Általános feltételek

A KöBE kettő főnél nagyobb létszámú csoportokra kötött, baleset és betegségbiztosítási védelmet nyújtó Csoportos Személybiztosítása jelen általános feltételek szerint jön létre.

A biztosítás név szerint azonosított és név szerint előre nem azonosítható biztosítottakra is megköthető.

A biztosítási különös feltételei jelen felételekben foglaltaktól eltérhetnek, ilyen esetben a különös felételek előírásai az irányadók.

1. BIZTOSÍTÓ, SZERZŐDŐ, BIZTOSÍTOTT, KEDVEZMÉNYEZETT

1.1. Biztosító: A KöBE Közép-európai Kölcsönös Biztosító Egyesület, 1108 Budapest, Venyige u. 3. (továbbiakban: biztosító).

1.2. Szerződő: A KöBE Közép-európai Kölcsönös Biztosító Egyesület tagja, természetes személy fogyasztó vagy vállalkozás [Ptk. 8:1. § (1) bekezdés], aki a biztosítási események kiválasztásával és a biztosítási összeg megállapításával, a biztosítási kötvényben meghatározott valamennyi biztosítottra vonatkozó biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, a szerződés létrejötte esetén a díj megfizetésére kötelezettséget vállal. A biztosító jognyilatkozatainak címzettje a szerződő, továbbá a szerződő jogosult és köteles a biztosítással kapcsolatos jognyilatkozatok megtételére.

1.3. Biztosított: A szerződő által biztosításra jelölt, a biztosítási kötvényben meghatározott természetes személy, akinek életével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási események vonatkozásában a kockázatviselést a biztosító vállalta.

1.3.1. A biztosítottak biztosítási csoportba sorolhatók, egy biztosítási szerződésben több csoport is meghatározható, de ugyanaz a biztosított, egyidőben csak egy biztosítotti (kockázati) csoport tagja lehet.

1.3.2. Új belépő a biztosítási szerződésbe történő belépés napján válik biztosítottá.

1.3.3. Név szerint azonosított biztosítotti körre kötött szerződésben nem lehet biztosított az a személy, aki a szerződéskötés időpontjában rokkant nyugdíjas, baleseti járadékos, vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas, vagy munkaképesség csökkenésének megállapítására vonatkozó elbírálás van folyamatban.

1.3.4. Jelen szerződésbe egyéni biztosított szerződőként nem léphet be, sem a biztosítási szerződés felmondása, vagy megszűnése, sem a biztosított és a szerződő közötti viszony megszűnése esetén.

1.4. Kedvezményezett: A biztosító szolgáltatására jogosult személy. A biztosító szolgáltatására a biztosított jogosult, haláleseti szolgáltatásra azonban a szerződő kedvezményezettet jelölhet.

1.4.1. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött szerződésnek, amennyiben történt kedvezményezett jelölés, a kedvezményezett jelölést tartalmazó része semmis.

1.4.2. Amennyiben a haláleseti szolgáltatás kapcsán külön kedvezményezett jelölésre nem került sor, a biztosító szolgáltatására a biztosított törvényes örököse jogosult.

1.4.3. A kedvezményzett nem természetes személy is lehet.

1.4.4. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyiltakozattal bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Új kedvezményezett jelöléséhez, illetve a kedvezményezés megváltoztatásához, ha nem a biztosított a szerződő fél, a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges. A szerződő azonban, a biztosított javára lemondhat kedvezményezett jelölési jogáról.

2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

2.1. A biztosítási szerződés létrejöttét a szerződő írásbeli ajánlattal kezdeményezi. A szerződés a felek írásbeli megállapodásával, vagy a biztosítási kötvény kiállításával jön létre. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra – a biztosítóhoz történő beérkezéstől számított – tizenöt napon belül nem nyilatkozik.

2.2. Szerződő a szerződés megkötésekor köteles a biztosító által meghatározott, a szerződés létrehozásához és a díj megállapításához szükséges adatokat megadni.

2.3. A biztosított szerződéskötéskor, vagy a szerződésbe történő belépéskor köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismert, vagy ismernie kellett és amelyekre vonatkozóan a biztosító – a szerződés részét képező adatlapon és/vagy egészségi nyilatkozatban – kérdést tett fel.

2.4. Biztosító szerződő ajánlatát annak átvételét követő tizenöt napon belül bírálja el.

2.4.1. Az ajánlat beérkezésének időpontját a biztosító átvételi pecsétje, illetve elektronikus időpecsétje igazolja.

2.5. Amennyiben az ajánlatot a biztosító a 2.1. pont szerint rendelkezésére álló tizenöt napos határidőn belül visszautasítja, az ezen időszak alatt bekövetkezett károkért helytállni nem köteles, az esetlegesen megfizetett biztosítási díjakat visszautalja.

2.6. Amennyiben a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés eltér a jelen általános és/vagy a különös feltételektől, a biztosító a szerződés létrejöt-

tétől számított tizenöt napon belül írásban javasolhatja a szerződés feltételeknek megfelelő módosítását. Amennyiben a szerződő fél a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, az elutasítástól, illetőleg a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül, a biztosító a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

2.7. Amennyiben a biztosító által kiállított kötvény tartalma a szerződő ajánlatától eltér és az eltérést a szerződő a dokumentum kézhezvételét követően késedelem nélkül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. E rendelkezést lényeges eltérésekre kizárólag akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban, külön is felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

2.8. Betegségi elemet is tartalmazó fedezetek, vagy 2 millió Ft feletti biztosítási összeg vállalásához a biztosító a biztosításra jelölt személyekre vonatkozóan a biztosítási szerződés létrejöttéhez egészségi nyilatkozatot és/vagy orvosi vizsgálatot követelhet meg.

3. A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE, VÉGE

3.1. A biztosító kockázatviselésének (veszélyviselésének) kezdete az az időpont, amelytől kezdődően a biztosító átvállalja a biztosítási szerződésben meghatározott kockázatokat. Kockázatviselés kizárólag érvényesen létrejött szerződés esetében indulhat meg.

3.2. A biztosító kockázatviselésének legkorábbi kezdete az ajánlat aláírását követő nap nulla (0.00) órája, amennyiben a felek halasztott kockázatviselésben külön nem állapodtak meg, feltéve, hogy az ajánlatot annak beérkezésétől számított 15 napon belül a biztosító változatlan tartalommal elfogadta vagy arra nem nyilatkozott.

3.3. Halasztott kockázatviselés esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete az ajánlaton feltüntetett időpont, de a kockázatviselés kizárólag csak abban az esetben indulhat meg, ha a biztosítási szerződés létrejön.

3.4. Határozott tartamú szerződés esetén a kockázatviselés kezdő napja a határozott tartam első napjának 0. órája.

3.5. Betegségi elemet is tartalmazó fedezetek vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a különös feltételekben részletezett kockázatok esetében az ajánlaton és a kötvényben meghatározott várakozási idő elteltét követően kezdődik meg, kivéve, ha az adott biztosított fedezetbe vonását orvosi vizsgálat előzte meg. Ilyen esetben a biztosító kockázatviselése a vizsgálat megállapításai függvényében, de legkorábban a vizsgálatot követő napon kezdődhet meg.

3.6. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosító kockázatviselése megszűnik:

a) a biztosított halála esetén,
b) a biztosított szerződéskötéshez történő hozzájárulásának visszavonásával,
c) a biztosítotti jogviszonyt megalapozó körülmény megszűnésének napján, 24 órakor,
d) a különös feltételekben meghatározott egyéb esetekben.

4. TERÜLETI, IDŐBELI HATÁLY

4.1. A biztosítás területi hatálya a biztosítási ajánlaton, illetve kötvényen kerül feltüntetésre, amely kockázati csoportonként (igény esetén biztosítási eseményenként) is eltérő lehet, az alábbiak szerint:

a) A Föld egész területe
b) Európa teljes területe
c) Magyarország teljes területe
d) székhely, telephely, vagy konkrét kockázatviselési cím
e) a biztosítási kötvényben részletezett egyéb módon azonosított terület.

4.2. A biztosítás időbeli hatálya a biztosítási ajánlaton, illetve kötvényen kerül feltüntetésre, amely kockázati csoportonként (igény esetén biztosítási eseményenként) is eltérő lehet, az alábbiak szerint:

a) 24 órás védelem,
b) munkahelyen töltött időre korlátozott,
c) munkahelyi és úti fedezetre korlátozott,
d) a biztosítási kötvényben részletezett egyéb módon meghatározott időbeli hatály.

A biztosítási védelem időbeli hatálya legkorábban a biztosítási szerződés kockázatviselésének megkezdésekor kezdődik és legfeljebb a kockázatviselés illetve a biztosítási szerződés megszűnéséig tart.

5. A SZERZŐDÉS TARTAMA, A BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓ

5.1. A biztosítási szerződés határozott vagy határozatlan tartamú is lehet.

5.2. Határozatlan tartam esetén a tartamon belüli biztosítási időszak egy év, a biztosítási évforduló minden évben a kockázatviselés kezdetének naptári napja, amely a következő biztosítási időszak kezdő napja is egyben.

6. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MÓDOSÍTÁSA

6.1. Amennyiben a szerződés hatálya alatt, szerződő a szerződés módosítását kezdeményezi, a biztosító a módosítási igényt a biztosítóhoz történő beérkezéstől számított tizenöt napon belül bírálja el.

6.2. A módosított feltételek szerinti kockázatviselés legkorábban a módosítási igény a biztosítóhoz történő beérkezését követő harmincadik nap utáni naptári hónap első napjának nulla órájakor kezdődhet meg, amennyiben a módosítás hatálybalépésének napjáig az eset-

leges többlet díjat megfizették és a biztosító a módosítást elfogadta.

6.3. Amennyiben a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést, illetve a kockázat elvállalását érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, tizenöt napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a feltételek értelmében nem vállalja – a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

7. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE

A biztosítási szerződés megszűnhet:

- évfordulóra történő felmondással,
- díjnemfizetéssel,
- a biztosítási esemény bekövetkezése nélkül, a tartam lejáratakor,
- érdekmúlással,
- szerződő kezdeményezésére közös megegyezéssel.

Évfordulóra történő felmondás

7.1. A biztosítási szerződés írásban, a biztosítási időszak végére mondható fel. A felmondási idő 30 nap. Felmondás esetén a szerződés és a biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak utolsó napján, huszonnégy (24.00) órakor maradékjogok nélkül megszűnik.

Díjnemfizetés

7.2. Amennyiben az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harmincnapos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti. A szerződő előzetes felhatalmazása alapján a biztosító – jelen pont szerinti felhívási kötelezettségének – jogosult a szerződő által megadott e-mail címre küldött értesítés útján eleget tenni.

7.3. Amennyiben az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg, és a biztosító – a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó, fentiekben részletezett szabályok alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.

Tartam lejárata

7.4. A biztosítási szerződés a határozott tartam utolsó napján megszűnik.

Érdekmúlás

7.5. Amennyiben a biztosító kockázatviselésének tartama alatt a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált, vagy a biztosítási érdek megszűnt, az érdekmúlás napjával a biztosító kockázatviselése és egyben a biztosítási szerződés vonatkozó része is – biztosítási esemény bekövetkezése nélkül – megszűnik. A biztosítót ebben az esetben az érdekmúlás utolsó napjáig esedékes díj illeti meg.

Közös megegyezés

7.6. A biztosítási szerződés a felek közös megegyezésével bármikor megszüntethető. Ilyen esetben a biztosítót a megszűnés napjáig járó díj illeti meg.

