

Jelen feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) UNION-Menta baleset-biztosítási szerződéseire érvényesek.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Székhely: 1082 Budapest, Baross u. 1.
Cégjegyzékszám: 01-10-041566
Adószám: 10491984-4-44

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyféltájékoztató elemei, továbbá a Ptk-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek **vastag** betűkkel **szedettek**.

A biztosítási szerződés megkötésében a biztosításközvetítő (ügynök, többes ügynök, alkusz) segít Önnek. A biztosításközvetítő tevékenysége a biztosítási szerződés megkötésének elősegítésére, a biztosítási termékek ismertetésére, ajánlására, az ezzel kapcsolatos felvilágosításra, a biztosítási szerződések értékesítésének szervezésére, továbbá a biztosítási szerződések lebonyolításában és teljesítésében való közreműködésre terjed ki. A biztosításközvetítő a biztosító nevében jognyilatkozat megtételére nem jogosult. A biztosításközvetítő biztosítási díj átvételére nem jogosult. A biztosításközvetítő nem jogosult közreműködni a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében.

A biztosító tájékoztatási kötelezettsége

A biztosítási szerződés megkötését megelőző tájékoztatás

A biztosító a biztosítási szerződés megkötése előtt, a kötelezettségvállalás tagállamának hivatalos nyelvén, bizonyítható és azonosítható módon, közérthetően, egyértelműen és részletesen, írásban tájékoztatja a szerződőt a biztosító adatairól, felügyeleti hatóságáról, a biztosítási szerződés jellemzőiről és egyéb, külön jogszabályban meghatározott adatokról.

A biztosítót terhelő tájékoztatási kötelezettség a biztosításközvetítőt terheli, amennyiben a biztosítási szerződés megkötésében alkusz (független biztosításközvetítő) működik közre.

A szerződő írásban nyilatkozik arról, hogy a fenti tájékoztatást megkapta.

Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a biztosított orvosi vizsgálata, akkor a biztosító arról is tájékoztatást ad, hogy a biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

A biztosítási szerződés megkötését követő tájékoztatás

A balesetbiztosítási szerződés megkötését követően a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül a kötelezettségvállalás tagállamának hivatalos nyelvén köteles a szerződőt tájékoztatni a biztosítási szerződés létrejöttéről. Ha a szerződést nem a biztosított köti, a szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról a biztosítót köteles tájékoztatni.

1.

A biztosítással kapcsolatos fogalmak

Baleset: a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő, olyan egyszeri külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezetben heveny módon anatómiai és funkcionális károsodás, maradandó elváltozás, halál következik be.

Biztosítási esemény: a kockázatviselés tartama alatt, annak kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett baleset, melyre vonatkozóan a biztosító szolgáltatási kötelezettséget vállal.

Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.

Biztosítási évforduló: a biztosítási év végének, az új biztosítási év kezdetének a napja.

Biztosítási összeg: a biztosító által a biztosítási esemény bekövetkeztekor nyújtott szolgáltatási összeg.

Biztosítási díj: a biztosító kockázatviselésének ellenértéke, melynek megfizetésére a szerződő köteles.

Biztosító: az a jogi személy, amely a biztosítási ajánlat elfogadása után jelen feltételben meghatározott biztosítási eseményekre fedezetet nyújt és a feltételben meghatározott szolgáltatást teljesíti.

Biztosított: az a természetes személy, akire a biztosító kockázatviselése vonatkozik és az életkora 1 és 90 év között van.

Kedvezményezett: a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatások igénybevételére jogosult személy.

Csonttörés: az egyébként ép csontszerkezet anatómiai folytonossága külső behatásra megszakad és a csont keresztmetszete sérül. **Jelen feltétel szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.**

Csontrepedés: az egyébként ép csontszerkezet anatómiai folytonossága külső behatásra megszakad, de a csont keresztmetszete nem sérül, és a törési vonal csak az egyik oldali csontkérget sérti.

Ellátásszervező: olyan szervezet, amely egészségügyi szolgáltatások szervezésére van feljogosítva. Az ellátásszervező partner a biztosítási törvény szerinti kiszervezett tevékenységét a biztosító adatfeldolgozójaként végzi. Az adatfeldolgozók mindenkor hatályos listája a biztosító weboldalán érhető el.

Endoszkópos műtét: kis behatolási nyíláson vagy testnyíláson át, optikai eszközzel végzett műtéti beavatkozás, melynek során az optikai eszközön át érkező kép monitorra kivetítve követhető.

Extrém sport: olyan sporttevékenység, amit a biztosító extrém sportnak minősít, a biztosítási szerződés megkötésének idején. A felsorolást jelen feltétel 6. számú melléklete tartalmazza.

Fogyasztó: az a természetes személy, aki szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül jár el.

Helyreállító plasztikai műtét: baleseti sérülés miatt szükségessé váló, helyreállító célú plasztikai sebészeti beavatkozás.

Hivatásos sportoló: az a versenyző minősül, aki jövedelemszerzési céllal, foglalkozásszerűen folytat sporttevékenységet. A hivatásos sportoló a sportvállalkozással kötött munkaszerződés vagy a sportvállalkozással megbízási szerződés alapján fejt ki sporttevékenységét, feltéve, hogy a megbízási díj a számvitelről szóló törvény alapján bérként kerül kifizetésre.

Intenzív ellátás: a veszélyeztetett vitális funkciók helyettesítése, helyreállítása, széleskörű megfigyelő, diagnosztikus és terápiás rendszerek alkalmazásával az „oki terápia” érdekében, időnyerés az alapbaj oki kezelésére.

Kórnás állapot: a sérültnek az az állapota, amelyet az egészségi protokoll ennek minősít, kivéve a mesterségesen előidézett és/vagy fenntartott kórnás állapotot.

