

BI712 D0100 365 *balesetbiztosítás*

Biztosítási feltételek

Jelen feltételek hatályba lépésének időpontja: 2016.06.20.

Jelen biztosítási feltételekben, valamint a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. Nem válik a biztosítási szerződés részévé a Biztosító és a Szerződő vagy Biztosított közötti korábbi üzleti kapcsolat során kialakított szokás, illetve gyakorlat, sem a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

1. fejezet – A biztosítási szerződés alanyai

1.1.

A **Biztosító** az a jogi személy (Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., 1138 Budapest, Váci út 135–139.), amely a befizetett díj ellenében vállalja a balesetbiztosítási kockázatot és a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

1.2.

A **Szerződő** fél az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és kötelezettséget vállal a mindenkor esedékes díjak befizetésére. Ha a szerződést nem a Biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a Biztosított belépéséig a Szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.

1.3.

Biztosított az a természetes személy, akinek a biztosítási tartamon belül bekövetkező biztosítási eseményeire a biztosítási szerződés létrejön. A biztosítottak életkora a szerződésbe való belépéskor 1 és 75 év között lehet. A Biztosító a Biztosított életkorát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a Biztosított születésének évszámát. Az 1. életévüket be nem töltött személyek nem lehetnek biztosítottak. Az első életévét betöltő gyermek az életkor betöltésével egyidejűleg, automatikusan biztosítottá válik amennyiben az adott szerződés a gyerekekre is kiterjed.

1.4.

A biztosítási szerződésben a Szerződő és a Biztosított személye különválhat, és a biztosításban egy vagy több biztosított is szerepelhet.

1.5.

Természetes személy szerződő esetén Biztosított lehet a Szerződő Ptk. szerinti közeli hozzátartozója (a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér), az élettárs, valamint az élettárs és házastárs gyermekei. A gyermekekre kötött biztosítás a Szerződő valamennyi saját, örökbefogadott mostoha és nevelt gyermekére fedezetet nyújt függetlenül azok számától. Jelen biztosítás szempontjából gyermeknek minősül a biztosított 1 és 18 éves életkora között. Gyermekekre csak meghatározott biztosítási csomag köthető. A szerződő köteles a biztosítónak írásban bejelenteni, amennyiben a családban élő legfiatalabb biztosított gyermek életkora a 18. életévét elérte.

1.6.

Jogi személy szerződő esetén gyermek nem vonható be a biztosításba.

1.7.

Nem biztosíthatók azok a személyek, akik

- tartósan és teljesen munkaképtelenek,
- a súlyos idegbeteg, az elmebeteg és az állandó gondozásra szoruló.
- akinek a részére rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást állapítottak meg,
- aki a Biztosítotti nyilatkozat kitöltését és beküldését megelőzően már rendelkezik a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal egészségkárosodás mértékét megállapító szakhatósági állásfoglalásával, illetve kérelmet nyújtott be a munkaképesség csökkenés megállapítása érdekében az illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél, vagy
- aki a biztosítási ajánlat megtételének időpontjában folyamatos, 100 napot meghaladó sajátjogú betegállományban van.
- Tartósan és teljesen munkaképtelennek kell tekinteni azokat, akik betegség, egyéb fogyatékoság miatt nem képesek kereső tevékenység folytatására és ilyet nem is folytathatnak. Állandó gondozásra szorulóknak kell tekinteni azokat, akik a mindennapi életvitelhez állandóan és tartósan külső segítséget kénytelenek igénybe venni.
- Nem biztosítható személyekre balesetbiztosítási szerződés nem köthető. Ha a Biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt vált biztosíthatatlanná, vagy a biztosítási érdek megszűnt, a szerződés, illetőleg annak megfelelő, az érintett Biztosítottra vonatkozó része a biztosítási időszak végén megszűnik. Ebben az esetben a Biztosító addig a napig járó díjak megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért.

1.8.

A biztosítási szerződésben **Kedvezményezett** az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult. A biztosított életben léte esetén a Biztosítási szolgáltatás kedvezményezettje a Biztosított, a Biztosított halála esetén pedig a biztosítási szerződésben megnevezett személy, illetve ilyen személyek hiányában, vagy ha a Kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a Biztosított vagy örököse. Gyermekek biztosítottak esetében a kedvezményezett a Gyermekek gondviselője.

1.9.

A Szerződő jelölheti ki a Kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal. Ha a Szerződő és a Biztosított személye nem azonos, a Kedvezményezett jelöléséhez és a kedvezményezett jelölés visszavonásához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a Szerződő a Biztosítotthoz vagy a Kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A Szerződő nyilatkozatáról a Biztosítót tájékoztatni kell.

1.10.

A Kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal. Ebben az esetben Kedvezményezettek a Biztosított örökösei, amennyiben a Szerződő nem él további kedvezményezett jelölési jogával.

1.11.

A Biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a Kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. Ilyen esetben Kedvezményezettnek a Biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket a Szerződőnek köteles megtéríteni.

1.12.

A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a Szerződő és a Biztosított személye nem azonos – a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

1.13.

A Biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a Biztosított a Szerződő írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe belép.

1.14.

A Biztosított a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe Szerződőként bármikor a szerződés hatálya alatt beléphet, a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át. Ha a Biztosított belép a szerződésbe, a folyó Biztosítási időszakban esedékes biztosítási díjakért a Biztosított a Szerződővel egyetemlegesen felelős. A belépő Biztosított köteles a Szerződőnek a szerződésre fordított költségeit, beleértve a biztosítási díjat is megtéríteni.

2. fejezet – A szerződés létrejötte

2.1.

A biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító megállapodása alapján jön létre, amelyet a Szerződő a Biztosítóhoz benyújtott ajánlattal kezdeményez. Az ajánlattevő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig kötve van.

2.2.

A biztosítási ajánlat az a dokumentum, amely tartalmazza a Biztosítottnak a szerződés megkötésére vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát, a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést, az egészségi állapotával összefüggő adatok kezeléséhez való hozzájárulását, valamint a Biztosítottnak a Kedvezményezett megjelölésére vonatkozó hozzájárulását.

2.3.

A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. Biztosító jogosult a kérdéseket telefonon keresztül, kiszervezett tevékenységet végző partnere útján feltenni.

2.4.

A kockázatelbírálás eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot elfogadja, elutasítja, vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a Biztosító nem köteles megindokolni.

2.5.

A Szerződő a módosító javaslatot annak közlésétől számított 15 napon belül írásban elutasíthatja.

2.6.

A szerződés létrejön, ha a Biztosító az ajánlatot elfogadja és fedezetet igazoló dokumentumot, azaz kötvényt állít ki. A biztosítási szerződés az ajánlat aláírásának napjára visszamenőleges hatállyal jön létre. Ha a kötvény a Szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a Szerződő a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a Biztosító az eltérésre a Szerződő figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

2.7.

A szerződés akkor is létrejön az ajánlatban foglalt feltételekkel, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a biztosítási szerződés tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és díjszábásnak megfelelően tették. A biztosítási szerződés ebben az esetben is az ajánlat szerinti tartalommal, az ajánlat aláírásának napjára visszamenőleges hatállyal a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

2.8.

A 2.7. pontban meghatározott esetben, ha a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a Biztosító a jelen Feltételekben foglaltak szerint viseli a kockázatot, de az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási díj megfizetésének kötelezettsége ilyen esetben is terheli a Szerződőt.

2.9.

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

2.10.