8. DÍJFIZETÉS, PÓTDÍJ

8.1. A biztosítás díját a biztosító biztosítási időszakonként határozza meg. A biztosítás teljes díja egy adott kockázati csoport egy biztosítottjának egy kockázati napra jutó (egész forintra kerekített) díja alapján számított, az adott csoport létszámának és a biztosítási időszak hosszának figyelembe vételével kalkulált, kockázati csoportonként meghatározott részdíjak összege.

8.2. A biztosítás éves díjú, amely éves díj havi, negyedéves, féléves részletekben is megfizethető. A díjfizetési gyakoriság az ajánlaton és a biztosítási kötvényen kerül meghatározásra.

8.3. A biztosítás első díja a kockázatviselés megkezdésekor esedékes.

8.4. A biztosítás folytatólagos díja mindig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj, vagy díjrészlet vonatkozik.

8.5. A soron következő biztosítási időszakra vonatkozó díjat a biztosító köteles a biztosítási időszak megkezdése előtt legalább hatvan nappal a szerződő tudomására hozni.

8.6. A díjnemfizetéssel megszűnt biztosítási szerződést, a biztosítási díjnak a megszűnést követő, utólagos megfizetése nem helyezi újra hatályba.

8.7. A szerződés díjnemfizetéses megszűnését követő százhúsz napon belül a felek a szerződést közös megegyezéssel, az elmaradt díj megfizetését követően, újra érvénybe helyezhetik (reaktiválás).

8.8. A biztosító kockázatviselése az újra érvénybe helyezés és a díj utólagos megfizetése révén sem terjed ki a szerződés megszűnése és az újra érvénybe helyezésének időpontja között eltelt időszakra.

8.9. Szerződő jogosult az általa a szerződéskötéskor, vagy a szerződés tartama alatt választott díjfizetési gyakoriságot és díjfizetési módot megváltoztatni. A szerződő által írásban benyújtott módosítási igényt a biztosító legkorábban a módosítási igény – a biztosítóhoz történő – beérkezését követő harmincadik nap utáni első esedékességkor érvényesíti.

9. BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

9.1. A biztosítási összeg a biztosítási ajánlaton, illetve a biztosítási kötvényen biztosítotti csoportonként és biztosítási eseményenként külön-külön meghatározott összeg.

9.2. A szerződő által az egyes biztosítotti csoportokhoz tartozó, biztosítási eseményekhez rendelt biztosítási összeg a biztosító – biztosított személyenként és biztosítási eseményenként nyújtott – térítésének felső határa, egyben a személyenkénti biztosítási díj megállapításának alapja is.

9.3. Az egyes biztosítási események, illetve az ezekhez rendelt biztosítási összegek ugyanazon csoportba sorolt biztosítottak vonatkozásában egységesek, egy szerződés azonban – több biztosítotti csoport esetén – ugyanazon biztosítási eseményekhez tartozóan akár eltérő biztosítási összegeket is tartalmazhat.

9.4. Az egyes biztosítottakhoz, illetve kockázati csoportokhoz rendelt biztosítási események biztosítási összegeinek módosítását a szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal kezdeményezheti. Az ilyen nyilatkozat a biztosítási szerződés módosítására vonatkozó kezdeményezésnek minősül, amelyet a biztosító a jelen feltételek 6.1. pontja szerint bírál el.

10. A SZERZŐDŐ, BIZTOSÍTOTT, KEDVEZMÉNYEZETT KÖTELEZETTSÉGEI

Tájékoztatási kötelezettség

10.1. A szerződő köteles tájékoztatni a biztosítottakat a szerződés tartalmáról, valamint az abban bekövetkezett esetleges változásokról, továbbá a szerződés megszüntetéséről.

Közlési kötelezettség

10.2. A szerződő és a biztosított szerződéskötéskor köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismert, vagy ismernie kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

10.3. A biztosító által előírt esetleges orvosi vizsgálat a szerződőt és a biztosítottat nem mentesíti a közlési kötelezettség alól.

Változás-bejelentési kötelezettség

10.4. A változás-bejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat, egyikük sem védekezhet olyan körülmény, vagy változás nemtudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett és az közlésre, bejelentésre köteles lett volna.

10.5. A szerződő és a biztosított köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges körülmények változását tíz munkanapon belül, írásban bejelenteni a biztosítónak. Lényegesnek tekinthető mindaz a körülmény, amelyekre vonatkozóan a biztosítási ajánlaton, illetve az ahhoz kapcsolódó adatlapon egészségi nyilatkozaton kérdés szerepel.

10.6. A biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, a biztosított egészségi állapotára vonatkozó további kérdéseket tehet fel, vagy orvosi vizsgálatot írhat elő.

10.7. A közlésre, illetőleg a változás-bejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott, vagy be nem jelentett körülményt a biztosító szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, vagy annak súlyosbodásában.

Kármegelőzési, kárenyhítési kötelezettség

10.8. A biztosított köteles a tőle telhető módon mindent megtenni a káresemények megelőzése, illetve a bekövetkezett károk enyhítése céljából.

10.9. Bármilyen testi sérülést követően a biztosítottnak a lehető legrövidebb időn belül gyakorló szakorvoshoz kell fordulnia és kárenyhítési kötelezettségéből adódóan, annak orvosi tanácsait köteles pontosan betartani. A biztosító nem felelős azokért a következményekért, amelyek a biztosítottnak a biztosítási esemény káros következményei elhárítására, illetve enyhítésére vonatkozó kötelezettségeinek elmulasztásából erednek.

Kárbejelentési kötelezettség

10.10. A biztosító szolgáltatásával kapcsolatos igényt írásban, a biztosító központi kárrendezési egységéhez kell benyújtani.

A központi kárrendezés címe:
• 1108 Budapest, Venyige u. 3.

Egyéb elérhetőségek:
• Tel.: (+36-1) 433-1182
• Fax: (+36-1) 433-1181
• E-mail: kar@kobe.hu

10.11. A biztosító szolgáltatásával kapcsolatos igényérvényesítést a szerződőnek, illetve a biztosítottnak kell kezdeményeznie. A kárigényt a bekövetkezéstől, illetve a tudomásra jutástól számított lehető legkorábban, de legfeljebb tizenöt napon belül – a biztosító által rendelkezésre bocsátott kárbejelentő nyomtatvány kitöltésével – minden esetben írásban is be kell nyújtani a biztosítónak, egyben lehetővé kell tenni a bejelentés tartalmának ellenőrzését.

10.12. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosított kárbejelentéssel kapcsolatos kötelezettségeit nem teljesíti és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

10.13. Baleseti halál esetén a tudomásra jutástól számított legkésőbb öt munkanapon belül értesíteni kell a biztosítót. A bejelentési kötelezettség elmulasztása esetén a biztosító annyiban mentesül a szolgáltatási kötelezettség teljesítése alól, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké váltak.

10.14. A biztosító által igényelt valamennyi igazolást, nyilatkozatot és bizonyítékot a biztosítónak, az általa meghatározott formában kell benyújtani. Az ezzel kapcsolatos költségeket a biztosító nem téríti meg.

10.15. A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani a biztosítóhoz:

❶ *Minden esetben:*
a) a kedvezményezetti jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
b) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány.
❷ *Baleseti események esetén:*
a) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol a jegyzőkönyv készült.
❸ *Közlekedési balesetek esetén:*
a) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
b) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
c) amennyiben a biztosított, jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata.
❹ *Betegségi eredetű események esetén:*
a) háziorvosi törzskarton, kezelőkarton másolata,
b) a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány másolata (orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről),
c) a kórházi zárójelentés, vagy ambuláns lap másolata,
d) a műtéti leírás másolata, amennyiben ilyen készült,
e) a 30 napot meghaladó gyógytartamról szóló orvosi igazolás másolata,
f) akut szakorvosi ellátás dokumentumai (az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával, röntgenleletek, kontroll vizsgálatok dokumentumai).
❺ *Rokkantsági esetekben:*
a) TB I-II-III. rokkantság esetén a nyugdíjbiztosító határozatának és a határozat mellékleteinek (orvosszakértői intézet szakvélemény) másolata,
b) a kezelőorvos vagy háziorvos nyilatkozata a biztosítási eseménnyel okozati összefüggésbe hozható alapbetegségek első kórismézésnek pontos időpontjával.
❻ *Haláleset esetén:*
a) halotti anyakönyvi kivonat,
b) betegségi eredetű eseményeknél boncolási jegyzőkönyv másolat, amennyiben ilyen készült,
c) halál okát igazoló orvosi, vagy hatósági bizonyítvány (halott vizsgálati bizonyítvány) másolata,
d) amennyiben a biztosított nem jelölt név szerinti kedvezményezettet jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány.

10.16. A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

10.16.1. A biztosító szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez, illetve a büntetőeljárásnak a bíróság jogerős ügydöntő határozatával vagy véglegessé vált nem ügydöntő végzésével történő befejezéséhez, valamint az ügyészségnek vagy a nyomozó hatóságnak a feltételes ügyészi felfüggesztés vagy közvetítői eljárás céljából történő felfüggesztésről szóló, illetve további jogorvoslattal nem támadható eljárást megszüntető határozata meghozatalához a biztosító nem kötheti.

11. A BIZTOSÍTÓ KÖTELEZETTSÉGEI

A biztosító tájékoztatási kötelezettsége

11.1. A biztosító köteles a szerződőt tájékoztatni:

a) a szerződés adatairól – a szerződő ilyen irányú megkeresésekor, haladéktalanul;
b) a bejelentett károk rendezésének státuszáról – a károsult ilyen irányú megkeresésekor, haladéktalanul, illetve a kárrendezés tartama alatt, rendszeresen;
c) a folyamatban lévő kárkifizetésekről, illetve ezek esetleges akadályairól – az akadály felmerülésekor haladéktalanul.

Szolgáltatási kötelezettség

11.2. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító az ajánlaton illetve a biztosítási kötvényben feltüntetett szolgáltatási táblában meghatározott összeget fizeti meg, a különös feltételekben részletezett szabályok alapján.

A szolgáltatási kötelezettség korlátozása

11.3. A várakozási idő alatt bekövetkezett olyan esetek, amelyek lehetetlenülést okoznak, az adott biztosítottra vonatkozó díjvisszatérítést eredményeznek.

11.4. Amennyiben a biztosított életében esedékes valamely szolgáltatásra nem a biztosított jogosult és a biztosítási esemény a kedvezményezett szándékos magatartásával közvetlenül okozati összefüggésbe hozhatóan következik be, úgy a biztosító szolgáltatására a kedvezményezett helyett a biztosított jogosult.

A szolgáltatási kötelezettség határideje, módja

11.5. A biztosító szolgáltatási kötelezettségét a káresemény elbíráláshoz szükséges utolsó dokumentum beérkezésétől számított tizenöt napon belül teljesíti. A kártérítést forintban a kárbejelentéssel egyidejűleg megadott bankszámlára történő utalással teljesíti.

12. MENTESÜLÉS

12.1. Mentesül a biztosító szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással

a) a szerződő fél vagy a biztosított;
b) a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, érdemi vezetésre jogosult tagjuk, alkalmazottjuk, megbízottjuk; vagy
c) a biztosított jogi személy ügyvezetésének vagy szakmai vezetésének vezető beosztású tisztségviselője vagy a biztosított vagyontárgy kezelésére jogosított tagja, munkavállalója vagy megbízottja okozta.