Kórház: a szakmai felügyeletet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és megfelelő intézményi kóddal rendelkezik. **Jelen feltétel értelmében a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a szanatóriumokra, rehabilitációs intézetekre, gyógyfürdőkre, gyógyüdülőkre, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetekre, geriatríai intézetekre, szociális otthonokra, és az ilyen jellegű ellátást nyújtó kórházi osztályokra, továbbá kóma részlegeire.**

Közlekedési baleset: olyan baleset, amely közúton vagy közforgalmú közlekedési eszközön a közúti járművezetésre vonatkozó szabályok megszegésével összefüggésben következett be, melyet a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved el. **Nem tekinthető közlekedési balesetnek a gyalogost ért olyan baleset, amelyben semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, továbbá a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más mozgó jármű, vagy gyalogos nem hatott közre, valamint a jármű utasát és vezetőjét ért olyan baleset, amely nem a jármű haladásával és megállásával összefüggésben következett be.**

Légi (közlekedési) baleset: olyan baleseti esemény, amely utasszállításra engedélyezett, menetrendszerű közlekedő légi jármű használata során történt.

Munkahelyi baleset: olyan baleseti esemény, amely a biztosítottat a munkahelyén vagy azon kívül a munkáltatója rendelkezése folytán végzett munka során érte. **Nem számít munkahelyi balesetnek az engedély nélkül végzett munkával összefüggő baleset.**

Műtét: az az orvosi dokumentációval igazolt sebészeti beavatkozás, amit az orvosszakmai szabályok megtartásával végeztek el a biztosítotton.

Szerződő: aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és annak elfogadása esetén a díjfizetést teljesíti.

Tömegközlekedési baleset: olyan közlekedési baleset, amely a tömegközlekedési eszközök használatával következett be.

Tömegközlekedési eszköz: a biztosító jelen feltétele szerint tömegközlekedési eszköznek minősül: – a helyi (városi és elővárosi) forgalomban a városi autóbusz, a trolibusz, a villamos, a

metró (földalatti vasút, a kéregvasutat is beleértve), a fogaskerekű vasút, a siklóvasút, a nyeregvasút vagy függővasút (mindkettő egysínnű vasút-kategória), a HÉV, a vízi jármű és a vasút,

– helyközi (más szóval: településközi; belföldi és nemzetközi) forgalomban az autóbusz, a vasúti közlekedés, a légi közlekedés és a vízi jármű.

2. A biztosítási szerződés alanyai

2.1. A biztosítási szerződés alanyai:

- a biztosító,
- a szerződő,
- a biztosított,
- kedvezményezett.

2.2. Jelen szerződés vonatkozásában **a biztosított életkora a szerződésbe való belépéskor 1 és 74 év között lehet.**

Jelen biztosítás szempontjából:

- **gyermekbiztosítottnak minősül az 1. életévét betöltött és 18. életévét még el nem érő személy,**
- **felöltött biztosított lehet a 16. életévét betöltött személy.**

A belépési kort úgy kell megállapítani, hogy a biztosított születési évszámát le kell vonni a biztosítás kezdetének évszámából.

2.3. **Jelen szerződésben – eltérő megállapodás hiányában – kedvezményezett a biztosított, baleseti halál szolgáltatás vonatkozásában a biztosított örököse(i) a halál pillanatában fennálló öröklési rend szerint.** A szerződő a haláleseti kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és eljuttatott nyilatkozattal jelölheti ki, és a szerződés tartama alatt bármikor visszavonhatja, illetőleg az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett más haláleseti kedvezményezettet jelölhet meg. Amennyiben a szerződő és a biztosított személye nem azonos, a haláleseti kedvezményezett jelöléshez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A haláleseti kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a haláleseti kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik.

3. A szerződés létrejötte

3.1. A szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre, arra a napra vonatkozóan, amikor a szerződő az ajánlatot aláírta.