Távértékesítés keretében kötött szerződésekre vonatkozó speciális rendelkezések

A távértékesítésre vonatkozó speciális rendelkezéseket azon biztosítási szerződésre kell alkalmazni, amelyet a biztosító és a Szerződő köt egymással szervezett távértékesítés keretében olyan módon, hogy a szerződés megkötése érdekében a Biztosító kizárólag távközlő eszközt alkalmaz. Távközlő eszköznek minősül bármely eszköz, amely alkalmas a felek távollétében – a szerződés megkötése érdekében – szerződési nyilatkozat megtételére.

A Szerződő jogosult a távértékesítés keretében kötött biztosítási szerződést a szerződéskötés napjától számított 14 napon belül felmondani. A felmondást írásban a Biztosító székhelyének postai címére (1138, Budapest Váci út 135–139.), vagy a +36 1 413 51 01-es fax számra kell küldeni. A biztosítási szerződés azon a napon szűnik meg, amikor az írásbeli felmondó nyilatkozat a Biztosítóhoz beérkezik. Amennyiben a Szerződő a felmondási jogát gyakorolta, a Biztosító kizárólag a szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás arányos ellenértékét jogosult követelni. A Szerződő által fizetett összeg nem haladhatja meg a már teljesített szolgáltatásért – a szerződésben meghatározott szolgáltatás egészéhez viszonyítottan – arányosan járó összeget, és nem lehet olyan mértékű, hogy szankciónak minősüljön. A Biztosító köteles a díj arányos ellenértékét meghaladó részt a felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően, de legkésőbb 30 napon belül a Szerződő részére visszatéríteni a kötvényesítés költségének levonásával egyidejűleg.

3. fejezet – A szerződés tartama, a biztosítási időszak

3.1.

A biztosítás határozatlan tartamra köthető, a biztosítási időszak egy év.

3.2.

A biztosítási évforduló a szerződés aláírását követő nap évenkénti fordulónapja.

4. fejezet – A biztosító kockázatviselése

4.1.

A Biztosító kockázatviselése az ajánlat aláírását követő nap 0 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási szerződés létrejött vagy létre fog jönni.

4.2.

Ha a Szerződő a díjat az ajánlat Biztosítóhoz való beérkezését megelőzően fizeti meg, ezt az összeget a szerződés létrejöttéig a Biztosító kamatmentes előlegként kezeli, amelyet a biztosítási díjba beleszámít. Ha a biztosítási szerződés nem jön létre, a Biztosító a befizetett díjelőleget, illetve a díjat a Szerződőnek 15 napon belül kamatmentesen visszafizeti.

5. fejezet – A biztosítás területi és időbeli hatálya

A biztosítási szerződés hatálya az egész világra korlátozás nélkül kiterjed.

6. fejezet – A biztosítás díja és a díjfizetés rendje

6.1.

A biztosítás díja folyamatosan fizetendő éves díj.

6.2.

Az éves díjfizetés első díja az ajánlat megtételekor, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

6.3.

A Biztosító a biztosítási díj éves, féléves, negyedéves és havi részletekben történő kiegyenlítésére is lehetőséget ad. Ekkor éves, féléves, negyedéves és havi fizetési gyakoriságról beszélünk, és fizetési időszaknak nevezzük a biztosítási hónapos, negyedéves, féléves periódust. Adott fizetési időszakra a biztosítási díj előre esedékes.

6.4.

A biztosítási díj annak a biztosítási időszaknak a végéig esedékes, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett amennyiben a szerződés a biztosítási esemény bekövetkezésével megszűnt. A Biztosító a biztosítási összeggel együtt az utolsó díjköteles biztosítási időszak díján felüli esetleges túlfizetést is visszafizeti a megszűnést követő 30 napon belül. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a Biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni.

6.5.

A Biztosító jogosult a Felek jogviszonyára vonatkozó Biztosítási Feltételeket és a biztosítási díj mértékét egyoldalúan módosítani a következő biztosítási időszak első napjától hatályosan. A Biztosító köteles a módosítás hatályba lépését megelőzően legalább 60 nappal írásban vagy elektronikus levél formájában tájékoztatni a Szerződőt a módosításokról és azok hatályba lépésének dátumáról. Amennyiben a Szerződő a Biztosító által eszközölt módosításokat (beleértve az esetleges díjmódosítást is) nem fogadja el, úgy jogában áll a biztosítási szerződést a biztosítási időszak végét (évfordulót) legalább 30 nappal megelőzően írásban, indokolás nélkül, a biztosítási időszak utolsó napjára felmondani. Amennyiben a Szerződő a Biztosító módosítási javaslatát elfogadja, vagy arra a fentiekben hivatkozott határidőn belül nem reagál, úgy a módosítás hatályba lépésének napjától a Felek jogviszonyára a módosított rendelkezések lesznek irányadóak, a módosítással érintett korábbi rendelkezések hatályukat veszítik.

7. fejezet – A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei

Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – írásban felszólítja a Szerződőt a díjfizetés teljesítésére a felszólításban meghatározott póthatáridő kitűzésével. A Szerződő a Biztosító által a díj megfizetésére való felszólításban meghatározott póthatáridő alatt az elmaradt díjat pótolhatja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés megszűnik az esedékesség napjára visszamenő hatállyal.

8. fejezet – A szerződő jogai és kötelezettségei

8.1.

A Szerződő javaslatot tehet a szerződés módosítására.

8.2.

A Szerződő a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról köteles tájékoztatni a Biztosítottat.

8.3.

A Szerződő kötelezettsége a biztosítási díj határidőben történő megfizetése.

9. fejezet – Közlési és változás bejelentési kötelezettség

9.1.

A Szerződő és a Biztosított köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt a Biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. Az ajánlattételkor írásban vagy telefonon feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válasszal közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A Szerződő, illetve a Biztosított köteles a lényeges körülmények változását a bekövetkezéstől számított 8 napon belül a Biztosítóknak írásban bejelenteni.

9.2.

Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja. Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő fél figyelmét felhívta. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító az itt meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.

9.3.

A Szerződő köteles a lényeges körülmények mellett a biztosítási szerződésre vonatkozó összes változást annak bekövetkezésétől számított 30 napon belül írásban bejelenteni. A szerződés szempontjából lényeges körülményeknek minősülnek különösen a

- lakcím (Szerződő, Biztosított),
- személyi adatok megváltozása (Szerződő, Biztosított),
- foglalkozás (Biztosított),
- rendszeresen üzőtt sporttevékenység (Biztosított).

9.4.

Mivel a kockázatok díjai a Biztosított ténylegesen gyakorolt foglalkozásának, szakmai tevékenységének és rendszeresen végzett sporttevékenységének megfelelő kockázati osztályba sorolása alapján kerülnek megállapításra, a Biztosított illetve a Szerződő köteles 8 munkanapon belül bejelenteni a Biztosítónak, ha a biztosítási ajánlaton közölt foglalkozása, szakmája, rendszeresen végzett sporttevékenysége megváltozott. A Biztosító a megváltozott körülményekre (foglalkozás, rendszeresen üzőtt sport-tevékenység) pótdíj ellenében kiterjesztheti a biztosítási védelmet. Miután a Biztosító értesül a Biztosított megváltozott körülményeiről, 15 napon belül írásban tájékoztatja a Szerződőt a megváltozott díjról. Ha a Szerződő a megváltozott szerződést nem fogadja el vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

9.5.

A közlésre, illetve a változás bejelentésére irányuló kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítottat egyaránt terheli. Amennyiben a Szerződő/Biztosított bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna. Ha a szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

9.6.

A közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha a Szerződő bizonyítja, hogy a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

9.7.

Azt, hogy a 9.6 pontban leírt körülmények valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik. A 9.6 pontban felsorolt esetekben a biztosítási díj csak addig a napig jár a Biztosítónak, amikor a közlési kötelezettség megsértését a Szerződő vagy a Biztosított írásban elismeri, vagy a bíróság azt valamelyikük, vagy mindkettőjük terhére megállapította.