12.2. Mentesül a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a Biztosított, illetve a Szerződő kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét felróhatóan megsértette. A mentesülés olyan mértékű, amilyen mértékben az összefügg a kötelezettség megszegésével.

12.3. Kiegészítő balesetbiztosítás esetén, amennyiben a biztosított baleseti halálát a biztosítási összegre jogosult szándékos magatartása idézte elő, ezen kedvezményezett, vagy örökös vonatkozásában a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól.

13. KIZÁRÁSOK

ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK

13.1. Nem térít a biztosító azon események vonatkozásában, amelyek oka közvetlenül, vagy közvetve, egészben, vagy részben:

a) háború, polgárháború, katonai erő nemzetközi alkalmazása, harci eszköz, vagy hadianyag felhasználásának következménye,
b) polgári zavargás, sztrájk, tüntetés, felkelés, zendülés, fosztogatás, úttorlasz, egyéb erőszakos cselekmény következménye,
c) azbesztózis,
d) bármilyen típusú járvány,
e) bármely fertőző betegség, ettől való félelem, vagy fenyegetettség, függetlenül attól, hogy a félelem, illetve fenyegetettség vélt, vagy valós,
f) ionizáló sugárzás, nukleáris, mérgező biológiai, vagy vegyi anyagok olyan kibocsátása, kiszökése, amely közvetlenül, vagy közvetve nukleáris sugárzást, radioaktív vegyi, biológiai szennyezést eredményez.

13.2. Nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az esetekre, amelyekben a baleseti sérülés – közvetlenül, vagy közvetett módon – az alábbiakban felsorolt kiváltó okok valamelyikével összefüggésben következett be:

a) a biztosítási esemény bekövetkezése előtt már károsodott, sérült, csonkolt, vagy funkciójában korlátozott testrészek, szervek károsodása;
b) patologikus csontszerkezeti elváltozás, illetőleg ezekhez társuló törések;
c) bármely idegi, vagy elmebeli rendellenesség elnevezéstől, vagy osztályozástól függetlenül;
d) pszichiátriai és pszichotikus állapot, bármilyen fajta depresszió, illetve elmebaj;
e) ortoped, degeneratív jellegű elváltozások, illetve az azokhoz társult másodlagos olyan elváltozások, melyek az alapbetegségből következően sérüléshez hasonló, de krónikus eredetű elváltozáshoz vezetnek (pl. gerincoszlop, izületek degeneratív elváltozásai);
f) a biztosított szándékos veszélykereséséből eredő baleset (kivéve az életmentést), ide értve az orvosi előírások szándékos be nem tartásából származó következményeket is;
g) bármely katonai, vagy rendőrségi (rendészeti) szervezetnél fizikai jellegű szolgálatteljesítés alatt bekövetkezett baleset, fegyveres szolgálat teljesítése közben bekövetkezett baleset;
h) bármely hivatásszerűen, versenyszerűen, vagy díjazásért űzött sporttevékenységben (edzésen, versenyen) való részvétel során bekövetkezett baleset;
i) bármely robbanószerekkel, robbanó szerkezetekkel végzett tevékenység során bekövetkezett baleset;
j) a biztosított versenyzőként, vagy nézőként történő részvétele bármely olyan versenyben, vagy versenyre való felkészülésben, amely motoros meghajtású szárazföldi, vízi, vagy légi jármű használatával jár;
k) a biztosított által vezetett bármely légijármű, vagy 125 cm^3-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorral ellátott vízi jármű használata során bekövetkezett balesetekkel összefüggő károkra,
l) az alábbi fokozott veszéllyel járó sport-, hobbitevékenységből származó bármilyen baleset:
   • ejtőernyőzés
   • siklóernyőzés, paplanernyőzés
   • sárkányrepülés
   • motoros sárkányrepülés
   • vitorlázó repülés
   • segédmotoros vitorlázó repülés
   • pályán kívüli síelés
   • gumikötél ugrás
   • vízisíelés
   • jet-ski-zés
   • vadvízi evezés
   • búvárkodás
   • barlangászat
   • vadászat
   • szikla-, hegy- és falmászás
   • lövészet, íjászat
   • paintball
   • bázis ugrás.
m) fagyás, napszúrás, hőguta, napsugár általi égés, továbbá a megemelés, rovarcsípés,

n) gyógykezelés, vagy gyógyászati beavatkozás miatt bekövetkező egészségkárosodások (kivéve, ha annak igénybevételére a szerződés hatálya alá tartozó baleseti esemény miatt volt szükség),
o) balesettel összefüggésbe nem hozható fertőzések,
p) hasi vagy altesti sérv, porckorong sérülés, rándulás, habituális ficam, nem baleseti eredetű vérzés,
q) foglalkozási betegség (ártalom), a fog bármely nem baleseti eredetű sérülése,
r) a biztosított öngyilkossága, ide értve az öngyilkossági szándékkal összefüggő eseményeket is, tekintet nélkül a biztosított tudatállapotára,
s) a biztosított olyan gépjármű használata, amelynek vezetéséhez érvényes engedéllyel nem rendelkezett, vagy amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye és ezen körülmény a biztosítási esemény bekövetkezésében közrehatott,
t) okozati összefüggésbe hozható legalább kettő, vagy több közlekedési szabály egyszerre történő megsértésével,
u) a munkavédelmi szabályok biztosított által történő súlyos megszegése,
v) szívinfarktus.

13.3. Nem minősül biztosítási eseménynek a baleset bekövetkezését megelőzően már sérült, nem ép szervek, testrészek, illetve a biztosítási szerződés megkötése előtt már meglévő balesettel vagy betegséggel okozati összefüggésbe hozható események.

13.4. Nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosító kockázatviselése nem terjed ki igazolt sportoló bármilyen spottevékenysége során bekövetkezett baleseti eredetű eseményekre.

13.5. Nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosító kockázatviselése nem terjed ki az orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolású gyógyszerszedéssel okozati összefüggésbe hozható eseményekre.

13.6. Nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak azzal, hogy a biztosított a számára előírt orvosi kezelésnek nem vetette magát alá, vagy nem követte az orvosi utasításokat.

13.7. Hasfali és lágyéksérv esetén a biztosító kizárólag akkor teljesít szolgáltatást, ha a sérvet kívülről jövő behatás okozta, és az nem öröklött tényezők (adottságok) következményeként keletkezett.

13.8. Porckorongsérv esetén a biztosító kizárólag akkor teljesít szolgáltatást, ha ez a gerincoszlopot ért közvetlen mechanikus behatás, nem pedig egy korábbi betegség súlyosbodásának következménye.

13.9. Belső szervi vérzés és agyvérzés esetén a biztosító kizárólag akkor teljesít szolgáltatást, ha ezt a jelen feltételek szerint balesetnek minősülő esemény okozza.

13.10. Pszichikai reakciók okozta kóros zavarok esetén a biztosító kizárólag akkor teljesít szolgáltatást, ha ezt a jelen feltételek szerint balesetnek minősülő esemény okozza.

14. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

14.1. Jelen biztosítás általános és különös feltételeiben nem szabályozott kérdésekben a 6:63. § (5) bekezdés kivételével a Polgári Törvénykönyv, továbbá a hatályos magyar jog szabályai az irányadók.

14.2. Az általános és különös feltételekben is egyaránt szabályozottak eltérése esetén a különös feltételekben foglaltak az irányadók.

14.3. Amennyiben a különös feltételek másként nem rendelkeznek, jelen biztosítási szerződés alapján keletkezett kártérítési igények a káresemény bekövetkezésétől számított egy év alatt évülnek el.

14.4. Jelen biztosítási szerződés kapcsán esetlegesen felmerülő panaszokat a biztosító központi panaszirodájához lehet benyújtani, szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben):

Cím: 1108 Budapest, Venyige u. 3.
Levelezési cím: 1475 Budapest, Pf. 142.
Telefon: +36-1-433-1180
E-mail: admin@kobe.hu

14.5. A biztosítási szerződés illetve a tagsági jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos esetleges jogviták bírósági eljáráson kívüli rendezésére természetes személy fogyasztó írásban panaszt nyújthat be a Pénzügyi Békéltető Testülethez.

Székhelye: MNB 1054 Budapest, Szabadság tér 9.
Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Levelezési cím: H-1525 Budapest, Pf. 172.
Telefon: +36-1-489-9700
Ügyfélszolgálati telefonszám: +36 (80) 203 776
Telefax: +36-1-489-9102

A Pénzügyi Békéltető Testület eljárása megindításának feltétele, hogy a természetes személy fogyasztó előzetesen a biztosítóval közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

14.6. A fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén az MNB-hez lehet fordulni panasszal.

Levelezési cím: H-1534 Budapest, BKKP, Pf. 777.
Telefon: +36 (80) 203-776
E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu

14.7. A fentiekben részletezett lehetőségeken túl a felek bírósághoz is fordulhatnak, illetve természetes személy fogyasztónak nem minősülő fél csak bírósághoz fordulhat.

14.8. A biztosító felügyeleti szerve a Magyar Nemzeti Bank (MNB).

Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.
Levelezési cím: H-1850 Budapest
Telefon: 06 (1) 428 2600
Webcím: http://felugyelet.mnb.hu
Ügyfélszolgálat címe: 1013 Bp., Krisztina krt. 39.
Ügyfélszolgálat telefonszáma: +36-80-203-776
Ügyfélszolgálat e-mail címe: ugyfelszolgalat@mnb.hu

14.9. Biztosítási titoknak minősül minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

14.10. A biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a törvény (Bit.) által meghatározott egyéb cél lehet.

14.11. A 14.10. pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

14.12. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény 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.

14.13. A Bit. 136. §-a szerint az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a 135. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezelheti.

14.14. Jelen szerződés kapcsán az ügyfél személyes adatainak, továbbá egészségi állapotával összefüggő adatainak kezelésére vonatkozó hozzájárulását az ajánlattétel során és/vagy a biztosítási szolgáltatás igénybevételét közvetlenül megelőzően adja meg.

14.15. A biztosító a személyes adatokat, továbbá az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

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.

14.16. Személyes adatot kezelni, csak meghatározott célból, jog gyakorlása és kötelezettség teljesítése érdekében lehet. Csak olyan személyes adat kezelhető, amely az adatkezelés céljának megvalósulásához elengedhetetlen, a cél elérésére alkalmas, de csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig. Az adatokat a biztosító kezeli és dolgozza fel.

14.17. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn, illetve a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad.

14.18. A Bit. 138. §-a alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
e) az adóhatósággal szemben, 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,
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) a 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 igazga-

tási 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 átvevő biztosítóval,

n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,

o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a 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 Információszabadság Hatósággal,

s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,

t) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal

szemben, ha az a)-j), n), s) és t) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkéréssel, illetve írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)-s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

14.19. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fent meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

14.20. A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

14.21. A biztosító a 14.18. illetve a 14.20. pontokban, a Bit. a 137. §-ban, a 138. §-ban és a 140. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

14.22. 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 2017. évi LIII. 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.

14.23. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

14.24. 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, az adatkérés célját és jogalapját.

14.25. 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 megfe-

lelés 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.

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.

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

a) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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

14.27. 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.

14.28. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

Fentiekben meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

14.29. A Bit. 149. § (1) alapján a biztosító (továbbiakban: 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 (továbbiakban: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a Bit. 149. § (3)–(6) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában.

14.30. 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.