3.2. A szerződés megkötésére irányuló ajánlatot a biztosítónak a szerződő fél teszi.

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

3.4. Távértékesítés keretében kötött szerződésekre vonatkozó speciális rendelkezések

3.4.1. A távértékesítésre vonatkozó speciális rendelkezéseket azon biztosítási szerződésre kell alkalmazni

mazni, amelyet a biztosító és a fogyasztó 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. 3.4.2. A fogyasztó jogosult a távértékesítés keretében kötött biztosítási szerződést a szerződéskötés napjától számított 14 napon belül felmondani. A felmondást írásban a biztosító székhelyének postai címére (H-1380 Budapest Pf. 1076), vagy a (+36-1) 486-4390 fax számra vagy az ugyfelszolgalat@union.hu e-mail címre kell küldeni. A biztosítási szerződés azon a napon szűnik meg, amikor az írásbeli felmondó nyilatkozat a biztosítóhoz beérkezik. Amennyiben a fogyasztó a felmondási jogát gyakorolta, a biztosító kizárólag a szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás arányos ellenértékét jogosult követelni. A fogyasztó által fizetett összeg nem haladhatja meg a már teljesített szolgáltatás egészéhez viszonyítottan – arányosan járó összeget, és nem lehet olyan mértékű, hogy szankciónak minősüljön. Amennyiben nem történt biztosítási esemény a biztosító köteles a befizetett díj időarányos ellenértékét meghaladó részt a felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően, de legkésőbb 30 napon belül a fogyasztó részére visszatéríteni. 4. A biztosítás kezdete és tartama 4.1. A biztosítás kezdete – eltérő megállapodás hiányában – a biztosítási ajánlat aláírást követő nap 0. órája. 4.2. A biztosítás köthető határozott vagy határozatlan tartamra. 5. A biztosítás megkötésének szabályai 5.1. Határozatlan tartamú szerződések vonatkozásában 5.1.1. A biztosítás minimum 1, maximum 5 felnőtt korú biztosítottra köthető meg. 5.1.2. A biztosítási fedezet kiterjeszthető Gyermekek csomag vásárlásával a szerződő és a szerződő házastársa vagy élettársa valamennyi gyermekére – ide értve az örökbefogadott, illetve nevelt gyermeket is – amennyiben valamelyikük biztosítottként is szerepel a szerződésben. Egy szerződésen belül csak egy Gyermekek csomag köthető. A Gyermekek csomag vonatkozhat egy vagy több gyermekre. A több gyermekre kötött biztosítás a családban élő valamennyi gyermekre fedezetet nyújt, függetlenül azok számától és lakhelyétől. 5.1.3.1. Fix kockázatú és biztosítási összegű csomagok: – Light – Standard – Prémium – Extrém sport – Gyermekek 5.1.3.2. Választható kockázatú és biztosítási összegű csomag: – Flexi	A Flexi csomag választása esetén szerződő önmaga állíthatja össze – a 4. sz. mellékletben részletezett szabályok szerint – a számára optimális biztosítási kockázatokat és biztosítási összegeket. Flexi csomag hivatásos sportoló részére nem köthető. 5.1.4. <i>Egy biztosítottra vonatkozóan egy időben csak egy UNION-Menta határozatlan tartamú baleset-biztosítási szerződés lehet érvényes. A biztosító szolgáltatása több szerződés esetén is egyszeres. Annak a szerződésnek, amelyre szolgáltatás nem történik, a biztosítottra vonatkozó díjrésze visszatulalásra kerül a szerződőnek.</i> 5.1.5. <i>Egy szerződésen belül – a gyermekeket kivéve – valamennyi biztosítottra vonatkozóan azonos csomag választható.</i> 5.2. Határozott tartamú szerződések vonatkozásában 5.2.1. Határozott tartamú szerződés csak a Fun csomag választásával lehetséges. 5.2.2. A határozott tartamú szerződés minimum 10 napra köthető, a tartam 5 naponként maximum 365 napra növelhető. 5.2.3. <i>A szerződés csak egy biztosított részére köthető meg.</i> 5.2.4. <i>A határozott tartamú szerződés mellé gyermek csomag választása nem lehetséges.</i> 6. A biztosító kockázatviselése 6.1. A biztosító kockázatviselése a Föld valamennyi országára a nap 24 órájában kiterjed. 6.2. A biztosító kockázatviselése az azt követő nap 0 órájkor kezdődik, amikor a szerződés létrejött és a díjat a szerződő a biztosító számlájára befizette. 6.3. A biztosító kockázatviselése egy biztosított vonatkozásában az alábbi esetekben szűnik meg: a) a biztosított halálának napján; b) a biztosított 100%-os egészségkárosodása esetén a szolgáltatás teljesítését követően a díjjal fedezett időszak végével; c) a biztosított baleseti eredetű, 30 napot meghaladó kómás állapota esetén a szolgáltatás teljesítését követően a díjjal fedezett időszak végével; d) a biztosított 75. életévének betöltése esetén, annak a biztosítási évnek az utolsó napján 24 órákor, amikor a biztosított 75. életévét betöltötte, amennyiben a biztosítottra vonatkozóan a folyamatos kockázatviselés <u>kevesebb, mint 5 éven keresztül</u> állt fenn; e) amennyiben a biztosítottra vonatkozóan a folyamatos kockázatviselés <u>minimum 5 éven keresztül</u> fennállt, akkor a biztosító kockázatviselése annak a biztosítási évnek az utolsó napján 24 órákor, amikor a biztosított 90. életévét betöltötte; f) annak a biztosítási évnek az utolsó napján 24 órákor, amelyben a biztosított a biztosítási feltételek 16.6. pontjában foglaltak szerint biztosíthatatlanná válik; g) gyermek biztosított esetén: annak a biztosítási évnek az utolsó napján 24 órákor, amelyben a biztosított a 18. életévét betöltötte; h) a szerződés megszűnésekor.
---	---