10. fejezet – A biztosítási csomag és a biztosítási összeg megválasztása

10.1.

A Biztosítottra vonatkozó biztosítási kockázatokat és a hozzájuk tartozó biztosítási összeget a Szerződő választja meg az ajánlat megtételekor a biztosítási csomagok és biztosítási összeg szorzók megválasztásával. A Szerződő által választható biztosítási csomagokat és választható szorzókat a 2. számú melléklet tartalmazza.

10.2.

Egy biztosítottra csak egy balesetbiztosítás köthető, és egy szerződésen belül csak egy biztosítási csomag választható.

11. fejezet – A biztosítási események és a Biztosító szolgáltatása

11.1. Fogalmak

A 11. pont alkalmazásában

- **Baleset:** A baleset a Biztosított akaratától függetlenül fellépő egyszeri (időpontja behatárolt) hirtelen, külső erőbehatásra orvosi ellátást szükségessé tevő testi sérülés.
- Balesetnek minősülnek a vízbefúlás, égési sérülések, leforrázás, rovarcsípés, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai. A betegségek nem minősülnek balesetnek, a fertőző betegségek még balesetek következményeként sem minősülnek balesetnek.

– **Nem minősül balesetnek:**

- a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi vagy szoláriumozás miatti égés, a hóguta, az orvosi műhiba,
- kozmetikai célú plasztikai műtét, fogászati műtét, orvosi műhiba miatti műtét, patológiás törés miatti műtét, diagnosztikus vizsgálat, implantált anyagok eltávolítása, műtéti szövődmények miatti újabb műtétek.
- **Nem képeznek biztosítási eseményt a következők:** geriatrai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelések, a házi ápolás, a kozmetikai, a plasztikai műtétek és ápolások miatti kórházi kezelések, valamint a gyógytorna.
- **Közlekedési baleset:** Közlekedési balesetnek minősül jelen feltételek szerint a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.
- **Nem minősül közlekedési balesetnek:**
 - a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkeztében nem hatott közre mozgó jármű,
 - a kerékpárost ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében nem hatott közre más mozgó jármű,
 - jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű, vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.
- **A biztosítási esemény időpontja** a baleset bekövetkezésének napja.
- **Maradandó egészségkárosodás:** orvosilag véglegesnek tekintett, gyógykezelés és rehabilitáció ellenére visszafordíthatatlan testi károsodás, amely a szokásos életvitelt, társadalmi részvételt korlátozza. A Biztosító által megállapított maradandó egészségkárosodás foka eltérhet a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által megállapított egészségkárosodás mértékétől. A baleset miatt kialakuló esztétikai következmények továbbá egyéb, nem egészségügyi hátrányok (például szociális, anyagi körülmények, munkaképesség megváltozása) nem képezik a maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.
- **A kórházi fekvőbeteg-gyógyellátás** alatt a legalább 24 órás kórházi tartózkodást értendő, amely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.
- **A gyógykezelés** olyan, az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (vagy a mindenkor illetékes hatóság) orvosszakértői intézete által elismert orvosi beavatkozás, amely az orvostudomány általánosan elfogadott korszerű ismereteit alkalmazza az egészség újbóli helyreállítása, az egészségi állapot javítása, illetve rosszabbodása megakadályozása céljából.
- **Kórháznak minősülnek** az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (vagy a mindenkor illetékes hatóság) orvosszakértői intézete által engedélyezett és nyilvántartott, valamint a külföldön működő kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak, valamint a fegyveres testületek kórházai.
- Jelen feltétel szempontjából **nem minősülnek kórháznak** a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek, a társadalombiztosítás által fenntartott rehabilitációs központok és a szanatóriumok, valamint az időlt, gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők, utógondozó szanatóriumok, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, valamint a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei és az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.

11.2. Baleseti halál

- Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében a baleset napjától számított egy éven belül meghal.
- Biztosítási szolgáltatás: a Biztosító kifizeti a biztosítási összeget, közlekedési baleset miatt bekövetkező halál esetén pedig a biztosítási összeg 150%-át a kedvezményezett részére.

11.3. Baleseti maradandó egészségkárosodás

- Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében a baleset napjától számított egy éven belül maradandó egészségkárosodást szenved.
- Biztosítási szolgáltatás: a Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összegnek, közlekedési baleset esetén a biztosítási összeg 150%-ának a rokkantság mértékével megegyező részét (1–100%) fizeti ki a Biztosított részére, az 1. számú mellékletben található táblázat alapján. Ha a rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, a biztosítási szolgáltatás mértékét aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.
- A baleset utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak.
- Amennyiben a maradandó egészségkárosodás foka a balesettől számított két év múlva sem tisztázott egyértelműen, a Biztosító orvosa a rendelkezésre álló szakvélemények és dokumentumok alapján határozza meg a rokkantság fokát és a Biztosító ennek megfelelően teljesíti a biztosítási szolgáltatást.
- Ha a Biztosított halála a balesetet követő egy éven belül a balesetből kifolyólag következik be, rokkantsági szolgáltatásra igény nem támasztható. Amennyiben a Biztosító a baleseti halál bekövetkezése előtt már folyósított rokkantsági kifizetést, ennek összege nem követelhető vissza.
- Az egészségkárosodási mértékek (százalékos értékek) összegződhetnek, de a 100%-ot nem haladhatják meg.
- A Biztosító egy biztosítási évben legfeljebb a biztosítási összeg 150%-át fizeti ki.

11.4. Baleseti műtéti térítés

- Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében a baleset napjától számított egy éven belül a Biztosított a számára káros baleseti következmények elkerülése érdekében orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett műtéti eljárást, sebészeti beavatkozást, vagy a betegségek pontosabb okait felderítő műtéti eljárást hajtának végre, amelyeket az orvosszakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg (legalább 24 órás benntartózkodás) gyógyellátás keretében végeznek.
- Biztosítási szolgáltatás: a Biztosító a beavatkozás súlyosságától függően a Biztosítási összeg meghatározott térítési százalékát fizeti ki a Biztosított részére. A százalékos érték meghatározásához a Biztosító az orvosszakmában szokásos műtéteket nehézségi fokuknak megfelelően 6 csoportba sorolja a WHO kódok figyelembe vételével, amelyekhez eltérő térítési százalékok tartoznak az alábbiak szerint: 1. csoport: 0%, 2. csoport: 10%, 3. csoport: 25%, 4. csoport: 50%, 5. csoport: 100%, 6. csoport: 200%.
- Olyan balesetek és azok közvetlen következményei, amelyek szakorvosi megítélés alapján időben és térben jól elhatárolhatók korábbi és későbbi biztosítási eseményektől és azok következményeitől, új biztosítási eseménynek minősülnek. Ezt az elhatárolást a Biztosító orvosa végzi.
- Az ugyanazon baleset következményeként végrehajtott több műtéti beavatkozás több biztosítási eseménynek számít.
- A műtétek besorolását a Biztosító orvosa a WHO kódok alapján végzi. A biztosítási szolgáltatás a következő korlátozásokkal kerül kifizetésre:
 - Amennyiben egy műtét során vagy egy napon több beavatkozás is történik, a Biztosító egy – a műtéti térítés WHO kódok listája alapján a legmagasabb térítési kategóriájú – műtetre térít.
 - A Biztosítottnak egy biztosítási év alatt több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is összesen legfeljebb a választott biztosítási összeg háromszorosa fizethető ki szolgáltatásként.