14.31. Az érintett ügyfél kérésére a biztosító köteles tájékoztatást adni az érintett általa kezelt, illetve az általa megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatairól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevéről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá – az érintett személyes adatainak továbbítása esetén – az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről.

14.32. Az érintett kérheti személyes adatainak helyesbítését, továbbá – a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – adatainak zárolását és törlését.

14.33. Az érintett tiltakozhat személyes adatának kezelése ellen,

a) ha a személyes adatok kezelése vagy továbbítása kizárólag az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez vagy az adatkezelő, adatátvevő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve kötelező adatkezelés esetén;
b) ha a személyes adat felhasználása vagy továbbítása közvetlen üzletszerzés, közvélemény-kutatás vagy tudományos kutatás céljára történik; valamint
c) törvényben meghatározott egyéb esetben.

14.34. A biztosító az érintett tiltakozást a kérelem benyújtásától számított legrövidebb időn belül, de legfeljebb 15 napon belül megvizsgálja, annak megalapozottsága kérdésében döntést hoz, és döntéséről a kérelmezőt írásban tájékoztatja. Amennyiben a biztosító az érintett tiltakozásának megalapozottságát megállapítja, az adatkezelést – beleértve a további adatfelvételt és adattovábbítást is – megszünteti, és az adatokat zárolja, valamint a tiltakozásról, továbbá az annak alapján tett intézkedésekről értesíti mindazokat, akik részére a tiltakozással érintett személyes adatot korábban továbbította, és akik kötelesek intézkedni a tiltakozási jog érvényesítése érdekében.

14.35. Amennyiben az érintett a biztosító fentiek szerint meghozott döntésével nem ért egyet, illetve ha a biztosító a fentiek szerinti határidőt elmulasztja, az érintett – a

döntés közlésétől, illetve a határidő utolsó napjától számított 30 napon belül – az Infotv. 22. §-ában meghatározott módon – bírósághoz fordulhat.

14.36. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a különleges adatnak, vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.

14.37. A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a Bit. 138. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a Bit. 138. § (6) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

14.38. A biztosító és a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

14.39. 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.

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

14.41. A biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban és az üzleti titok védelméről szóló 2018. évi LIV. törvényben foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

III. Különös feltételek

Jelen Csoportos Személybiztosítás szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított jelen szabályzatban meghatározott feltételek szerinti bekövetkezett balesete vagy betegsége.

A konkrét szerződés biztosítási eseményeit biztosítottanként és kockázati csoportonként a szerződő határozza meg. A szerződő határozza meg továbbá a biztosítottak körét, valamint az egyes biztosítottak, vagy biztosítotti csoportok kockázati csoporthoz rendelését.

Baleseti halál

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett olyan baleseti eredetű testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb más októl függetlenül, a baleset időpontját követő 365 napon belül, halálát okozza.

2. Biztosító szolgáltatása

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a biztosító a baleset bekövetkezésének időpontjában a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti meg a kedvezményezettnek.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) halotti anyakönyvi kivonat másolata,
h) halál okát igazoló orvosi, vagy hatósági bizonyítvány (halott vizsgálati bizonyítvány) másolata,
i) amennyiben a biztosított nem jelölt név szerinti kedvezményezettet, jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

KÖZLEKEDÉSI EREDETŰ BALESETI HALÁL

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett olyan közlekedési balesete, amely közvetlenül és minden egyéb más októl függetlenül a baleset időpontját követő 365 napon belül halálát okozza.

Közlekedési baleset: olyan szárazföldi, közúti baleset, amelyet a biztosított gyalogosként, gépjármű vezetője vagy utasaként szenved el.

Nem minősül közlekedési balesetnek a biztosítottat, mint gyalogost, vagy jármű utasát ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a biztosítottat mint kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos nem hatott közre.

2. Biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a biztosító a baleset bekövetkezésének időpontjában a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti meg a kedvezményezettnek.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) halotti anyakönyvi kivonat másolata,
h) halál okát igazoló orvosi, vagy hatósági bizonyítvány (halott vizsgálati bizonyítvány) másolata,
i) amennyiben a biztosított nem jelölt név szerinti kedvezményezettet jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan baleseti testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a baleset időpontját követő kettő éven belül, a biztosított biztosító által megállapított maradandó, részleges vagy teljes egészségkárosodását eredményezi.

Jelen biztosítás szempontjából egészségkárosodásnak minősül valamennyi olyan testi és/vagy szellemi működőképesség csökkenés, amely a biztosított szokásos életvitelét korlátozza.

Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

2. Biztosító szolgáltatása

A biztosított teljes, 100%-os rokkantsága esetén, a biztosító a baleseti rokkantság megállapított teljes biztosítási összeget fizeti meg.

A biztosított részleges maradandó rokkantsága esetén, a biztosító a rokkantságra megállapított aktuális biztosítási összegnek a rokkantság fokával azonos arányú hányadát fizeti meg.

A rokkantság fokát az 1. számú függelékben részletezett Rokkantsági táblázatra tekintettel, a biztosító orvosa állapítja meg, a testi funkcióvesztés, a szövődmények és a balesetből eredő, egyéb sérülések figyelembevételével.

A biztosító orvosát más orvosok, illetőleg orvosszakértői testületek döntése nem köti.

A biztosító a rokkantság jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. A rokkantság jellegét, maradandóságát és mértékét, legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezését követő kettő éven belül meg kell állapítani.

A maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítása az általános testi és szervi funkcióvesztés alapján történik és független a tényleges munkaképesség csökkenésétől, a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől. A baleset következtében kialakult esetleges esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok, önmagukban nem képezhetik a maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) akut szakorvosi ellátás dokumentumai (az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával, röntgenleletek, kontroll vizsgálatok dokumentumai),
h) a baleset időpontját követően az egészségkárosodással kapcsolatban keletkezett valamennyi orvosi dokumentum másolata.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Ugyanazon balesetből származó, több egészségkárosodás esetén az egyes egészségkárosodásokra meghatározott százalékos értékek összegzésre kerülnek, de a szolgáltatás teljes összege nem haladhatja meg a baleseti rokkantságra megállapított teljes biztosítási összeget.

Egy biztosítási évben több különböző balesetből eredő maradandó egészségkárosodásokra meghatározott százalékos értékek összegzésre kerülnek, de a szolgáltatás teljes összege nem haladhatja meg a baleseti rokkantságra megállapított teljes biztosítási összeget.

Amennyiben a biztosító a baleseti rokkantság esetén a biztosított halála előtt már teljesített szolgáltatást, úgy az ugyanazon okból bekövetkező baleseti halál esetére járó biztosítási összegből, a már kifizetett rokkantsági szolgáltatás összege levonásra kerül és a biztosító csak a különbözetet fizeti ki.

A biztosított számára a jelen feltételek alapján nyújtott fedezet megszűnik, amikor a teljes biztosítási összeg kifizetése megtörtént.

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

KÖZLEKEDÉSI BALESETBŐL EREDŐ MARADANDÓ EGÉSZSÉGKÁROSODÁS

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan közlekedési balesetből eredő testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a baleset időpontját követő kettő éven belül, a biztosított biztosító által megállapított maradandó, részleges vagy teljes egészségkárosodását eredményezi.

Közlekedési baleset: olyan szárazföldi, közúti baleset, amelyet a biztosított gyalogosként, gépjármű vezetője vagy utasaként szenved el.

Nem minősül közlekedési balesetnek a biztosítottat, mint gyalogost, vagy jármű utasát ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a biztosítottat mint kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos nem hatott közre.

Jelen biztosítás szempontjából egészségkárosodásnak minősül valamennyi olyan testi és/vagy szellemi működőképesség csökkenés, amely a biztosított szokásos életvitelét korlátozza.

Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

2. Biztosító szolgáltatása

A biztosított teljes, 100%-os rokkantsága esetén, a biztosító a baleseti rokkantságra megállapított teljes biztosítási összeget fizeti meg.

A biztosított részleges maradandó rokkantsága esetén, a biztosító a rokkantságra megállapított aktuális biztosítási összegnek a rokkantság fokával azonos arányú hányadát fizeti meg.

A rokkantság fokát az 1. számú függelékben részletezett Rokkantsági táblázatra tekintettel, a biztosító orvosa állapítja meg, a testi funkcióvesztés, a szövődmények és a balesetből eredő, egyéb sérülések figyelembevételével.

A biztosító orvosát más orvosok, illetőleg orvosszakértői testületek döntése nem köti.

A biztosító a rokkantság jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. A rokkantság jellegét, maradandóságát és mértékét, legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezését követő kettő éven belül meg kell állapítani.

A maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítása az általános testi és szervi funkcióvesztés alapján történik és független a tényleges munkaképesség csökkenésétől, a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől. A baleset következtében kialakult esetleges esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok, önmagukban nem képezhetik a maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) akut szakorvosi ellátás dokumentumainak (az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával, röntgenleletek, kontroll vizsgálatok dokumentumai) másolata,
h) a baleset időpontját követően az egészségkárosodással kapcsolatban keletkezett valamennyi orvosi dokumentum másolata.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Ugyanazon balesetből származó, több egészségkárosodás esetén az egyes egészségkárosodásokra meghatározott százalékos értékek összegzésre kerülnek, de a szolgáltatás teljes összege nem haladhatja meg a közlekedési balesetből eredő rokkantságra megállapított teljes biztosítási összeget.

Egy biztosítási évben több különböző balesetből eredő maradandó egészségkárosodásokra meghatározott százalékos értékek összegzésre kerülnek, de a szolgáltatás teljes összege nem haladhatja meg a közlekedési balesetből eredő rokkantságra megállapított teljes biztosítási összeget.

Amennyiben a biztosító a baleseti rokkantság esetén a biztosított halála előtt már teljesített szolgáltatást, úgy az ugyanazon okból bekövetkező baleseti halál esetére járó biztosítási összegből a már kifizetett rokkantsági szolgál-

tatás összege levonásra kerül és a biztosító csak a különbözetet fizeti ki.

A biztosított számára a jelen feltételek alapján nyújtott fedezet megszűnik, amikor a teljes biztosítási összeg kifizetése megtörtént.

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGKÁROSODÁS PROGRESSZÍV TÉRÍTÉSSEL

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan baleseti testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a baleset időpontját követő kettő éven belül, a biztosított biztosító által megállapított maradandó, részleges vagy teljes egészségkárosodását eredményezi.

Jelen biztosítás szempontjából egészségkárosodásnak minősül valamennyi olyan testi és/vagy szellemi működőképesség csökkenés, amely a biztosított szokásos életvitelét korlátozza.

Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

2. Biztosító szolgáltatása

A biztosított maradandó egészségkárosodása esetén, a biztosító az 1. számú függelékben részletezett Rokkantsági táblázat szerint megállapított rokantsági fok alapján, a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összegnek, a 2. számú függelékben meghatározott százalékát fizeti meg a kedvezményezettnek.

A progresszív szolgáltatás mértékét meghatározó százalékos értékek a maradandó egészségkárosodás fokának függvényében 26% alatti rokkantsági fok esetén megegyeznek a rokkantság mértékével, 26%-ot meghaladó mértékű rokkantság esetén a 2. számú függelékben meghatározott progresszív skála alapján kerülnek megállapításra.

A rokkantság fokát az 1. számú függelékben részletezett Rokkantsági táblázatra tekintettel, a biztosító orvosa állapítja meg, a testi funkcióvesztés, a szövődmények és a balesetből eredő egyéb sérülések figyelembevételével.