7. A szerződés megszűnése 7.1. A határozatlan tartamú szerződés megszűnhet: a) rendes felmondással (írásban, indokolás nélkül, biztosítási évfordulóra 30 napos felmondási idővel), b) díjfizetés elmulasztása esetén a 9. pontban foglaltak szerint, c) szerződő természetes személy halálával, amennyiben valamelyik biztosított nem lép a szerződő helyébe, d) a szerződő jogi személy jogutód nélküli megszűnésével, amennyiben valamelyik biztosított a szerződésbe szerződőként nem lép be, e) 3.4.2. pontban foglaltak szerint, f) egy főre szóló szerződés esetén a 6.3. pontban felsorolt esetekben. 7.2. A határozott tartamú szerződés megszűnhet: a) a szerződésben meghatározott tartam elteltével, b) díjfizetés elmulasztása esetén a 9. pontban foglaltak szerint, c) szerződő természetes személy halálával, amennyiben a biztosított a szerződésbe szerződőként nem lép be, d) a szerződő jogi személy jogutód nélküli megszűnésével, amennyiben a biztosított a szerződésbe szerződőként nem lép be, e) 3.4.2. pontban foglaltak szerint, f) a 6.3. pontban felsorolt esetekben. 8. A biztosítás díja és a díjfizetés rendje A díjfizetés kezdete azonos a biztosítás kezdetével. A szerződés díjfizetési rendje függ attól, hogy a szerződést határozott vagy határozatlan tartamra kötötték meg. 8.1. Határozatlan tartam esetén 8.1.1. A szerződés éves díjfizetésű. A biztosítási évre vonatkozó éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető. A díjfizetési gyakoriságnak megfelelő díjrészlet nem lehet kevesebb, mint 5 000 Ft. 8.1.2. A biztosítás első díját a szerződés megkötésekor kell megfizetni. A folytatólagos biztosítási díj a díjfizetési ütem szerint, előre esedékes. 8.2. Határozott tartam esetén 8.2.1. Határozott tartamú szerződés díját a szerződés megkötésekor egy összegben kell megfizetni. 8.3. Amennyiben a szerződésen túlfizetés mutatkozik (a szerződés megszűnésének időpontjáig járó díjnál több díjat fizettek be), akkor a biztosító azt a szerződő részére visszafizeti, a szerződés megszűntét követő 60 napon belül. 8.4. A biztosítás díja az alábbi módon fizethető: – készpénz átutalási megbízással (csekk), – átutalással, – csoportos beszedési megbízással. 9. A díjfizetés elmulasztásának jogkövetkezményei 9.1. Ha a szerződő az esedékes biztosítás díjat nem fizeti meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a	díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti. 9.2. Ha az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg (részleges díjfizetés), és a biztosító eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn. 9.3. A szerződés díj nemfizetés miatti megszűnését követően beérkező díjak nem eredményezik a szerződés automatikus újbóli hatályba lépését és a biztosító újbóli illetőleg folytatólagos kockázatviselését. 10. Reaktiválás Amennyiben a szerződés a díj meg nem fizetése miatt szűnt meg, a szerződő a megszűnés napjától számított 120 napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására. A biztosító a reaktiválási kérelemről az ügy összes körülménye alapján határoz. A biztosító a biztosítási fedezetet helyreállíthatja, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált biztosítási díjat a szerződő megfizeti. 11. Közlési és változásbejelentési kötelezettség 11.1. A közlési és változásbejelentési kötelezettség egyaránt terheli a szerződőt és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna. 11.2. A közlési kötelezettség abban áll, hogy az ajánlat megtételekor a szerződő és a biztosított köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt, adatot a biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan, és a valóságnak megfelelő válaszokkal a fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. 11.3. A biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére. A biztosító kárrendezési szerveivel szemben a biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel. 11.4. A szerződő és a biztosított a biztosítás tartama alatt a szerződésben meghatározott lényeges körülmények tekintetében változásbejelentési kötelezettséggel tartozik, melyet írásban kell a biztosítóhoz bejelenteni. 12. A szerződés módosítása 12.1. Egy szerződésen belül új biztosított felvételére vagy meglévő biztosított kiléptetésére a biztosítási évfordulón van lehetőség. 12.2. Az egyedileg összeállított (Flexi) csomagok esetében a kockázatok változtatására (hozzáadás, kivét) a biztosítási évfordulón van lehetőség. 12.3. Meglévő szerződéshez Gyermek csomag hozzáadására vagy megszüntetésére a biztosítási évfordulón van lehetőség. 12.4. Gyermek biztosított felnőtté válása esetén, a gyermek 18. évének betöltését követő biztosítási évfordulón a Gyermek csomag megszűnik. A
---	---

12.5. szerződő kezdeményezheti a biztosítás fedezetének kiterjesztését a 18. évet betöltött gyermekekre. Ha a szerződéshez Gyermekek csomagot is kötöttek, a szerződő köteles a biztosítónak írásban bejelenteni, ha a legfiatalabb biztosított gyermek életkora a 18. életévét elérte. Amennyiben a szerződő ezen változás bejelentési kötelezettségét elmulasztja és a biztosítás díját tovább fizeti, úgy a biztosító kockázatviselése kizárólag a Gyermekek csomag biztosítási összegeivel, a díjjal fedezett időszak végéig áll fenn. 12.6. Amennyiben a biztosítás szerződője bármely okból eredően kikerül a szerződésből, a szerződésben szereplő további biztosítottak közül valamelyik a szerződésbe szerződőként beléphet. A szerződő módosításra a díjfizetési gyakorlati fordulón van lehetőség. 12.7. A 12.1-12.6. pontok szerinti módosításokat a szerződő a biztosító felé megküldött nyilatkozattal tudja érvényesíteni. 13. A kockázat jelentős növekedése Amennyiben a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napon belül felmondhatja. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megküldésekor a szerződő fél figyelmét felhívta. 14. Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség 14.1. A szerződő fél és a biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. 14.2. A szerződő fél és a biztosított a biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában pedig az általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. 14.3. <i>A biztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli, ami abban áll, hogy köteles haladéktalanul felkeresni orvosát, balesete esetén kérni az első akut ellátását.</i> Bármilyen sérülés bekövetkeztét 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 biztosítottak a biztosítási esemény káros következményei elhárítására, illetve enyhítésére vonatkozó kötelezettségeinek elmulasztásából erednek. 15. Biztosítási esemény (biztosítási kockázatok) 15.1. A biztosítási esemény a biztosítottak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett: – baleseti eredetű halála, – baleseti eredetű maradandó egészségkárosodása,	– baleseti eredetű kómás állapota, – baleseti eredetű műtéte, – baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett térdműtéte, – baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett egyéb műtéte, – baleseti eredetű, helyreállító plasztikai műtéte, – baleseti eredetű kórházi napi térítése, – baleseti eredetű, 60 napot meghaladó kórházi ellátása, – baleseti eredetű égése, – baleseti eredetű csonttörése. 15.2. Többlétszolgáltatás: – közlekedési, – tömegközlekedési, – légi közlekedési, – munkahelyi baleset esetén. 15.3. A biztosítás fedezete kiterjeszthető az alábbiakra: – extrém sport tevékenység, – nagyértékű képalkotó diagnosztika, – személyi okmányok pótlása, – kerékpáros baleset. 15.4. A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkeztének napja. 16. Kizárt kockázatok 16.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosított balesete közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményben vagy más háborús cselekményben valamely fél mellett történő aktív részvétellel vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határviellongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény. (A kommandó támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás. 16.2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosított balesete atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be. 16.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosított balesete alkoholos állapottal, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következett be. 16.4. A biztosítás fedezete nem terjed ki: 16.4.1. a baleset előtt bármely okból már károsodott beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülésekből eredő későbbi következményekre; 16.4.2. a napsugárzás, szolárium által okozott égési sérülésekre, hőgutára valamint fagyási sérülésekre valamint azok későbbi következményeire;
--	---