11.5. Baleseti égési sérülés

- Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete során keletkező égési sérülése.
- biztosítási szolgáltatás: a Biztosító a biztosítási összegnek az égési sérülés foka és az érintett testfelület nagysága alapján az 1. számú mellékletben található táblázat szerint meghatározott százalékát fizeti ki a Biztosított részére.
- Amennyiben egyazon baleset következtében több égési sérülést is szenved a Biztosított, a térítési %-ok összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot.
 - I. fokú égés: csak a bőr legfelső rétege károsodik, megduzzad, vörös, fájdalmas lesz.
 - II. fokú égés: a bőr mélyebb rétegei (dermisz) is károsodnak, az érintett területen hólyagok képződnek, melyekben eleinte átlátszó, később sárgává, gennyessé váló folyadék jelenik meg. Kifejezetten fájdalmas, küllemére jellemző a vöröses-rózsaszín márványozottság, mely nyomás hatására elfehéredik.
 - III. fokú égés: a bőr alatti kötőszövetet (dermisz, epidermisz) is eléri a károsodás. A felszín piszkosszürke vagy nagyon halvány, szenes, pergamenszerű. A seb fájdalommentes, mert a terület idegvégződése elhaltak.
 - IV. fokú égés: a bőr és az alatta lévő szövetek elszenesednek, mely magába foglalja az izomszövet és a csontszövet égését.
- Az égett terület kiterjedése az ember testfelszínének százalékában kerül megadásra, amelynek során 1 százalék testfelszín a Biztosított tenyér felszínének felel meg. A nagy kiterjedésű égési felület kiszámítása a Wallace-szabály alapján történik: például a fej-nyak 9 százaléknak, egy felső végtag 9 százaléknak, egy alsó végtag 18 százaléknak, a törzs 36 százaléknak felel meg. Amennyiben az orvosi leletekből nem határozható meg egyértelműen, az égett terület kiterjedését a Biztosító orvosa határozza meg.

11.6. Baleseti kórházi napi térítés

- Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében a baleset napjától számított egy éven belül orvosilag indokolt, legalább 3 napot meghaladó folyamatos kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül.
- Biztosítási szolgáltatás: a Biztosító minden kórházban töltött napra kifizeti a biztosítási összeget, ha a folyamatos kórházi tartózkodás hossza meghaladja a 3 napot.
- Nem folyamatos kórházi benntartózkodás esetén a kórházban töltött napok nem adódnak össze.
- Olyan balesetek és azok közvetlen következményei, amelyek szakorvosi megítélés alapján időben és térben jól elhatárolhatók korábbi és későbbi biztosítási eseményektől és azok következményeitől, új biztosítási eseménynek minősülnek. Ezt az elhatárolást a Biztosító orvosa végzi.
- Kórházban történő intenzív osztályon történő ellátás esetén a Biztosító a szerződésben meghatározott napi térítés összegének 200%-át fizeti ki az intenzív osztályon történő ellátás tartamára.
- A kórházi ápolás napjainak számolásánál a kórházi ápolás minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás vagy halál napja is.
- A Biztosító egy biztosítási eseményre maximum 365 napra fizet kórházi napi térítést.
- A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a kórházi ápolás indokoltságát és az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- Amennyiben a kórházi ápolás tartama tovább tart, mint a Biztosító kockázatviselése, úgy a kockázatviselés megszűnését követő napokra a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

11.7. 28 napon túli baleseti keresőképtelenség

- Biztosítási eseménynek a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében a baleset napjától számított egy éven belül egészségi állapotának romlása miatt 28 napot meghaladó folyamatos keresőképtelen állományba kerül és ezt a mindenkorai törvényi rendelkezések értelmében a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház a vonatkozó előírásoknak megfelelően írásban igazolja.
- Biztosítási szolgáltatás: a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a biztosítási összeg 100%-át a Biztosított részére.
- Ugyanazon balesetből eredő többszöri, de 28 napnál rövidebb keresőképtelenségi időszakok nem adódnak össze.
- Amennyiben a folyamatos keresőképtelenségi időszak a Biztosító kockázatviselése végét követően éri el a 28 napot, a Biztosító kifizeti a biztosítási összeget.
- A 28 napba nem számít bele a betegszabadság lejártát követő szabadnap és heti pihenőnap, ha az azt követő munkanapon (munkaszüneti napon) a keresőképtelenség már nem áll fenn.
- A Biztosító egy biztosítási eseményből adódóan legfeljebb egy alkalommal térít. Egy biztosítási évben adott biztosított vonatkozásában legfeljebb a biztosítási összeg kétszerese fizethető ki.

11.8. Baleseti gyógyulási támogatás 15, illetve 30 nap után

- Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében a baleset napjától számított egy éven belül orvosilag szükségessé váló folyamatos kórházi fekvőbeteg-ellátása eléri a 15, illetve a 30 napot.
- Biztosítási szolgáltatás: a biztosító a folyamatos kórházi fekvőbeteg-ellátás 15., illetve 30. napját követően kifizeti a biztosítási összeget. A Biztosító egy balesetből kifolyólag legfeljebb két alkalommal, a 15. illetve 30. napot követően teljesíti a biztosítási szolgáltatást.
- Amennyiben a kórházi benntartózkodás nem folyamatos, a kórházban töltött napok nem adódnak össze.
- Olyan balesetek és azok közvetlen következményei, amelyek szakorvosi megítélés alapján időben és térben jól elhatárolhatók korábbi és későbbi biztosítási eseményektől és azok következményeitől, új biztosítási eseménynek minősülnek.
- Amennyiben a folyamatos kórházi fekvőbeteg-ellátás a Biztosító kockázatviselése végét követően éri el a 15. illetve 30. napot, a Biztosító kifizeti a biztosítási összeget.
- A Biztosító egy biztosítási évben adott Biztosított vonatkozásában maximum a biztosítási összeg négyszeresét fizeti ki.

11.9. Baleseti költségterítés

- Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében a baleset napjától számított egy éven belül a biztosítási csomagjában szereplő biztosítási szolgáltatások valamelyikére jogosulttá vált, és a kockázatviselés tartama alatt a balesettel közvetlen összefüggésbe hozható, számlával igazolt szállítási, mentési, vagy balesettel összefüggő egészségügyi költségei merültek fel.
- Biztosítási szolgáltatás: a Biztosító a baleseti, mentési és szállítási költségeket utólag a számla ellenében legfeljebb a biztosítási összeg erejéig megtéríti.
- Balesettel összefüggő egészségügyi költségnek minősülnek a számlával igazolt, balesettel kapcsolatban szükségessé váló, orvosilag indokolt gyógyászati segédeszközök költségei például gipsz, mankó, járókeret, rollátor.
- Mentési költségek akkor lépnek fel, amikor a Biztosított sérülten mentésre szorul, vagy meghal és a holttesthez csak mentéssel lehet hozzáférni.
- Szállítási költségek akkor lépnek fel, ha a baleset következtében a sérült Biztosítottat a baleset helyszínéről orvosi javaslatra a legközelebbi ellátásra alkalmas kórházba, orvoshoz kell szállítani, illetve az ellátás helyszínéről hazaszállítani. Szállítási költségnek tekinti a Biztosító azt is, ha a baleset következtében a Biztosított meghal és a holttestet a baleset helyszínéről el kell szállítani, illetve haza kell szállítani.
- A Biztosító egy balesettel összefüggésben, illetve egy biztosítási éven belül legfeljebb a biztosítási összeg erejéig téríti meg a Biztosított költségeit.