A biztosító orvosát más orvosok, illetőleg orvosszakértői testületek döntése nem köti.

A biztosító a rokkantság jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. A rokkantság jellegét, maradandóságát és mértékét, legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezését követő kettő éven belül meg kell állapítani.

A maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítása az általános testi és szervi funkcióvesztés alapján történik és független a tényleges munkaképesség csökkenésétől, a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől. A baleset következtében kialakult esetleges esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok, önmagukban nem képezhetik a maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) akut szakorvosi ellátás dokumentumainak (az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával, röntgenleletek, kontroll vizsgálatok dokumentumai) másolata,
h) a baleset időpontját követően az egészségkárosodással kapcsolatban keletkezett valamennyi orvosi dokumentum másolata.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Ugyanazon balesetből származó, több egészségkárosodás esetén az egyes egészségkárosodásokra meghatározott százalékos értékek összegzésre kerülnek, de a szolgáltatás teljes összege nem haladhatja meg a baleseti rokkantságra megállapított teljes biztosítási összeget.

Egy biztosítási évben több különböző balesetből eredő maradandó egészségkárosodásokra meghatározott százalékos értékek összegzésre kerülnek, de a szolgáltatás teljes összege nem haladhatja meg a baleseti rokkantságra megállapított teljes biztosítási összeget.

Amennyiben a biztosító a baleseti rokkantság esetén a biztosított halála előtt már teljesített szolgáltatást, úgy az ugyanazon okból bekövetkező baleseti halál esetére járó biztosítási összegből a már kifizetett rokkantsági szolgáltatás összege levonásra kerül és a biztosító csak a különbözetet fizeti ki.

A biztosított számára a jelen feltételek alapján nyújtott fedezet megszűnik, amikor a teljes biztosítási összeg kifizetése megtörtént.

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

KÖZLEKEDÉSI BALESETBŐL EREDŐ MARADANDÓ EGÉSZSÉGKÁROSODÁS PROGRESSZÍV TÉRÍTÉSSEL

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan közlekedési balesetből eredő testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a baleset időpontját követő kettő éven belül, a biztosított a biztosító által megállapított maradandó, részleges vagy teljes egészségkárosodását eredményezi.

Közlekedési baleset: olyan szárazföldi, közúti baleset, amelyet a biztosított gyalogosként, gépjármű vezetője vagy utasaként szenved el.

Nem minősül közlekedési balesetnek a biztosítottat, mint gyalogost, vagy jármű utasát ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a biztosítottat mint kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos nem hatott közre.

Jelen biztosítás szempontjából egészségkárosodásnak minősül valamennyi olyan testi és/vagy szellemi működőképesség csökkenés, amely a biztosított szokásos életvitelét korlátozza.

Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

2. Biztosító szolgáltatása

A biztosított maradandó egészségkárosodása esetén a biztosító az 1. számú függelékben részletezett Rokkantsági táblázat szerint megállapított rokantsági fok alapján, a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összegnek, a 2. számú függelékben meghatározott százalékát fizeti meg a kedvezményezettnek.

A progresszív szolgáltatás mértékét meghatározó százalékos értékek a maradandó egészségkárosodás fokának függvényében 26% alatti rokkantsági fok esetén megegyeznek a rokkantság mértékével, 26%-ot meghaladó mértékű rokkantság esetén a 2. számú függelékben meghatározott progresszív skála alapján kerülnek megállapításra.

A rokkantság fokát az 1. számú függelékben részletezett Rokkantsági táblázatra tekintettel, a biztosító orvosa állapítja meg, a testi funkcióvesztés, a szövődmények és a balesetből eredő, egyéb sérülések figyelembevételével.

A biztosító orvosát más orvosok, illetőleg orvosszakértői testületek döntése nem köti.

A biztosító a rokkantság jellegének, maradandóságának és mértékének egyértelmű orvosi megállapítását megelőzően szolgáltatást nem teljesít. A rokkantság jellegét, maradandóságát és mértékét, legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezését követő kettő éven belül meg kell állapítani.

A maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítása az általános testi és szervi funkcióvesztés alapján történik és független a tényleges munkaképesség csökkenésétől, a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől. A baleset következtében kialakult esetleges esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok, önmagukban nem képezhetik a maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) akut szakorvosi ellátás dokumentumainak (az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával, röntgenleletek, kontroll vizsgálatok dokumentumai) másolata,
h) a baleset időpontját követően az egészségkárosodással kapcsolatban keletkezett valamennyi orvosi dokumentum másolata.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Ugyanazon balesetből származó, több egészségkárosodás esetén az egyes egészségkárosodásokra meghatározott százalékos értékek összegzésre kerülnek, de a szolgáltatás teljes összege nem haladhatja meg a közlekedési balesetből eredő rokkantságra megállapított teljes biztosítási összeget.

Egy biztosítási évben több különböző balesetből eredő maradandó egészségkárosodásokra meghatározott százalékos értékek összegzésre kerülnek, de a szolgáltatás teljes összege nem haladhatja meg a közlekedési balesetből eredő rokkantságra megállapított teljes biztosítási összeget.

Amennyiben a biztosító a baleseti rokkantság esetén a biztosított halála előtt már teljesített szolgáltatást, úgy az ugyanazon okból bekövetkező baleseti halál esetére járó biztosítási összegből a már kifizetett rokkantsági szolgáltatás összege levonásra kerül és a biztosító csak a különbözetet fizeti ki.

A biztosított számára a jelen feltételek alapján nyújtott fedezet megszűnik, amikor a teljes biztosítási összeg kifizetése megtörtént.

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

Baleseti kórházi napi térítés

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan baleseti testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül, a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül a biztosított – a szerződő által választott és a kötvényben is feltüntetett önrésznapot meghaladó – folyamatos kórházi fekvőbeteg kezelését eredményezi.

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

A kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.

Jelen balesetbiztosítás szempontjából kórháznak minősül a magyar hatóságok által, a hatályos jogszabályoknak megfelelő működési engedéllyel rendelkező és kórházként nyilvántartott egészségügyi intézmény, amely állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt áll.

2. Biztosító szolgáltatása

A biztosított folyamatos kórházi ápolása esetén a biztosító a kötvényben is feltüntetett önrésznapokat meghaladó ápolási napokra, a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti, legfeljebb a gyógyintézeti tartózkodás kezdetétől számított 365. napig.

A biztosító nem teljesít szolgáltatást az önrésznapok tartamára, valamint azokra a napokra, amelyeken a biztosított nem tartózkodik a kórházban, vagy az ott-tartózkodásának tartama 24 óránál rövidebb, a kórházba történő felvétel, vagy az onnan történő elbocsátás napjának kivételével.

60 napot meghaladó kórházi tartózkodás esetén a biztosító a biztosított kérésére előleget fizethet.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a baleset időpontját követően az egészségkárosodással kapcsolatban keletkezett valamennyi orvosi dokumentum másolata.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

Baleseti műtéti térítés

(egységes)

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan baleseti testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül, a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül, a biztosított szakorvos által elvégzendő, műtéti ellátását teszi szükségessé.

Jelen biztosítás szempontjából műtétnek minősül minden olyan – szakorvos által – az orvosi szakma szabályai szerint végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás, vagy kór megállapítása céljából kórházban hajtottak végre.

2. Biztosító szolgáltatása

Amennyiben a műtét igazoltan megtörtént, a biztosító kifizeti a biztosítási eseményre érvényben lévő aktuális biztosítási összeget.

Amennyiben ugyanazon balesetből kifolyólag egy napon, vagy egy eljárásban több műtétet is végeznek, a biztosított a legmagasabb százalékos besorolású műtéthez tartozó biztosítási összegre lesz jogosult.

A műtéti beavatkozást követő két héten belül elvégzett ugyanazon műtéti beavatkozás jelen biztosítás szempontjából nem minősül újabb biztosítási eseménynek.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a kórházi zárójelentés vagy ambulánslap másolata,
h) a műtéti leírás másolata, amennyiben ilyen készült.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

Baleseti műtéti térítés

(kategorizált)

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan baleseti testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül, a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül, a biztosított szakorvos által elvégzendő, műtéti ellátását teszi szükségessé.

Jelen biztosítás szempontjából műtétnek minősül minden olyan – szakorvos által – az orvosi szakma szabályai szerint végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás, vagy kór megállapítása céljából kórházban hajtottak végre.

A különböző műtéteket a biztosító kategorizálja, csoportba sorolja BNO WHO (World Health Organization) kódok szerint. A műtéti listát a 3. számú függelék tartalmazza.

2. Biztosító szolgáltatása

Amennyiben a műtét igazoltan megtörtént, a biztosító kifizeti a kötvényben meghatározott biztosítási összegnek az elvégzett műtét műtéti csoportjához rendelt százalékos mértékét.

Amennyiben az elvégzett műtéti beavatkozás a műtéti listában részletezett műtéti csoportban nem került meghatározásra, a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg. A biztosító orvosát más orvosok, illetőleg orvosszakértői testületek döntése nem köti.

Amennyiben ugyanazon balesetből kifolyólag egy napon, vagy egy eljárásban több műtétet is végeznek, a biztosított a legmagasabb százalékos besorolású műtéthez tartozó biztosítási összegre lesz jogosult.

A műtéti beavatkozást követő két héten belül elvégzett ugyanazon műtéti beavatkozás jelen biztosítás szempontjából nem minősül újabb biztosítási eseménynek.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a kórházi zárójelentés vagy ambulánslap másolata,
h) a műtéti leírás másolata, amennyiben ilyen készült.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

Baleseti eredetű keresőképtelenség

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan baleseti testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül, a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül a biztosított – a szerződő által választott és a kötvényben is feltüntetett önrésznapot meghaladó mértékű – orvosi szempontból indokolt keresőképtelenségét idézi elő.

Jelen biztosítás szempontjából keresőképtelennek minősül a biztosított, ha a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete folytán saját jogon keresőképtelen állományba veszik és táppénz igénybevételére jogosult. A keresőképtelenség tartamát és megalapozottságát a hatályos jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.

2. Biztosító szolgáltatása

A biztosított folyamatos keresőképtelensége esetén a biztosító a szerződő által választott önrésznapot meghaladó keresőképtelenségi napokra a kötvényben meghatározott és a baleset bekövetkezésének napján érvényes biztosítási összeget fizeti, legfeljebb a táppénzes állománybavétel napjától számított 300. napig.

Ugyanazon balesettel összefüggésben a biztosító legfeljebb 300 keresőképtelenségi napra nyújt térítést.

A biztosító ugyanazon biztosított, egy vagy több balesetével kapcsolatos, egy biztosítási időszakra jutó térítésének felső határa 300 keresőképtelenségi nap.

A biztosító nem teljesít szolgáltatást az önrésznapok tartamára.

60 napot meghaladó keresőképtelenség esetén a biztosító a biztosított kérésére előleget fizethet.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány másolata (orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről),
h) a kórházi zárójelentés, vagy ambuláns lap másolata,
i) műtéti leírás másolat, amennyiben ilyen készült.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

Baleseti gyógyulási támogatás

15 napon túl gyógyuló sérülések esetén

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan baleseti testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül, a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül a biztosított 15 napon túl gyógyuló sérülését okozza.

Jelen biztosítás szempontjából 15 napon túl gyógyuló sérülésnek minősül, ha a biztosítottat legalább 15 egymást követő naptári napon orvos által igazoltan, keresőképtelennek minősítették, vagy az iskolalátogatási kötelezettség alól orvosi előírásra felmentették.