16.4.3. olyan balesetekre, melyek következménye a fogak törése, bármilyen jellegű pótlása; 16.4.4. az olyan balesetek következményeire, melyek betegségi előzményekből erednek; 16.4.5. a szokványos (habituális) ízületi ficamokra és alkati sajátosságból adódó ízületi szalag-gyengeségre; 16.4.6. a patológiás törésekre; 16.4.7. a foglalkozási betegségi ártalom következményeire; 16.4.8. a megemelés következtében kialakuló anatómiai elváltozásokra; 16.4.9. a biztosított öngyilkossága vagy annak kísérlete miatt kialakuló sérülésre vagy halálra még akkor sem, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el; 16.4.10. lelki sérülésekre; 16.4.11. ficamokra és rándulások sérüléseire valamint azok későbbi következményeire; 16.4.12. az ízeltlábúak csípésére (beleértve a kullancs-, méhcsípéseket is); 16.4.13. minden olyan, a szervezet támasztórendszerét érintő ártalomra, melynek meglétére az adott baleseti esemény hívja fel a figyelmet (a degeneratív, ortopéd jellegű kórképek tartoznak ide); 16.4.14. bármilyen okú porckorong sérvesedésre; 16.4.15. az endoszkópos térdműtét következményeként kialakult maradandó egészségkárosodásra; 16.4.16. olyan balesetekre, melyek a biztosított extrém sporttevékenységével vannak okozati összefüggésben, kivéve Extrém sport fedezet választása esetén. 16.5. A kórházi napi térítés és műtéti kockázatok nem terjednek ki azokra a kórházi beavatkozásokra, amelyek célja nem az adott sérülés gyógyítása (sérült állapotromlásának a megakadályozása), hanem esztétikai, kozmetikai kezelése. 16.6. Nem biztosíthatóak az egészségi állapotuk miatt állandó gondozásra szorulóak. <i>Állandó gondozásra szorulóknak tekintendő, aki mindennapi életviteléhez állandóan és tartósan külső segítséget kényszerül igénybe venni, függetlenül életkoruktól, valamint attól, hogy erre fizikai vagy pszichés állapota miatt van szükség. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt válik biztosíthatatlanná, s ez a tény a biztosító részére bejelentésre került, úgy a biztosító a kockázatviselésének 6.3. pont szerinti megszűnéséig nem nyújt fedezetet, amennyiben a biztosított állapota és a bekövetkezett biztosítási esemény ok-okozati összefüggésben áll egymással.</i> 16.7. A biztosító nem vállalja a fedezet nyújtását amennyiben a baleset a biztosított alábbi betegségeivel ok-okozati összefüggésbe hozható: – idült szív- és keringési rendszeri betegség, – vérzékenység, – véralvadást gátló gyógyszerek szedésével, – inzulin-függő, I. típusú cukorbetegség, – Alzheimer-kór, – skizofrénia, – bipoláris zavar, – Parkinson-kór, – időskori demencia, – epilepszia, – 5 évnél régebben diagnosztizált sclerosis multiplex betegség,	– sokízületi gyulladás, – krónikus ízületi gyulladás, – csonttritkulás megbetegedés, – egyensúlyszerv megbetegedés, – -7 dioptria erősséget meghaladóan rövidlátás vagy vakság, illetve aki – a biztosítás megkötését megelőző egy évben olyan balesetet szenvedett, amely miatt szakorvos által igazoltan 30 napon túl munkaképtelen volt, – a magyar társadalombiztosítási szerv szakvéleménye, határozata alapján bármilyen fokú maradandó egészségkárosodással bír, – dialízis kezelésben részesül. 16.8. A biztosító nem vállalja a fedezet nyújtását, amennyiben a baleset a biztosított alábbi tevékenységeivel közvetlen ok-okozati (akár foglalkozása, akár hobbi-tevékenysége) összefüggésbe hozható: – bányász, – bármilyen cirkusz-művész, – bűvár 40 méter mélységtől, – munkavégzés magasban (15 méter feletti), – fegyveres testület tagja (kivéve: adminisztratív területen dolgozó), – bevetésben résztvevő tűzoltó, – fegyveres őr, – kaszkadőr, – fotóriporter, riporter, tudósító (a KÜM honlapján odautazásra nem ajánlott valamint fokozott biztonsági kockázatot rejtő országokban), – követségi alkalmazott (a KÜM honlapján odautazásra nem ajánlott valamint fokozott biztonsági kockázatot rejtő országokban), – légiutas-kísérő, – pilóta (repülő, helikopter, vadászgép), – pirotechnikus, – pénzszállító autó sofőrje vagy annak kísérője, – robbanóanyaggal dolgozó ipari munkás, – tűzijáték- és csillagszórógyártó, – vadász, – veszélyes anyagot szállító tehergépkocsi sofőrje. 16.9. A biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kárkifizetésével a biztosító sértene az Egyesült Nemzetek Szövetségének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést vagy rendeletet, vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság, illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit (amennyiben ezek nem sértik a biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt). 17. A biztosító mentesülése 17.1. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól kivéve, ha bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy a be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében. 17.2. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizeté-
---	---