11.10. Baleseti csonttörés, csontrepedés

- Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete, melynek következtében a Biztosított csonttörést vagy csontrepedést szenved el.
- Biztosítási szolgáltatás: a Biztosító a csonttörések és repedések súlyosságától, és az érintett testtájak számától függően kifizeti a biztosítási összeget, nyílt törés esetén a biztosítási összeg 150%-át.
- Amennyiben a biztosítási esemény a következő testrészeket érinti a biztosító a biztosítási összeg 150%-át téríti: koponya, gerinc, medence, combcsont, combnyak, pertrochanter.
- Adott csont többszörös törése és/vagy repedése egy csonttörésnek minősül. Amennyiben a baleset során több testtájon is törtek, repedtek csontok, akkor a biztosító az érintett testtájak számával többszörözve fizeti ki a biztosítási összeget. A csonttörés és csontrepedés biztosítási események vonatkozásában külön testtájnak minősülnek az egyes végtagok, a fej-nyak régió, a gerincoszlop, a medence, és a mellkas-hát régió.
- Csonttörésnek minősül az olyan külső mechanikai behatás, amelynek következtében a csont folytonossága megszakad. Jelen feltételek szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.
- Nyílt törésnek minősül az olyan csonttörés, amely következtében a csont folytonossága teljes keresztmetszetében megszakad és a törési darabok ízületbe, izomba, belső szervekbe hatol, illetve bőrt átszakító sérülést okoznak.
- A biztosító adott Biztosított vonatkozásában egy biztosítási év alatt legfeljebb a biztosítási összeg tízszeresét fizeti ki
- A Biztosító egy balesettel összefüggésben csak egyszer nyújt térítést.
- Amennyiben a csonttörés, csontrepedés a Biztosító kockázatviselésén túl következik be, úgy a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.

11.11.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a baleset kapcsán igénybe vett egészségügyi ellátások (pl: kórházi ápolás, műtét) indokoltságát és az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és az eredménytől függően a szolgáltatási igényt elfogadjon vagy elutasítsa.

12. fejezet – Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség

12.1.

A Biztosítottnak a baleset után mindent meg kell tennie a kár enyhítése érdekében: haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Ugyanígy gondoskodnia kell az ápolásról és a következmények lehetőség szerinti elhárításáról és enyhítéséről is.

12.2.

A Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel foglalkozó intézményeket, orvosokat, egészségügyi intézményeket és hatóságokat fel kell kérnie, illetve fel kell hatalmaznia arra, hogy a Biztosító számára a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkat megadják.

13. fejezet – A kockázatviselés korlátozása

13.1.

A Biztosító a balesetbiztosítási szolgáltatást csak a bekövetkezett baleset által előidézett következmények esetén nyújtja.

13.2.

Amennyiben a baleset előtt meglévő betegségek, testi fogyatékoságok, vagy műtétek [például: szív- és érrendszeri betegségek, a gerincoszlop és a gerincvelő sérülései, betegségei, a csípőízület betegségei, isiász, csontvelőgyulladás, cukorbetegség, nagyothallás, rosszindulatú daganatok, valamint az ideg- és elmebetegségek, illetve a felsorolt betegségek következményeként fellépő ájulás, szédülés, erősen korlátozott látás (8 dioptriától)] következményei, szövődményei a baleseti eseményekben és ezek következményeiben jelentősen közrehatottak, a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti. Ennek mértékét a Biztosító orvosa határozza meg.

13.3.

Az idegrendszer szervi eredetű zavarainál a Biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha az visszavezethető a baleset által előidézett károsodásra. Lelki magatartászavarok, neurózisok, pszichoneurózisok **nem minősülnek baleseti oknak**.

13.4.

A Biztosító csak akkor teljesít kifizetést porckorongsérv esetén, ha bizonyítható, hogy annak előidézője a baleset következtében a gerincoszlopot ért mechanikai behatás. Amennyiben a porckorongsérv a baleset előtt fennálló állapot súlyosbodása, a Biztosító nem teljesít kifizetést.

13.5.

Hasfali és altesti sérv esetén csak akkor teljesít kifizetést, ha ezek előidézője a baleset következtében bekövetkező mechanikai behatás. Amennyiben ezek öröklött, a baleset előtt már fennálló állapot következményei, a Biztosító nem teljesít kifizetést.

14. fejezet – A biztosító mentesülése

14.1.

A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a Biztosított halála, balesete vagy egészségkárosodása, illetve ezek következményei az alábbiakban felsoroltakkal állnak okozati összefüggésben:

- a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben vagy a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága következtében vesztette életét,
- ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét,
- ha a Biztosító által bizonyítást nyer, hogy a kárt a Szerződő, vagy a Biztosított, illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk szándékosan okozta,
- a jogszabály szerint ionizáló vagy annak minősülő sugárzás, nukleáris energia,
- elme és pszichiátriai kóros állapot,
- a Biztosított, a Szerződő vagy a Kedvezményezett jogellenes, szándékosan elkövetett vagy súlyosan gondatlan magatartása, így különösen a súlyosan ittas (0,8 ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapot, illetve ha a baleset a jogosítvány nélküli vagy ittas szárazföldi, légi vagy vízi járművezetés közben következett be, illetve a Biztosított más közlekedési szabályt is megsértett (pl. gyorsajtás).

14.2.

A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bármely csontbetegség (pl. rosszindulatú csont- és porc daganatok minden formája), illetve egyéb szervekből kiinduló daganat áttételeinek következtében létrejött patológiás csonttörés, csontvelőgyulladás (osteomyelitis), súlyos csonttritkulás (osteoporosis), csontlágyulás (osteomalacia), illetve azok szövődménye közvetve vagy közvetlenül részben vagy egészében közrehatottak a biztosítási esemény bekövetkezésében.

14.3.

A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, a 9.6 pontban meghatározott feltételek szerint, ha a Biztosított a közlésre, illetve változás bejelentésére vonatkozó kötelezettségét megsérti.

15. fejezet – Kizárások**15.1.**

A biztosítási védelem nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek összefüggésbe hozhatók:

- a) gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétellel, vagy ezekre történő felkészülés (edzés) során bekövetkező eseményekkel,
- b) A következő repülőtevékenységekkel: motoros, segédmotoros, illetve motor nélküli légi jármű, ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, mezőgazdasági repülés.

15.2.

Háborús kockázat, zavargások, felkelések esetén a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi eseményekben történő aktív vagy passzív részvétellel:

- a) háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határviellongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás, terrorcselekmény, felvonulás, sztrájk, munkahelyi rendbontás.
- b) felkelésben, lázadásban vagy zavargásban való részvétel kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelességteljesítés közben kerül sor.

Jelen Feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást, vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

15.3.

A biztosítási védelem nem vonatkozik a biztosítás megkötése előtti időben bekövetkezett balesetekre, vagy azok következményeként fellépő betegségekre, vagy az azokból eredő kórházi ápolásokra, műtétek miatti kórházi kezelésekre.

15.4.

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosított olyan betegsége, amely a Biztosító kockázatviselése előtt bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt.

15.5.

Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, véglegesnek tekinthető.

15.6.

A biztosítási védelem nem terjed ki továbbá azokra az eseményekre, amelyek összefüggésbe hozhatók:

- Az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetekkel, ha azok a Biztosított alkohol, kábítószer vagy gyógyszerek okozta lényeges korlátozottsága miatt következtek be.
- A Biztosítottat ért szívinfarktus, szívinfarktus, agyvérzés folytán bekövetkező balesetekkel. A szívinfarktus semmilyen körülmények között sem tekinthető baleseti következménynek.
- A Biztosított öngyilkossága, vagy annak kísérlete, vagy öncsonkítása miatt bekövetkező eseményekkel.
- A Biztosított testén saját maga vagy az ő hozzájárulásával mások által végzett gyógyító kezelések és beavatkozások folytán előidézett testi károsodásokkal, amennyiben erre nem valamely balesetbiztosítási esemény következtében került sor.