2. Biztosító szolgáltatása

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a baleset bekövetkezésekor hatályos biztosítási összeget fizeti meg.

Ugyanazon balesetből eredő, egymást követő, többszöri gyógytartamok nem adódnak össze.

A biztosító egy biztosítási időszakra és egy biztosítottra vonatkozó térítésének felső határa a biztosítási összeg, amely egy biztosítási időszakon belül nem többszöröződhető.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a kórházi zárójelentés, vagy ambuláns lap másolata,
h) a 15 napot meghaladó gyógytartamról szóló orvosi igazolás másolata,
i) akut szakorvosi ellátás dokumentumainak (az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával, röntgenleletek, kontroll vizsgálatok dokumentumai) másolata.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

Baleseti gyógyulási támogatás

30 napon túl gyógyuló sérülések esetén

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan baleseti testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül, a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül a biztosított 30 napon túl gyógyuló sérülését okozza.

Jelen biztosítás szempontjából 30 napon túl gyógyuló sérülésnek minősül, ha a biztosítottat legalább 30 egymást követő naptári napon orvos által igazoltan, keresőképtelennek minősítették, vagy az iskolalátogatási kötelezettség alól orvosi előírásra felmentették.

2. Biztosító szolgáltatása

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a baleset bekövetkezésekor hatályos biztosítási összeget fizeti meg.

Ugyanazon balesetből eredő, egymást követő, többszöri gyógytartamok nem adódnak össze.

A biztosító egy biztosítási időszakra és egy biztosítottra vonatkozó térítésének felső határa a biztosítási összeg, amely egy biztosítási időszakon belül nem többszöröződhető.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a kórházi zárójelentés, vagy ambuláns lap másolata,
h) a 30 napot meghaladó gyógytartamról szóló orvosi igazolás másolata,
i) akut szakorvosi ellátás dokumentumainak (az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával, röntgenleletek, kontroll vizsgálatok dokumentumai) másolata.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

Baleseti eredetű égési sérülés

1. Biztosítási esemény

A biztosított a kockázatviselés ideje alatt elszenvedett baleseti eredetű égési sérülése.

2. Biztosító szolgáltatása

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító kifizeti az adott biztosítási eseményre, a baleset bekövetkezésének napján érvényben lévő, aktuális biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától és kiterjedtségétől függő – az alábbi táblázat szerinti – meghatározott százalékát.

Szolgáltatás mértéke a biztosítási összeg százalékában	Égési sérülés kiterjedése a testfelület százalékában		
Égési sérülés mértéke	1–20%	21–60%	61–100%
I. fokú	5%	10%	20%
II. fokú	10%	20%	30%
III. fokú	30%	50%	100%
IV. fokú	100%	100%	100%
Szájüreg égése			100%
Légcső égése			200%

Amennyiben ugyanazon balesetből kifolyólag a biztosított egyszerre többféle fokú égési sérülést is szenved, a szolgáltatás összegét a biztosító a legmagasabb fokú sérülés alapján, a megégett teljes testfelület figyelembevételével nyújtja.

Amennyiben a biztosított közvetlenül az égési sérülések következtében elhalálozik, a biztosító a sérülés súlyosságától függetlenül a baleset bekövetkezésének napján aktuális biztosítási összeg 200%-át fizeti meg.

Amennyiben ugyanazon baleset következtében a baleseti eredetű égési sérülés, vagy a baleseti eredetű csonttörés biztosítási események is bekövetkeznek, a biztosító csak a magasabb összegű térítéssel járó biztosítási esemény alapján nyújt szolgáltatást.

A biztosító egy biztosítási időszakra és egy biztosítottra vonatkozó térítésének felső határa a biztosítási összeg, amely egy biztosítási időszakon belül nem többszöröződhető.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a kórházi zárójelentés, vagy ambuláns lap másolata,
h) műtéti leírás másolat, amennyiben ilyen készült,
i) akut szakorvosi ellátás dokumentumai (az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával, röntgenleletek, kontroll vizsgálatok dokumentumai),
j) biztosított halála esetén:
   - halotti anyakönyvi kivonat,
   - halál okát igazoló orvosi, vagy hatósági bizonyítvány,
   - amennyiben a biztosított nem jelölt név szerinti kedvezményezettet jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

Baleseti eredetű csonttörés

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan baleseti testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül csont törését, vagy a csont repedését eredményezi.

Jelen biztosítás szempontjából a fogtörés nem minősül biztosítási eseménynek.

2. Biztosító szolgáltatása

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító kifizeti az adott biztosítási eseményre, a baleset bekövetkezésének napján érvényben lévő, aktuális biztosítási összeget.

Amennyiben ugyanazon balesetből kifolyólag a biztosított többszörös csonttörést csontrepedést szenved, a biztosítási összeg csak egyszeresen kerül kifizetésre.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a kórházi zárójelentés, vagy ambuláns lap másolata,
h) akut szakorvosi ellátás dokumentumainak (az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával, röntgenleletek, kontroll vizsgálatok dokumentumai) másolata.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

KRITIKUS BETEGSÉGRE SZÓLÓ BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett olyan – a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest – előzmény nélküli, váratlan, az alábbiakban felsorolt valamely betegsége:

a) szívizomelhalás (szívinfarktus)
b) rosszindulatú daganatos megbetegedés
c) agyi érkatasztrófa
d) krónikus veseelégtelenség
e) szívkoszorúér műtét
f) szervátültetés
g) AIDS

Jelen biztosítás szempontjából szívizomelhalásnak minősül a szívizom egy részének vagy részeinek gyors elhalása, amelynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek alkalmazása szempontjából szívizominfarktus alatt a szívizomelhalásnak azon kóros állapotai értendők, amelyeknél az elhalt terület kiterjedése olyan mértékű, hogy az a szokásos 12 elvezetéses EKG felvételen kóros Q hullám megjelenését eredményezi.

Jelen biztosítás szempontjából rosszindulatú daganat (malignus tumor) a rosszindulatúság jegyeit mutató szövet korlátlan növekedése, illetve a szöveti atypia jegyeit mutató sejtek kontrollálatlan szaporodása és ezen szövet illetve sejtek terjedése (inváziója) vagy áttét képzése (metasztázis) a környező vagy távolabbi ép szövetek, sejtek között. A meghatározás magában foglalja a szervezet különböző szerveiből kinduló (solid) daganatokat, valamint a vér- és nyirokrendszerből kiinduló rosszindulatú daganatos (rendszer)betegségeket (leukémia, lymphóma, Hodgkin-kór).

Jelen biztosítás szempontjából nem biztosítási esemény:

- a bőrdaganatok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganata (melanoma malignum),
- a „korai malignus" („pre-malignus" és „pre-carcinomás) elfajulását mutató szöveti elváltozások,
- a környezetet nem elárasztó daganatok (carcinoma in situ) esetei,
- a krónikus lymphoid leukémiaés Hodgkin-kór I. stádium esetei.

Jelen biztosítás szempontjából agyi érkatasztrófa az agyi vérellátásnak – pl. az agyi ér trombózisa, embóliája megrepedése által okozott – gyorsan kialakuló olyan zavara, amely az agyszövet kisebb vagy nagyobb területének elhalásához vezet, akut neuróligiai tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak és amelynek maradandó, az esemény bekövetkezése után 30 nap elteltével is egyértelműen fennálló, az érkárosodással okozati összefüggésben álló, kóros idegrendszeri tünetei vannak.

Jelen biztosítás szempontjából krónikus veseelégtelenség akkor áll fenn, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlan módon, olyan mértékben csökkent, hogy a biztosított élete művesekezelés (dialízis) vagy veseátültetés nélkül nem menthető meg, és a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napja művesekezelésre szorul.

Jelen biztosítás szempontjából szívkoszorúér-műtét alatt olyan nyitott mellkasban végzett beavatkozás értendő, amelynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt egy vagy több szűkületének vagy elzáródásának kiiktatása, áthidalása a biztosított más testrészéből kivett ér felhasználásával a szívizom vérellátásának biztosítása érdekében.

Jelen biztosítás szempontjából szervátültetésen olyan műtéti beavatkozás értendő, amelynek során a biztosított – mint szervet kapó (recipiens) testébe más személy (donor) szervezetéből szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.

Jelen biztosítás szempontjából AIDS az az állapot, amelyben a HIV fertőzött vérében a CD4+ (limfociták) sejtek száma tartósan 200 / µl alatt marad és opportunista – az emberben meglévő egyébként ártalmatlan kórokozók okozta – fertőzés lép fel.

2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja

a) Szívizomelhalás: a betegség bekövetkezésének orvosilag megállapított időpontja.
b) Rosszindulatú daganat: a diagnózis legkorábbi felállításnak időpontja.
c) Agyi érkatasztrófa: a maradandó kóros idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 30. nap eltelte.
d) Krónikus veseelégtelenség: a rendszeres művesekezelés megkezdését követő 60 nap eltelte.
e) Szívkoszorúér műtét: a műtét időpontja.
f) Szervátültetés: a műtét időpontja.
g) AIDS: a betegség megállapításnak időpontja.

3. Biztosító szolgáltatása

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti, és ezzel az adott biztosított vonatkozásában a biztosítási szerződés kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó része megszűnik.

A biztosító a szerződés kockázatviselésének kezdetétől számított 3 hónapos várakozási időt köt ki. A várakozási idő alatt a biztosító – kiemelt kockázatú betegségekből eredő – szolgáltatást nem teljesít. Amennyiben a várakozási idő alatt az adott biztosítottra vonatkozóan a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy a jelen biztosítás rá vonatkozóan megszűnik.

Abban az esetben, ha a biztosítási esemény utóbb a biztosított betegségével ok-okozati összefüggésbe hozható halálához vezet, de a szolgáltatás teljesítésére még nem került sor, a biztosító az elhalálozás időpontjában, vagy a szerződés megszűnesekor hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti meg.

A biztosító jelen biztosítási eseménnyel kapcsolatos szolgáltatását kizárólag egyszeresen nyújta, még akkor is, ha a biztosítottnál egy adott biztosítási időszakon belül a jelen pontban felsorolt több betegség együttesen, vagy külön-külön lép fel.

A kritikus betegségre vonatkozó biztosítási kockázat az adott biztosított vonatkozásában megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szolgáltatás teljesítésével.

4. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

Szívinfarktus: a szívinfarktus bekövetkeztét egyértelműen megállapító olyan egészségügyi dokumentumok (orvosi lelet, zárójelentés), amelyeknek tartalmazniuk kell:
- friss szívinfarktusra utaló EKG felvételeket és leleteket,
- a szívizominfarktus jellemző enzimérték változásokat tartalmazó orvosi leleteket,
- a klinikai tünetek leírását.

Rosszindulatú daganat:
- a pozitív – a betegség rosszindulatúságára és a folyamat invazív terjedésére utaló – szövettani vizsgálati lelet másolata.

Agyi érkatasztrófa:
- a betegség bekövetkeztét és a bekövetkezés időpontját megállapító egészségügyi dokumentum,
- neurológiai szakvélemény, amely az esemény után legalább 30 nappal, az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket állapít meg.

Krónikus veseelégtelenség:
- a legalább 60 napja tartó rendszeres művese kezelést igazoló egészségügyi dokumentum másolata.

Szívkoszorúér műtét:
- a műtétet igazoló zárójelentés vagy a műtéti leírás kivonata a műtétet megelőző koszorúérfestés leletével.