17.3. se alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be. 17.4. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól abban az esetben, ha a biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét megszegi. 17.5. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a balesetet a biztosított vagy a szerződő szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. A balesetet súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak kell tekinteni különösen akkor, ha az a biztosított: a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, b) alkoholfogyasztásával, illetőleg ittas állapotával közvetlen okozati összefüggésben, c) bódító-, kábító- vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával közvetlen okozati összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függősége folytán, d) érvényes jogosítvány nélküli gépjárművezetése közben, e) ittas gépjárművezetése közben következett be, a c)–d) esetekben a mentesülés további feltétele, hogy a biztosított más közlekedésrendszeti szabályt is megszegett.	18.2.2. Az adott baleseti eseményből visszamaradt, marandó egészségkárosodás mértékét (állandósult funkcionális károsodás) a végállapot kialakulását követően a rendelkezésre álló szakorvosi iratok, illetve amennyiben szükséges, a biztosított személyes orvosi vizsgálata alapján a biztosító orvosa állapítja meg – függetlenül a társadalombiztosítási szervektől – a sérülést követő 2 (kettő) éven belül. A károsodás mértékét a biztosító a gyógyulás folyamatától függetlenül legkésőbb a sérüléstől számított 2. év betöltésekor – a gyógyulás befejeződésének hiánya esetén is – megállapítja. 18.2.3. Több szerv, testrész együttes sérülése esetén a károsodási mértékek összeadódnak, de a 100%-ot nem haladhatják meg. 18.2.4. A biztosító – saját költségére – elrendelheti speciális orvos szakértő igénybevételével a sérült személyes vizsgálatát. 18.2.5. Amennyiben a biztosított nem ért egyet a biztosító döntésével, kérheti saját költségére a másodfokú orvosi bizottság döntését. 18.2.6. Amennyiben a biztosított egészségi állapota a szolgáltatást követően javul, a biztosító a már kifizetett biztosítási összeget nem igényli vissza.
18. Biztosítási szolgáltatások A biztosító a 15.1.-15.3. pont szerinti kockázatok esetén a jelen 18. pontban meghatározott szolgáltatásokat nyújtja. A biztosító a 18.2-18.11. pontok vonatkozásában szolgáltatásra a biztosított halála esetén kizárólag abban az esetben köteles, ha a szolgáltatási igény bejelentésére még a biztosított életében sor került. Amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény időpontjában a 75. évet meghaladja, a biztosító szolgáltatása a biztosítási összeg 50%-a minden kockázat vonatkozásában. 18.1. Baleseti eredetű halál Ha a biztosított a kockázatviselés ideje alatt bekövetkező balesete miatt a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül meghal, úgy a biztosító kifizeti a baleseti halál kockázatnak a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét a kedvezményezettnek. Amennyiben ugyanebből a balesetből kifolyólag a halál előtt már marandó egészségkárosodásra is szolgáltatott a biztosító, a teljesítés csak a különbözetre vonatkozik. 18.2. Baleseti eredetű marandó egészségkárosodás (31-100%) 18.2.1. Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete miatt a balesettől számított két éven belül legalább 31% mértékű marandó egészségkárosodást (állandósult funkcionális károsodást szenved, megrokkann) szenved, úgy a biztosító a marandó egészségkárosodás kockázatának a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegéből az egészségkárosodás százalékos mértékének megfelelő összeget kifizeti.	18.3. Baleseti eredetű kómás állapot Amennyiben a biztosított balesetből eredően olyan agysérülést szenved el, amelynek következtében 30 napot meghaladóan kómás állapotba kerül, a biztosító kifizeti a baleseti eredetű kómás állapot kockázatának a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét. A baleseti eredetű kómás állapot kockázat vonatkozásában tett igénybejelentést követően a biztosított az egyéb kockázatok vonatkozásában szolgáltatásra nem jogosult. 18.4. Baleseti eredetű műtét 18.4.1. Amennyiben a biztosítottnak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete miatt, a gyógyulása és állapotromlásának megakadályozása érdekében szükségessé váló, a biztosító által meghatározott mértéket meghaladó súlyosságú műtétet végeznek, úgy a biztosító kifizeti az adott súlyosságú csoportba sorolt baleseti műtét kockázatának a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét, ha a bejelentett baleseti esemény és az elvégzett műtéti beavatkozás között igazolt ok-okozati összefüggés van. 18.4.2. A műtétek súlyossági besorolását a biztosító szakorvosa objektív feltételek (műtéti halálozás kockázata, szövődmények gyakorisága, súlyossága, műtéttechnikai bonyolultsága, a beteg által elviselendő megterhelés nagysága) alapján a vonatkozó szabályzatok és szakmai irányelvek szerint a biztosított szakorvosi dokumentációja, szükség esetén személyes vizsgálata alapján határozza meg. 18.4.3. A műtétek besorolása A teljes körű műtét besorolás bemutatására nincs lehetőség tekintettel arra, hogy azoknak szinte végtelen számú módja, módszere, kombinációja van. A biztosító alapvető törekvése, hogy a műtéti térítések meghatározásakor a lehetőségek határain belül az alábbiakban ismertetésre kerülő besorolás alapulvételével járjon el. I. súlyossági fokozat (100%-os mértékű térítés)

- a szervezet üregrendszerén belül elhelyezkedő anatómiai képletek sérülései miatt szükségessé váló és az üregrendszer falának megnyitásával végzett műtéti megoldások (koponya, nyak, a mellkason hagyományos, feltárásos műtéttel végzett eljárás, has, medence, gerincoszlopon hagyományos, feltárásos műtéttel végzett eljárás),
- az ujjak kivételével végzett baleseti eredetű végtagcsonkolások függetlenül attól, hogy a csonkolódott végtag rész visszaültetése megtörtént-e, és milyen a funkcionális vég-eredmény,
- a törzsből kilépő fő ér- és idegképletek sérülése miatt végzett helyreállító műtétek (kivéve a csuklóízület, illetve bokaízület kezdő részeitől perifériásan elhelyezkedő ér- és idegképletek),
- a műtétet igénylő II.-III. fokú égési sérülések, ha az égési felszín a testfelület 40%-át eléri.

II. súlyossági fokozat (75%-os mértékű térítés)

- a nyílt és zárt, nagy ízületekbe (váll, könyök, csukló, csípő, térd, boka) hatoló és ízületen kívüli nagy csöves csontok (felkar, alkar, comb, lábszár) törése miatti műtétek. A kéz és láb törései nem tartoznak ide.
- a nagy kiterjedésű roncsolással, és szövethiánnyal járó lágyrész sérülések, ahol műtéti sorozat és/vagy szövetpótlás végzésére van szükség,
- a műtétet igénylő II.-III. fokú égési sérülések, ha az égési felszín a testfelület 5%-ánál nagyobb, de annak 40%-át nem éri el.