15.7.

A Biztosító kockázatviselése csak a biztosítási tartam alatt bekövetkező balesetek következményeire terjed ki.

15.8.

A biztosító nem vállalja a fedezetet a biztosított hivatásszerűen végzett veszélyes foglalkozása összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre, amennyiben a Biztosított tevékenysége:

- artista, bűvár, bányász, építőmunkás magas építményeken, fegyveres testület tagja (kivéve: adminisztratív területen dolgozó), fegyveres őr, testőr, kaszkadőr, ipari alpinista, légiutas-kísérő, pilóta (repülő, helikopter, vadászgép), pirotechnikus, pénzszállító autó sofőrje vagy annak kísérője, robbanó vagy robbanásveszélyes anyaggal dolgozó ipari munkás, tűzijáték- és csillagszórógépgyártó, vadász, veszélyes anyagot szállító tehergépkocsi sofőr, tűzszerész, tűzoltó.

15.9.

A Biztosító nem viseli a kockázatot a Biztosított hivatásszerűen vagy igazolt sportolóként gyakorolt sporttevékenységével összefüggésben felmerülő biztosítási eseményekre.

15.10.

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított veszélyes vagy extrém sporttevékenységével, illetve különleges felkészültséget, tapasztalatot, tudást igénylő sport űzésével, így különösen de nem kizárólagosan: magashegyi expedíció, rally, bázisugrás, roncsautó (autó-crash) sport, vízési, jetski, kitesurf, wakeboard, vadvízi evezés (rafting), canyoning, hydrospeed, hegy- és sziklamászás (2000 m-ig), barlangászat, mélybe ugrás (bungee jumping), sziklamászás, falmászás, hőlégballonozás, félkezes (single handed) és nyílttengeri vitorlázás, sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés, siklóernyőzés, vadászat, motoros vízi jármű segítségével űzött sporttevékenység, búvárkodás 40 méteres mélység alatt).

16. fejezet – A biztosítási esemény bejelentése**16.1.**

A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 munkanapon belül kell írásban a Biztosító kárbejelentő nyomtatványán a Szerződőnek/Biztosítottnak a Biztosító felé bejelentenie.

16.2.

A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a fenti határidőig a Biztosító-nak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlené válik.

17. fejezet – A biztosító teljesítése, szolgáltatása**17.1.**

A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a szükséges igazolásokat rendelkezésére bocsátják. A biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosító a következő iratok bemutatását és csatolását kéri:

- a) biztosítási kötvény,
- b) az utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
- c) hivatalos bizonyítvány a Biztosított születésének napjáról (személyi igazolvány vagy születési anyakönyvi kivonat),
- d) kárbejelentő formanyomtatvány,
- e) továbbá minden olyan dokumentum, amely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges.
- f) hivatalos orvosi dokumentumok a betegség pontos diagnózisáról, a vizsgálat, az orvosi beavatkozás, műtét, ápolás, az állapot diagnosztizálásáról,
- g) kórházi zárójelentés,
- h) az egészségügyi intézmény által kibocsátott hivatalos számla, mely tartalmazza a betegség pontos diagnózisának, a vizsgálatnak, az orvosi beavatkozásnak, műtétnek, ápolásnak, az állapot diagnosztizálásának ellenértékét (amennyiben azt az intézmény a rendelkezésre bocsátotta).
- i) házi vagy kezelő orvos nyilatkozata, eseteleírása,
- j) rendőrségi jegyzőkönyv vagy határozat másolata,
- k) baleset körülményét igazoló hivatalos hatósági határozat (rendőrségi, légügyi stb.),
- l) baleseti, munkahelyi-baleseti jegyzőkönyv másolata
- m) véralkohol-vizsgálat eredménye,
- n) kórházi zárójelentés másolata,
- o) részletes műtéti napló,
- p) minden olyan orvosi dokumentum, amely a baleseti rokkantságot alátámasztja (kórházi zárójelentés, szakértői szakvélemény),
- q) a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz benyújtott kérelem másolata,
- r) a szakértői intézet rokkantsági szakhatósági állásfoglalása,
- s) a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal rokkantsági szakhatósági állásfoglalását alátámasztó orvosi (pl. leletek, zárójelentés stb.) és szakmai indoklások dokumentumai.

17.2.

Halál bekövetkezése esetén a fentiekén túl a Biztosító a következő okmányok bemutatását kéri:

- a) halotti anyakönyvi kivonat másolata vagy eredeti példánya,
- b) az elhunytat utolsóként kezelt orvostól származó részletes orvosi bizonyítványt, vagy ha ilyen kezelésre nem került sor, más olyan orvosi vagy hatósági bizonyítványt, amely tartalmazza a halál okát, a halált okozó betegség kezdetének időpontját, lefolyását, illetőleg a halál körülményeit,
- c) külföldön bekövetkezett halál esetén a külföldi hatóság által kiállított hiteles okirat hitelesített magyar fordítását,
- d) halott vizsgálati bizonyítvány a halál okának megjelölésével,
- e) boncolási jegyzőkönyv másolata,
- f) hatósági eljárás esetén a nyomozást megszüntető vagy megtagadó határozatot,
- g) hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány,
- h) szolgáltatásra jogosult személy (kedvezményezett vagy örökös) személyazonosságának igazolására alkalmas iratok másolata (személyazonosító igazolvány és lakcím kártya)

17.3.

A Biztosított a biztosítási szerződés létrejöttével felhatalmazza a Biztosítót, hogy a biztosítási eseménnyel összefüggő információkat

- a) az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a Biztosítottat kezelték, vizsgálták, a kért felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat beszerezzék.
- b) a Biztosított tisztázatlan halála esetén a holttestet megvizsgálta, szükség szerint a boncolását és exhumálását elvégeztette.

17.4.

A biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosított életben léte esetén a Biztosító megkövetelheti, hogy a Biztosított az általa előírt orvosi vizsgálatokon részt vegyen.

17.5.

A hiteles orvosi dokumentumokat a Biztosító orvosszakértője bírálja el. Vitás esetekben a Biztosítottnak joga van független orvosszakértő véleményének beszerzését kezdeményezni.

17.6.

A Biztosító beszerezhet továbbá egyéb iratokat, amelyek a biztosítási esemény és a jogosultság tisztázásához szükségesek a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény titoktartási kötelezettségére vonatkozó rendelkezéseinek betartásával.

17.7.

A felsorolt dokumentumokon kívül egyéb dokumentumok benyújtásával a Biztosítottnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

17.8.

A Biztosító a jelzett dokumentumok közül az utolsó irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti szolgáltatási kötelezettségét.

17.9.

Az esedékes, de meg nem fizetett díjat a Biztosító a biztosítási összegből levonhatja.

17.10.

Az iratok beszerzésének kötelezettsége és az ezzel kapcsolatos költségek azt terhelik, akinek a biztosítási szolgáltatás teljesítése, illetve nemteljesítése céljából a bizonyítás érdekében áll.

17.11.

A Biztosítási összeget a Biztosító az elévülési időn belül kamatmentesen kezeli, ha a kifizetés elmaradása a jogosult késedelmes igényérvényesítésére vezethető vissza. Az elévülési idő leteltével, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.

17.12.

A biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosítási szolgáltatásra a Kedvezményezett jogosult. A Biztosító a szolgáltatást az arra jogosult személy vagy intézmény számlájára vagy címére utalással teljesíti.

18. fejezet – A szerződés megszűnése

18.1.