Szervátültetés:
- az elvégzett műtéti beavatkozást igazoló egészségügyi dokumentum (orvosi leletek, zárójelentés) másolata.

AIDS:
- legalább két mérési eredmény, amely igazolja, hogy a CD4+ sejtszám a kritikus érték alatt marad,
- az opportunista fertőzést igazoló dokumentum.

A szolgáltatási igény érvényesítéséhez a fentieken túl be kell nyújtani továbbá:

a) a kedvezményezetti jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolatát,
b) a kitöltött kárbejelentő nyomtatványt.

Amennyiben a jelen szabályzatban biztosítási eseményként meghatározott kiemelt kockázatú betegség később a biztosított halálát eredményezi, a szolgáltatás igényléséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:
- halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- boncolási jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
- a biztosított halálát okozó betegség első diagnosztizálásának időpontját, a betegség lefolyását tartalmazó orvosi iratok,
- amennyiben a biztosított nem jelölt név szerinti kedvezményezettet jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

5. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett előzmény nélküli olyan betegsége vagy balesete, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül, a biztosított – a szerződő által választott és a kötvényben is feltüntetett önrésznapot meghaladó tartamú – folyamatos kórházi fekvőbeteg kezelését eredményezi.

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

A kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, utolsó napja, a kórházból történő elbocsátás napja.

Jelen biztosítás szempontjából kórháznak minősül a magyar hatóságok által, a hatályos jogszabályoknak megfelelő működési engedéllyel rendelkező és kórházként nyilvántartott egészségügyi intézmény, amely állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt áll.

Jelen biztosítási esemény vonatkozásában a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megkezdésétől számított 3 hónap várakozási időt határoz meg. A várakozási idő alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag a beleseti eredetű eseményekre terjed ki. Amennyiben a biztosítási szerződés az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre, a biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától.

2. Biztosító szolgáltatása

A biztosított folyamatos kórházi ápolása esetén a biztosító a szerződő által választott önrésznapot meghaladó ápolási napokra a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti, legfeljebb a 120 kórházi ellátási napra.

A biztosító nem teljesít szolgáltatást az önrésznapok tartamára, valamint azokra a napokra, amelyeken a biztosított nem tartózkodik a kórházban, vagy az ott-tartózkodásának tartama 24 óránál rövidebb, a kórházba történő felvétel, vagy az onnan történő elbocsátás napjának kivételével.

60 napot meghaladó kórházi tartózkodás esetén a biztosító a biztosított kérésére előleget fizethet.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a kórházi zárójelentés, vagy ambuláns lap másolata,
h) műtéti leírás másolat, amennyiben ilyen készült.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

MŰTÉTI TÉRÍTÉS

(EGYSÉGES)

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan előzmény nélküli betegsége vagy balesete, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül, a bekövetkezésétől számított egy éven belül a biztosított szakorvos által elvégzendő műtéti ellátását teszi szükségessé.

Jelen biztosítás szempontjából műtétnek minősül minden olyan – szakorvos által – az orvosi szakma szabályai szerint végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás, vagy kór megállapítása céljából kórházban hajtottak végre.

Jelen biztosítási esemény vonatkozásában a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megkezdésétől számított 3 hónap várakozási időt határoz meg. A várakozási idő alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag a baleseti eredetű eseményekre terjed ki. Amennyiben a biztosítási szerződés az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre, a biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától.

2. Biztosító szolgáltatása

Amennyiben a műtét igazoltan megtörtént, a biztosító kifizeti a biztosítási eseményre érvényben lévő aktuális biztosítási összeget.

Amennyiben ugyanazon balesetből kifolyólag több műtétre is sor kerül, a biztosító szolgáltatása nem többszöröződik.

A műtéti beavatkozást követő két héten belül elvégzett ugyanazon műtéti beavatkozás jelen biztosítás szempontjából nem minősül újabb biztosítási eseménynek.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a kórházi zárójelentés, vagy ambuláns lap másolata,
h) műtéti leírás másolata, amennyiben ilyen készült.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

MŰTÉTI TÉRÍTÉS
(KATEGORIZÁLT)

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan előzmény nélküli betegsége vagy balesete, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül, a bekövetkezésétől számított egy éven belül a biztosított szakorvos által elvégzendő műtéti ellátását teszi szükségessé.

Jelen biztosítás szempontjából műtétnek minősül minden olyan – szakorvos által – az orvosi szakma szabályai szerint végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás, vagy kór megállapítása céljából kórházban hajtottak végre.

A különböző műtéteket a biztosító kategorizálja, csoportba sorolja BNO WHO (World Health Organization) kódok szerint. A műtéti listát a 3. számú függelék tartalmazza.

Jelen biztosítási esemény vonatkozásában a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megkezdésétől számított 3 hónap várakozási időt határoz meg. A várakozási idő alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag a baleseti eredetű eseményekre terjed ki. Amennyiben a biztosítási szerződés az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre, a biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától.

2. Biztosító szolgáltatása

Amennyiben a műtét igazoltan megtörtént, a biztosító kifizeti a kötvényben meghatározott biztosítási összegnek az elvégzett műtét műtéti csoportjához rendelt százalékos mértékét.

Amennyiben az elvégzett műtéti beavatkozás a műtéti listában részletezett műtéti csoportban nem került meghatározásra, a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg. A biztosító orvosát más orvosok, illetőleg orvosszakértői testületek döntése nem köti.

Amennyiben ugyanazon balesetből kifolyólag egy napon, vagy egy eljárásban több műtétet is végeznek, a biztosított a legmagasabb százalékos besorolású műtéthez tartozó biztosítási összegre lesz jogosult.

A műtéti beavatkozást követő két héten belül elvégzett ugyanazon műtéti beavatkozás jelen biztosítás szempontjából nem minősül újabb biztosítási eseménynek.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a kórházi zárójelentés, vagy ambuláns lap másolata,
h) műtéti leírás másolata, amennyiben ilyen készült.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

Jelen biztosítási esemény vonatkozásában nem minősül műtétnek és a biztosító nem teljesít szolgáltatást az alábbi beavatkozások elvégzése kapcsán:

Nagyvérköri artéria diagnosztikus katéterezése; gyomortükrözés során végzett kimetszéses szövettani vizsgálat; szövettani vizsgálati mintavétel bőrön át emlőből; hörgőtükrözés; diagnosztikus ízületi csőtükrözés; koszorúserek vizsgálata érfestéssel; ultrahangos vesekőzúzás; orrtörés helyreállítása; fog sebészeti eltávolítása; fogászati csontplasztika; dobhártya „felszúrása”; orrvérzés ellátása edzőszerrel; mandula eltávolítása; gátmetszés; terhesség megszakítása; belső fémrögzítés eltávolítása; emlőplasztika; bőrvarrat; bőrfüggelék kimetszése; nők művi meddővé tétele; idegentest eltávolítása szaruhártyából; könnytömlő átmosása; tetoválás eltávolítása; sebkötözés, tisztítás; csuklótörés zárt helyretétele; ficam zárt helyretétele; combcsontba fúrt dróttal történő húzatás; ízületbe adott injekció; vérátömlesztés; művese-kezelés.

TB I-II. ROKKANTSÁG

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan – a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest – előzmény nélküli betegsége vagy baleseti testi sérülése, amelynek következtében az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet szakvéleménye a biztosítottnál 79%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodást állapít meg feltéve, hogy a biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentést a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezi.

Jelen biztosítási esemény vonatkozásában a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megkezdésétől számított 3 hónap várakozási időt határoz meg. A várakozási idő alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag a baleseti eredetű eseményekre terjed ki. Amennyiben a biztosítási szerződés az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre, a biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától.

2. Biztosító szolgáltatása

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító kifizeti az orvosszakértői szakvélemény kiadásának napján hatályos biztosítási összeget. Amennyiben a szakvélemény kiadásának időpontjában a biztosítási szerződés megszűnt, a biztosító a megszűnésekor hatályos biztosítási összeget téríti.

A biztosítási összeg kifizetésével az adott szerződés adott biztosítottra vonatkozó valamennyi rokkantsági fedezete megszűnik.

Indokolt esetben a biztosító a végleges orvosszakértői szakvélemény kiadása előtt előleget fizethet.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány másolata (orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről),
h) TB I-II. rokkantság esetén a nyugdíjbiztosító határozatának és a határozat mellékleteinek (orvosszakértői intézet szakvéleményének) másolata,
i) a kezelőorvos vagy háziorvos nyilatkozata a biztosítási eseménnyel okozati összefüggésbe hozható alapbetegségek első kórismézésnek pontos időpontjával.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

TB I-II-III.

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan – a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest – előzmény nélküli betegsége vagy baleseti testi sérülése, amelynek következtében az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet szakvéleménye a biztosítottnál 79%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodást állapít meg, vagy 50–79% közé eső egészségkárosodást állapít meg, amelynek rehabilitációja az orvosszakértői intézet szakvéleménye alapján nem javasolt.

Jelen biztosítási esemény vonatkozásában a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megkezdésétől számított 3 hónap várakozási időt határoz meg. A várakozási idő alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag a baleseti eredetű eseményekre terjed ki. Amennyiben a biztosítási szerződés az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre, a biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától.

2. Biztosító szolgáltatása

Amennyiben az orvosszakértői intézet szakvéleménye alapján a biztosított rehabilitációja nem javasolt, a biztosító kifizeti az orvosszakértői szakvélemény kiadásának napján hatályos biztosítási összeget. Amennyiben a szakvélemény kiadásának időpontjában a biztosítási szerződés megszűnt a biztosító a megszűnésekor hatályos biztosítási összeget téríti.

A biztosítási összeg kifizetésével az adott szerződés adott biztosítottra vonatkozó valamennyi rokkantsági fedezete megszűnik.

Amennyiben az orvosszakértői intézet szakvéleménye a biztosítottat rehabilitációra javasolja, a biztosító az orvosszakértői szakvélemény kiadásának napján hatályos biztosítási összeg 50%-át fizeti. Amennyiben a szakvélemény kiadásának időpontjában a biztosítási szerződés megszűnt a biztosító a megszűnésekor hatályos biztosítási összeg 50%-át téríti.

Indokolt esetben a biztosító a végleges orvosszakértői szakvélemény kiadása előtt előleget fizethet.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány másolata (orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről),
h) TB I-II-III. rokkantság esetén a nyugdíjbiztosító határozatának és a határozat mellékleteinek (orvosszakértői intézet szakvéleményének) másolata,
i) a kezelőorvos vagy háziorvos nyilatkozata a biztosítási eseménnyel okozati összefüggésbe hozható alapbetegségek első kórismézésnek pontos időpontjával.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

KERESŐKÉPTELENSÉG

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan – a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest – előzmény nélküli betegsége vagy baleseti testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül, a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül a biztosított – a szerződő által választott és a kötvényben is feltüntetett önrésznapot meghaladó – orvosi szempontból indokolt keresőképtelenségét idézi elő.

Jelen biztosítás szempontjából keresőképtelennek minősül a biztosított, ha a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete vagy betegsége folytán saját jogon keresőképtelen állományba veszik és táppénz igénybevételére jogosult. A keresőképtelenség tartamát és megalapozottságát a hatályos jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.

Jelen biztosítási esemény vonatkozásában a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megkezdésétől számított 3 hónap várakozási időt határoz meg. A várakozási idő alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag a baleseti eredetű eseményekre terjed ki. Amennyiben a biztosítási szerződés az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre, a biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától.