III. súlyossági fokozat (50%-os mértékű térítés)

- az orvosi szakma szabályai által dokumentált friss ízületi szalagszakadások, ín, inak szakadása, (a kéz és a láb ujjainak kivételével),
- a csuklóízület, illetve bokaízület kezdő részeitől perifériásan elhelyezkedő ér és idegképletek helyreállító műtétei,
- a kéz és láb ujjainak amputációval járó csonkolásos sérülése(k).

IV. súlyossági fokozat (10 %-os mértékű térítés)

- kézfej-, lábfej-, ujsérülések és törések rekonstrukciós műtétei,
- az ujjak perifériás idegvarrata(i).

18.4.4. Nem téríthető beavatkozások:

- bőrvarratok,
- dróttűzés,
- korábban meglévő, ortopéd jellegű elváltozások baleset kapcsán történő terápiája, műtéte,
- az emberi szervezet típusos helyeinek sérvesedése miatti műtétek,
- a biztosítottak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező akut balesete miatt diagnosztikus vagy terápiás céllal végzett csőtűkröztés (endoszkopias) műtét,
- a kóros csontszerkezeti elváltozásból adódó csonttörés stabilizáló műtéte,
- belső fémrögzítés eltávolítása,
- idegen test eltávolítása,
- fogászati és szájsebészeti műtétek,
- fogpótlás,
- baleseti eseménnyel összefüggésbe nem hozható beavatkozások.

18.4.5. Egy baleseti eseményből maximálisan a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki a biztosító.

18.4.6. Amennyiben egy műtét során egy időben több

sebészeti beavatkozás szükséges, akkor a biztosító a legmagasabb besorolású műtét alapján állapítja meg a szolgáltatást.

18.5. Baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett térdműtét

A biztosítottak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező akut balesete miatt a térdízület endoszkópos eljárással végzett, terápiás célú műtéte esetén a biztosító kifizeti a baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett térdműtét kockázatnak a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét.

18.6. Baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett egyéb műtét

A biztosítottak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező akut balesete miatt endoszkópos eljárással elvégzett terápiás célú – a térdekre irányuló műtét kivételével – műtéte esetén a biztosító kifizeti a baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett egyéb műtét kockázatnak a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét.

18.7. Baleseti eredetű helyreállító plasztikai műtét

18.7.1. Amennyiben a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete miatt a gyógyulása és állapotromlásának megakadályozása érdekében olyan plasztikai műtétet hajtanak végre, melynek célja a teljes vastagságú bőr- vagy csontszövetek pótlása, úgy a biztosító kifizeti az adott súlyosságú fokozatra vonatkozó baleseti helyreállító plasztikai műtét kockázatának a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét.

18.7.2. A műtét súlyossági fokát nem a felületi kiterjedés, hanem annak mélysége és az anatómiai lokalizációja, valamint a műtéti technika alapján a biztosító szakorvosa mindig egyedileg, a 100%, 75%, 50%, 10% súlyossági fokozat és a nem téríthető kategóriák között határozza meg.

18.8. Baleseti eredetű kórházi napi térítés (5-365 nap közötti időszakra)

18.8.1. Ha a biztosított a kockázatviselés időszak alatt bekövetkező balesete miatt legalább 5 napot elérő folyamatos, szakorvosilag indokolt kórházi ápolásra szorul, úgy a biztosító a baleseti kórházi ápolás kockázatának a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét minden kórházi ápolási npra kifizeti.

18.8.2. Amennyiben egy balesetből eredően egy adott biztosítottra vonatkozóan többször kerül kórházi ápolásra sor, úgy a biztosító az első 5 napot meghaladó időszak után már a következő ápolási időszaknál nem vizsgálja annak folyamatos meglétét.

18.8.3. A kórházi ápolás kockázata nem terjed ki azokra a kórházi felvételt igénylő egyéb kóros állapotokra, melyek nem az adott baleset gyógyításával állnak közvetlen okozati összefüggésben.

18.8.4. Egy biztosítási esemény kapcsán a szolgáltatás legfeljebb 365 napra korlátozódik.

18.8.5. Amennyiben a biztosított balesetével okozati összefüggésben intenzív osztályon történő ellátásban részesül, az itt eltöltött kórházi ápolási napokra a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a biztosító.