A Biztosító kockázatviselése adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik,

- a Szerződő halála esetén, ha a Biztosított nem lép be a szerződésbe a Szerződő helyébe;
- a Biztosított halála esetén;
- a Biztosított 100%-os egészségkárosodása esetén a szolgáltatás teljesítését követő első biztosítási évfordulón;
- a Biztosított 75. életévének betöltését követő biztosítási évfordulóval;
- a gyermek biztosított 18. életévének betöltését követő biztosítási évfordulóval;
- a szerződés felmondása esetén a következő biztosítási évfordulóval;
- a 2.10. pontban meghatározott esetben;
- a szerződés megszűnésekor.

18.2.

Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – írásban felszólítja a Szerződőt a díjfizetés esedékességére a felszólításban meghatározott póthatáridő kitűzésével. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés megszűnik az esedékesség napjára visszamenő hatállyal.

18.3.

A határozatlan időre kötött balesetbiztosítási szerződést a felek a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőzően írásban, indoklás nélkül a biztosítási időszak utolsó napjára felmondhatják.

19. fejezet – Biztosítási titok, adatkezelés, adatvédelem

A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Az említett, meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. 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.

19.1.

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad vagy a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nem peres eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) a 19.2. pontban foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) a Bit. szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel,
- m) az állományátvétel keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvető biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számítást 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 szemben, ha 19.1. pont a)–j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)–r) 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.

19.2.

A 19.1. pont e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

19.3.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben 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.

19.4.

A biztosító vagy a viszontbiztosító az 19.1., a 19.5. és a 19.9. pontban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az 19.1. pontban meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

19.5.

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

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

19.6.

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.

19.7.

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.

19.8.

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

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.

19.9.

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 tagállamban történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

19.10.

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.
- Ezen adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

19.11.

Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével törölni kell. 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 szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy a Bit-ben meghatározott egyéb célból, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. Ezen adatok, illetve az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével kell törölni az adatokat.

19.12.

A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja az 19.1. pont b), f) és j) pontjai, illetve a 19.5. pont alapján végzett adattovábbításokról.

19.13.

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

19.14.

A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíúsulásával 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. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

19.15.

Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó – az Infotv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

19.16.

A biztosító (a 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 (a továbbiakban: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a törvény alapján a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a 19.18.–19.21. pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

19.17.

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.

19.18.

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

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

19.19.

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

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

19.20.

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

- a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
- a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a 19.19. pont b)–e) pontjában meghatározott adatokat;
- a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatti sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat;
- a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatti sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e pontban meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

19.21.

Az 19.16. pontban meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az 19.16. pontban meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

19.22.

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

19.23.

Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés 19.22. pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

19.24.

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

19.25.

A megkereső biztosító az 19.16. pontban meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.

19.26.

Ha az ügyfél az Infotv.-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – a 19.22.–19.24. pontban meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

19.27.

A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 19.16. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

19.28.

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

19.29.

A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító 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.

20. fejezet – Jognyilatkozatok

20.1.

A Biztosító által a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak, illetőleg ezen személyek által a Biztosítónak, a szerződés megkötésakor vagy azt követő jognyilatkozatait írásban juttatják el. A jognyilatkozat akkor tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették, vagy ellenkező bizonyítás hiányában a postára adástól számított 5. napon. A Biztosító jogosult elektronikus levél útján megküldeni a Szerződőnek, Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak címzett olyan jognyilatkozatokat, tájékoztatásokat illetve értesítéseket, amelyeket nem írásban kell megtenni.

20.2.

A Biztosító üzletkötőjének (ügynök) jogállása kizárólag az ajánlat átvételére terjed ki. Az üzletkötő tehát szerződéskötésre nem jogosult, valamint arra sem, hogy a Szerződő fél jognyilatkozatait érvényesen hozzá intézze. Amennyiben az üzletkötő tudomást szerzett egy adott tényről, ez nem jelenti, hogy a Biztosító is tudomást szerzett róla. Az üzletkötő a Biztosító megbízásából nem vehet át készpénzt.

20.3.

A Biztosító a szerződés megkötésekor vagy azt követően a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatálynak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a Biztosítóhoz megérkezett.

20.4.

Amennyiben a Szerződő egy hónapnál hosszabb időre lakóhelyéről eltávozik, a Biztosító számára magyarországi kézbesítési megbízottat nevezhet meg. Ennek hiányában a Biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

20.5.

A Szerződő igazolhatja, hogy a Biztosító hozzá intézett jognyilatkozatában foglalt határidőt önhibáján kívül mulasztotta el. Az igazolást az elmulasztott határnaptól számított 15 napon belül lehet írásban benyújtani a Biztosítónak. Ha azonban a mulasztás csak később jut a felek tudomására, vagy az akadály csak később szűnt meg, az igazolás benyújtásának határideje a tudomásszerzéssel, illetőleg az akadály megszűnésével veszi kezdetét. Hat hónapon túl igazolást nem lehet benyújtani a Biztosítónak.

21. fejezet – Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított két év elteltével elévülnek.

22. fejezet – A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve**22.1.**

A Biztosító a postai küldeményeket vagy sima levélként vagy tértivevényes levélként kézbesíti. A sima levélként küldött postai küldemények egyszeri kiküldés után kézbesítettnek minősülnek. A tértivevénnyel küldött levélpostai küldemények kiküldését az átvétel elmaradása esetén a biztosító megismétli. Amennyiben a levél a második tértivevényes kiküldést követően is visszaérkezik a Biztosítóhoz átvétel hiányában, akkor az a levél a visszaérkezés napján átvettnek minősül.

22.2.

A Biztosító a „Bejelentve: meghalt”, illetve a „Bejelentve: megszűnt” jelzéssel visszaérkezett tértivevényes leveleket nem küldi ki ismételten, hanem a biztosítási szerződés biztosítottját (ha az eltér a Szerződőtől), vagy azonos Szerződő és Biztosított esetén a szerződés másik biztosítottját vagy a Kedvezményezettjét keresi meg. Ebben az esetben a kézbesítés fenti szabályai az irányadók.

23. fejezet – Alkalmazandó jog

A szerződés tekintetében a magyar jogrend az irányadó, az alkalmazandó jog a magyar.

24. fejezet – Ügyfélszolgálat, panaszforumok

Amennyiben a Biztosító tevékenységével kapcsolatban kérdése, esetleg bármilyen panasza merül fel, kérjük, hogy azt az alábbi elérhetőségek valamelyikén jelezze felénk:

- telefonon a 06 40 30 30 30-as telefonszámon
- e-mailben: info@viennialife.hu
- panaszkezelés e-mail címe: panaszkezelés@viennialife.hu
- személyes ügyfélszolgálat címe: 1138 Budapest, Váci út 135–139.
- postacím: 1438 Budapest, Pf.: 428.
- honlap: www.viennialife.hu

Amennyiben a Biztosító magatartására, tevékenységére, vagy mulasztására vonatkozó panasza keletkezne, azt akár szóban (személyesen, telefonon), akár írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) bejelentheti a Biztosító részére.

A Biztosító a panaszkezelésre vonatkozó részletes tájékoztatását, a panaszok bejelentésére vonatkozó lehetőségeket és elérhetőségeket honlapján közzéteszi, valamint ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben kifüggeszti.

Amennyiben a Biztosító által adott válasz nem lenne kielégítő, lehetőség van a fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a pénzügyi közvetítőrendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Banknál (központi cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., központi postacím: 1534 Budapest BKKP Postafiók 777.) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezni, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulni, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezni (központi cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., központi postacím: 1525 Budapest, BKKP Postafiók 172).