2. Biztosító szolgáltatása

A biztosított folyamatos keresőképtelensége esetén a biztosító a szerződő által választott önrésznapot meghaladó keresőképtelenségi napokra a kötvényben meghatározott és a keresőképtelenség kezdetekor aktuális biztosítási összeget fizeti. Baleset esetén a biztosító legfeljebb 300 napra, betegségi eredetű keresőképtelenség esetén legfeljebb 150 napra nyújt szolgáltatást.

A biztosító nem teljesít szolgáltatást az önrésznapok tartamára.

60 napot meghaladó keresőképtelenség esetén a biztosító a biztosított kérésére előleget fizethet.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány másolata (orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről),
h) a kórházi zárójelentés, vagy ambuláns lap másolata,
i) műtéti leírás másolat, amennyiben ilyen készült,
j) a 30 napot meghaladó gyógytartamról szóló orvosi igazolás másolata,
k) akut szakorvosi ellátás dokumentumai (az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával, röntgenleletek, kontroll vizsgálatok dokumentumai),
l) a kezelőorvos vagy háziorvos nyilatkozata a biztosítási eseménnyel okozati összefüggésbe hozható alapbetegségek első kórismézésnek pontos időpontjával.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

GYÓGYULÁSI TÁMOGATÁS

1. Biztosítási esemény

A biztosított kockázatviselés ideje alatt elszenvedett olyan – a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest – előzmény nélküli betegsége vagy baleseti testi sérülése, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül, a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül a biztosított 30 napon túl gyógyuló sérülését vagy betegségét okozza.

Jelen biztosítás szempontjából 30 napon túl gyógyuló sérülésnek minősül, ha a biztosítottat legalább 30 egymást követő naptári napon orvos által igazoltan, keresőképtelennek minősítették, vagy az iskolalátogatási kötelezettség alól orvosi előírásra felmentették.

Jelen biztosítási esemény vonatkozásában a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megkezdésétől számított 3 hónap várakozási időt határoz meg. A várakozási idő alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag a baleseti eredetű eseményekre terjed ki. Amennyiben a biztosítási szerződés az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre, a biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától.

2. Biztosító szolgáltatása

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a baleset bekövetkezésekor hatályos biztosítási összeget fizeti meg.

Ugyanazon balesetből eredő, egymást követő, többszöri gyógytartamok nem adódnak össze.

A biztosító egy biztosítási időszakra és egy biztosítottra vonatkozó térítésének felső határa a biztosítási összeg, amely egy biztosítási időszakon belül nem többszörözhető.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) a kórházi zárójelentés, vagy ambuláns lap másolata,
h) a 30 napot meghaladó gyógytartamról szóló orvosi igazolás másolata,
i) akut szakorvosi ellátás dokumentumainak (az orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával, röntgenleletek, kontroll vizsgálatok dokumentumai) másolata.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

TEMETÉSI HOZZÁJÁRULÁS

1. Biztosítási esemény

A biztosított – kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett – baleseti vagy betegségi eredetű halála esetén, a temetési szertartást követően a biztosító kifizeti a kedvezményezettnek az adott biztosítási eseményre meghatározott aktuális biztosítási összeget.

Jelen biztosítási esemény vonatkozásában a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megkezdésétől számított 3 hónap várakozási időt határoz meg. A várakozási idő alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag a baleseti eredetű eseményekre terjed ki. Amennyiben a biztosítási szerződés az adott biztosított vonatkozásában orvosi vizsgálattal jött létre, a biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától.

2. Biztosító szolgáltatása

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti meg a kedvezményezettnek.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a baleset tényét és körülményeit leíró baleseti jegyzőkönyv, amely tartalmazza a baleset bekövetkezésének körülményeit, helyét, pontos időpontját, a balesetet szenvedett személy adatait, a tanúk adatait és elérhetőségeit, amennyiben a baleset munkahelyen, vagy olyan helyszínen történt, ahol jegyzőkönyv készült,
d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi helyszíni jegyzőkönyv másolata,
e) közlekedési baleset esetén a véralkohol/légalkohol vizsgálati eredmény másolata,
f) amennyiben a biztosított jármű vezetőjeként szenvedett balesetet, a vezetői engedély és a forgalmi engedély másolata,
g) halotti anyakönyvi kivonat másolata,
h) halál okát igazoló orvosi, vagy hatósági bizonyítvány (halott vizsgálati bizonyítvány) másolata,
i) a biztosított halálát okozó betegség első diagnosztizálásának időpontját, a betegség lefolyását tartalmazó orvosi iratok,
j) amennyiben a biztosított nem jelölt név szerinti kedvezményezettet, jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

4. A teljesítési kötelezettség korlátozása

Az általános feltételek 12. pontjában részletezett esetekben a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, a 13. pontban felsorolt körülmények bekövetkezése jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, a biztosító szolgáltatást nem teljesít.

OKMÁNYOK ELVESZTÉSE

1. Biztosítási esemény

Biztosítási eseménynek minősül az alábbi – a biztosított nevére kiállított – okmányok valamelyikének eltulajdonítása, a biztosított által történő elvesztése, vagy egyéb, a biztosított szándékától független megsemmisülése:

- vállalkozói igazolvány
- személyazonosító igazolvány
- lakcímkártya
- diákigazolvány
- útlevél
- vezetői engedély
- nemzetközi vezetői engedély
- gépjármű forgalmi engedély
- zöldkártya
- adóigazolvány
- TAJ-kártya

Nem minősül biztosítási eseménynek és a biztosító nem téríti meg az alábbi okmányok biztosított által történő elvesztése, eltulajdonítás vagy egyéb a biztosított szándékától független megsemmisülés miatt keletkezett károkat:

- születési anyakönyvi kivonat
- házassági anyakönyvi kivonat
- halotti anyakönyvi kivonat
- gépjármű törzskönyv

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító az elveszett okmányok újra beszerzésének számlával igazolt költségét téríti meg a valóságos kár mértékéig, de maximum a biztosítási összeg mértékéig, dokumentum típusonként és biztosítási időszakonként legfeljebb egy alkalommal.

3. A szolgáltatás igénylése

A biztosítási igény érvényesítéséhez az alábbi dokumentumokat kell benyújtani:

a) a kitöltött kárbejelentő nyomtatvány,
b) a szolgáltatási jogosultságot és az azonosíthatóságot igazoló hatósági iratok, igazolványok másolata,
c) a pótolt dokumentumok újrabeszerzésével kapcsolatosan keletkezett valamennyi számla, igazolás, egyéb dokumentumok másolata.

A biztosító a kárigény elbíráláshoz a fentieken túl egyéb okiratokat, igazolásokat és nyilatkozatokat maga is beszerezhet.

IV. Függelék

1. számú függelék

Rokkantsági táblázat

Károsodás jellege	**Rokkantsági fok (%)**
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik alsó végtag combközép fölött való teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	70%
Egyik felső végtag könyökízület fölött való teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	65%
Egyik felső végtag könyökízület alatt való teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	60%
Egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	60%
A beszélőképesség teljes elvesztése	60%
Egyik alsó végtag, lábszár középig való teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	50%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése, ha a másik szem ép	40%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	30%
Egyik lábfej boka szintjében való elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	30%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, ha a másik fül ép	30%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	20%
Bármely más ujj teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	10%
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	5%
Az ízlelőképesség teljes elvesztése	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése, vagy működésképtelensége	2%

2. számú függelék

Progresszív térítési százalékok

Rokkantsági fok	Térítési százalék
26%	27%
27%	29%
28%	31%
29%	33%
30%	35%
31%	37%
32%	39%
33%	41%
34%	43%
35%	45%
36%	47%
37%	49%
38%	51%
39%	53%
40%	55%
41%	57%
42%	59%
43%	61%
44%	63%
45%	65%
46%	67%
47%	69%
48%	71%
49%	73%
50%	75%
51%	78%
52%	81%
53%	84%
54%	87%
55%	90%
56%	93%
57%	96%
58%	99%
59%	102%
60%	105%
61%	108%
62%	111%

Rokkantsági fok	Térítési százalék
63%	114%
64%	117%
65%	120%
66%	123%
67%	126%
68%	129%
69%	132%
70%	135%
71%	138%
72%	141%
73%	144%
74%	147%
75%	150%
76%	153%
77%	156%
78%	159%
79%	162%
80%	165%
81%	168%
82%	171%
83%	174%
84%	177%
85%	180%
86%	183%
87%	186%
88%	189%
89%	192%
90%	195%
91%	198%
92%	201%
93%	204%
94%	207%
95%	210%
96%	213%
97%	216%
98%	219%
99%	222%
100%	225%

3. számú függelék

Kategorizált műtéti lista

Egyszerű műtétek (25%)	WHO-kód
Szemlencse eltávolítás	51440
Szemlencse beültetés	51470
Dobhártyaplasztika	51950
Visszerek eltávolítása	53844
Méhszájplasztika	56741
Laparoszkópos petefészek eltávolítás	56518
Császármetszés	57400
Arctörések nyílt helyreállítása	57670
Bütyökműtét	57829
Csonttörések bőrön keresztül történő dróttűzése	57900
Külboka-szalag varrata	58130
Achilles-ín szakadás helyreállítása	5837H
Kézujj amputáció	58400
Emlőcsomó kimetszése	58600

Közepes műtétek (50%)	WHO-kód
Pacemaker beültetése	53777
Embólia eltávolítás combverőérből	53807
Lépeltávolítás	54130
Gyomor részleges eltávolítása	54361
Féregnyúlvány eltávolítása	54430
Epehólyag eltávolítása	55110
Lágyéksérv műtét	55300
Prosztata húgycsövön keresztüli kisebbítése	56011
Féloldali petefészek eltávolítása	56520
Méheltávolítás hasi úton	56830
Pajzsmirigy eltávolítás	50630
Kötőhártyavarrat	51150
Combnyak-szegezés	57902
Húzóhurkos csöntrögzítés	57922
Csavarozás	57924
Combamputáció	58480
Emlőeltávolítás	58610

Nagyműtétek (100%)	WHO-kód
Vastagbél teljes eltávolítása	54560
Koszorúér-áthidaló műtétek	53611
Zárt billentyűbemetszés a kéthegyű billentyűn	53502
Hasi aorta tágulat eltávolítása	5382L
Érpótlás	53836
Szivárványhártya eltávolítás	51358
Üvegtest csere	51570
Szemeltávolítás	51630
Félkörös ívjáratok kimetszése	52070
Teljes gégeeltávolítás	53030
Művi gégeképzés	53163

Kiemelt műtétek (200%)	WHO-kód
Agydaganat eltávolítás	5014F
Koponyacsont tumor eltávolítás	50151
Benyomatos koponyatörés ellátása	50200
Gerincvelői dekompressziós műtétek	50303
Ideggyök gerinccsatornán belüli műtéte	50311
Gerincvelői daganatok eltávolítása	50337
Tüdőlebeny eltávolítása	53240
Tüdőátültetés	53340
A kéthegyű billentyű pótlása mechanikus műbillentyűvel	53522
Billentyű plasztika a kéthegyű billentyűn	53531
Daganat eltávolítása a szívkamrából	53734
Szívkamrai sérülés ellátása	53743
Szívátültetés	53750
Májátültetés	55040
Teljes csípőprotézis	58151
Térdprotézis beültetése	5814L