Ezúton tájékoztatjuk Önt továbbá az online vitarendezési platform igénybevételének lehetőségéről. Amennyiben az Ön és Társaságunk között létrejött online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatosan pénzügyi fogyasztói jogvita merül fel, úgy Ön kezdeményezheti az online vitarendezési platformon keresztül a jogvita bírósági eljárásán kívül történő rendezését a közösen megválasztott vitarendezési fórumnál. Tájékoztatjuk, hogy Magyarországon a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult. Az online vitarendezési platform honlapja a következő linken érhető el: <http://ec.europa.eu/odr>.

1. számú melléklet

1.1 Baleseti maradandó egészségkárosodás – Térítési százalékok a biztosítási összeg arányában

Testrészek, érzékszervek károsodása	Egészségkárosodás mértéke
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése felső végtag és alsó végtag csonkolása mindkét comb elvesztése	100%
mindkét lábszár elvesztése egyik comb elvesztése egyik szem látóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már előzőleg elvesztette	90%
egyik felkar elvesztése egyik lábszár elvesztése egyik alkar elvesztése beszélőképesség teljes elvesztése	80%
mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	70%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes Biztosított esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes Biztosított esetén	65%
egyik fül hallóképességének elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már elvesztette	60%
jobb kéz elvesztése (csuklón alul) balkezes Biztosított esetén bal kéz elvesztése (csuklón alul) jobbkezes Biztosított esetén	50%
egyik lábfej teljes elvesztése boka alatt	40%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
jobb hüvelykujj elvesztése jobbkezes Biztosított esetén bal hüvelykujj elvesztése balkezes Biztosított esetén	30%
fül hallóképességének teljes elvesztése	25%
jobb hüvelykujj elvesztése balkezes Biztosított esetén bal hüvelykujj elvesztése jobbkezes Biztosított esetén	20%
egy mutatóujj elvesztése a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
bármely más kezujj elvesztése az ízelelő képesség teljes elvesztése egyik nagylábujj elvesztése	5%
bármely más lábujj elvesztése	2%
bármelyik ujj részleges elvesztése (1–2 ujjperc)	1%

1.2 Baleseti égési sérülés - Térítési százalékok a biztosítási összeg arányában

Égés foka	Sérült testfelület nagysága					
	1–5%	6–10%	11–20%	21–30%	31–50%	50+%
I. fokú	0%	0%	5%	15%	25%	50%
II. fokú	0%	5%	25%	50%	50%	100%
III. fokú	5%	25%	50%	75%	100%	100%
IV. fokú	25%	50%	75%	100%	100%	100%

1.3 Baleseti műtéti térítés – Műtéti lista (kivonat)

I. csoport: (0%-os térítés)	II. csoport (10%-os térítés)
Külső fül varrása	Baleset következtében végrehajtott műtét során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása
Szemgödri implantátum behelyezése	Baleset következtében indokolt helyreállító kozmetikai műtét
Bőr alatti vérömleny eltávolítása	Arthroscopos ízületi-és szalagműtétek
Bőr összevarrása	
III. csoport: (25%-os térítés)	IV. csoport (50%-os térítés)
Bőr traumás hiányának megszüntetése (félvastag bőrátültetés)	Teljes vastagságú bőrátültetés
Külbokaszalag varrata műtéttel	Arcsont- és állkapocscsonttörések műtéti helyreállítása
Csavarozás (csonttörésnél)	Állcsont kimetszése és rekonstrukciója/csontgraft, prosthesis
Egy lábujj amputációja	Mellkasfalsérülés rekonstrukciója
Szem kötőhártyájának varrata	Kézsérülés komplex ellátása
Artéria-lekötés	Érvarrat a fej nyak területén
Nyelvsérülés helyreállítása	Érsérülés ellátása folttal
Érsérülés helyreállítása varrással	Rekeszizom varrata (trauma miatt)
Vékonybél-sérülés varrata	Ízületi ficam műtéti helyreállítása
Végbél sérülésének varrata	Hasnyálmirigy-sérülés ellátása
Hímvesző sérülésének varrata	Lépetávolítás sérülés miatt
Izomsérülés helyreállítása	Gerincvelő körüli vérömleny eltávolítása
Feszítő ínvarrat kézen	Agyburok alatti vérömleny eltávolítása
Ín helyreállítása műtéttel	Agyállományból vérömleny eltávolítása
Ujjizületbe protézis beültetése	Kisagyvérömleny eltávolítása
Leszakadt térdszalag műtéti rögzítése, helyreállítása	Lemezes műtéti rögzítés csonttörésnél
Elülső keresztszalag varrata térdizületben műtéttel	Végtagi csonttörések velőúr szögezése
Mell baleseti sérülésének kimetszése	Traumás szemsérülés miatt egyik szem eltávolítása
Sérült ideg varrata	Achilles ínruptúra rekonstrukciója
	Velőúrsínezés
	Combnyakszegezés
V. csoport: (100%-os térítés)	VI. csoport (200%-os térítés)
Nyakcsigolyatörés, csonthelyreállító lemezes műtét	Kar, kézfej amputációja sérülés miatt
Baleseti gégesérülés miatti gégecsomkolás	Impressziós koponyatörés ellátása
Gerinctörés, csontdarabok kiemelése, műtéti ellátása	Nyílt koponya, agysérülés komplex ellátása
Lábszár, lábfej amputációja baleset miatt	Teljes gégekiirtás baleseti sérülés miatt
Kisagy és mélyagyi régiók részleges kiirtása sérülés miatt	Comb amputációja baleset miatt (egyoldali is)
Agyhártya-, agykéreg-sérülés ellátása	Szívpitvar sérülésének ellátása
Helyreállító műtét nagy amputáció után	Szívkamra sérülésének ellátása
Lumbopelvicus gerinc-stabilizáció	Liquorcsorgás fölön keresztül, agyalapi sérülés komplex ellátása
Koponya-nyak átmenet csigolya sérülésének ellátása	Agy egyik féltekéjének az eltávolítása
Mellkasfal rekonstrukció + fémiplantátum	Hasi főütőér traumás sérülésének ellátása
Agylebny-eltávolítás	Mellkasi főütőér sérülésének ellátása
Totál térdprotézis-beültetés roncsolásos baleset után	Hasi artériák sérülésének ellátása
Totál csípőprotézis	Hasi vénák sérülésének ellátása
Totál vállprotézis	Hörgök és tüdő varrása
	Kombinált mellső-hátsó gerinc-stabilizáció

2. számú melléklet

A Szerződő által választható csomagok, biztosítási összegek

Választható csomagok és alap biztosítási összegek				
ViennaLife 365 balesetbiztosítás	A	B	C	Gyerek
Baleseti halál	2 500 000 Ft	2 500 000 Ft	2 500 000 Ft	100 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás (31–100%)	2 500 000 Ft	2 500 000 Ft	2 500 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás (10–30%)	250 000 Ft	250 000 Ft	250 000 Ft	200 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás (1–9%)	—	200 000 Ft	200 000 Ft	150 000 Ft
Baleseti műtéti térítés	—	200 000 Ft	200 000 Ft	150 000 Ft
Baleseti égési sérülés	—	200 000 Ft	200 000 Ft	150 000 Ft
Baleseti költségtérítés	—	50 000 Ft	50 000 Ft	25 000 Ft
Baleseti csonttörés, csontrepedés	—	—	5 000 Ft	5 000 Ft
28 napon túli baleseti keresőképtelenség	—	—	10 000 Ft	—
Baleseti gyógyulási támogatás (15. és 30. nap után)	—	—	10 000 Ft	5 000 Ft
Baleseti kórházi napi térítés (a 4. naptól)	—	—	2 500 Ft/nap	1 000 Ft/nap

A Szerződő által választható biztosítási összeg szorzók: x1, x2, x3, x5