18.9. Baleseti eredetű, 60 napot meghaladó kórházi ellátás, egyösszegű térítés

18.9.1. Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesetével okozati összefüggésben 60 napot meghaladóan folyamatos kórházi ápolásra szorul, úgy a biztosító a baleseti kórházi ápolás kockázatának a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét egy összegben kifizeti a 61. napot követően. 18.9.2. A kórházi ápolás kockázata nem terjed ki azokra a kórházi felvételt igénylő egyéb kóros állapotokra, melyek nem az adott baleset gyógyításával állnak közvetlen okozati összefüggésben. 18.10. Baleseti eredetű égés A biztosított égési sérülése esetén a biztosító a szerződés szerinti 100%-os biztosítási összegnek a 3. sz. mellékletben meghatározott, az égéskárosodás mértékének megfelelő százalékát fizeti ki. Az I. fokú égési sérülésnél csak a bőr legfelső rétege károsodik, amely fájdalmas, és a felületen pirosság látható. A II. fokú égési sérülések esetén különbséget kell tenni az úgynevezett felületes és mély formák között. A II/1. típus előfordulásakor a bőr legfelső és az irha felső rétege károsodik, hólyag látható, a sebalap piros, nyomásra elfehéredik, fájdalmas. A II/2. típusú sérülésnél az irha mélyebb rétege is károsodik, a sebalap fehéres színű, fájdalmas. A III. fokú égés esetén a bőr teljes vastagsága sérül, a felszín a szennyeződéstől függően barna, fekete vagy fehér színű, hólyag nincs, a felszín érzéketlen, mivel a fájdalomérzékelő receptorok is elpusztultak. Az égett terület kiterjedése az ember testfelszínének százalékában kerül megadásra, amelynek során 1 százalék testfelszín a sérült tenyér felszínének felel meg. A nagy kiterjedésű égési felület kiszámítása a Wallace-féle 9-es 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. 18.11. Baleseti eredetű csonttörés Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt olyan balesetet szenved, melynek következménye szakorvos által igazolt módon csonttörés, illetve csontrepedés, úgy a biztosító a biztosítási összegnek a törések típusától, a gyógyulás eredményétől függően a szerződés szerinti hányadát fizeti ki a biztosítottnak, de a kifizetés nem haladhatja meg a biztosítási összeg 100%-át. – Amennyiben egy balesetből eredően a kéz- és lábujjak, kéz- és lábtőcsontok, orrcsont, farokcsont, gerincnyúlvány, bordák törése (függetlenül azok számától) következik be, a biztosító kifizeti a biztosítási összeg 10%-át. – Amennyiben egy balesetből eredően 1 végtag, vagy vállövi csontok, vagy lapocka törése következik be, a biztosító kifizeti a biztosítási összeg 25%-át. – Amennyiben egy balesetből eredően 2 végtag együttes törése következik be, a biztosító kifizeti a biztosítási összeg 50%-át. – Amennyiben egy balesetből eredő 4 végtag együttes törése, vagy koponya törése (kivéve: orrcsont) vagy gerincoszlop (kivéve: farokcsont és gerincnyúlvány), vagy medence törése, vagy szegycsont törése következik be, a biztosító kifizeti a biztosítási összeg 100%-át.	18.12. Többlétszolgáltatás közlekedési, tömegközlekedési, légi közlekedési, munkahelyi baleset esetén 18.12.1. Többlétszolgáltatás közös szabályai: <i>Amennyiben több jogcímen illetné meg a biztosítottat többlétszolgáltatás, úgy a biztosító szolgáltatása egyszeres, azaz kizárólag a legmagasabb mértékű többlétszolgáltatás illeti meg.</i> 18.12.2. Közlekedési baleset esetén a többlétszolgáltatás mértéke az alapkockázatok biztosítási összegének 50%-a. 18.12.3. Tömegközlekedési baleset esetén a többlétszolgáltatás mértéke az alapkockázatok biztosítási összegének 100%-a. A biztosító kockázatviselése egy biztosított vonatkozásában kizárólag hivatalos menetnyilvántartással igazolt idő alatt a tömegközlekedési eszközön történő utazás ideje alatt bekövetkező biztosítási eseményekre terjed ki az arra való felszállástól a leszállásig. 18.12.4. Légi közlekedési baleset esetén a többlétszolgáltatás mértéke az alapkockázatok biztosítási összegének 200%-a. A biztosító kockázatviselése egy biztosított vonatkozásában kizárólag hivatalos menetrend szerint közlekedő légi járművön történő utazás ideje alatt bekövetkező biztosítási eseményekre terjed ki annak felszállásától a leszállásáig. 18.12.5. Munkahelyi baleset esetén a többlétszolgáltatás mértéke az alapkockázatok biztosítási összegének 50%-a. 19. Balesetből eredően szükségessé váló nagyértékű képalkotó diagnosztikai 19.1. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a balesetből eredő további gyógyulásához szükségessé váló, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, melyre a biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkezett baleseti sérülése miatt, szakorvos által elrendeltem van szükség. 19.1.1. CardioCT tomográfiás diagnosztika 19.1.2. MR Mágneses rezonancia diagnosztika 19.1.3. CT (computer tomográf) számítógépes rétegfelvétele diagnosztika 19.2. A biztosító szolgáltatása A fenti vizsgálatot a biztosító ellátásszervezője megszervezi a biztosított részére és a vizsgálat költségeit átvállalja az éves szolgáltatási limit erejéig. A szolgáltatás megszervezésének feltételeit az 5. számú melléklet tartalmazza. 20. Balesetből eredően szükségessé váló személyi okmányok pótlása Amennyiben a biztosított a kockázatviselés tartamon belül olyan balesetet szenved, melynek során személyi okmányainak bármelyikének (személyi igazolvány, útlevél, jogosítvány, lakcímkártya, TB-kártya, adókártya) pótlása is szükségessé válik, a biztosító a hatósági igazolások (rendőrségi, okmányirodai) ellenében kifizeti a biztosítási összeget.
---	---

21. Kerékpáros baleset 21.1. A Kerékpáros baleset fedezet kiterjed a biztosított kerékpárosként elszenvedett közlekedési balesetére. 21.2. Biztosítási szolgáltatások A biztosító az egyes kockázatok esetében a következő szolgáltatásokat nyújtja: A biztosító a 21.2.1.-21.2.2. pontok vonatkozásában szolgáltatásra a biztosított halála esetén kizárólag abban az esetben köteles, ha a szolgáltatási igény bejelentésére még a biztosított életében sor került. Amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény időpontjában a 75. évet meghaladja, a biztosító szolgáltatása a biztosítási összeg 50%-a minden kockázat vonatkozásában. 21.2.1. Közlekedési balesetből eredő csonttörés Ha a biztosított kerékpárosként a kockázatviselés időszaka alatt olyan közlekedési balesetet szenved, melynek következménye szakorvos által igazolt módon csonttörés, illetve csontrepedés, úgy a biztosító a közlekedési balesetből eredő csonttörés kockázatra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a törések számától függetlenül a biztosítási összeg egyszeresét fizeti ki. 21.2.2. Közlekedési balesetből eredő, 28 napot meghaladó gyógyulási tartam Ha a biztosított kerékpárosként közlekedési baleseti esemény miatt 28 napot meghaladóan, szakorvos által igazolt módon folyamatos kereső- illetve munkaképtelen állományba kerül, úgy a biztosító kifizeti a biztosítottra vonatkozó a közlekedési balesetből eredő 28 napot meghaladó gyógyulási tartam kockázatra vonatkozó biztosítási összeget. Jelen biztosítási kockázat nem terjed ki olyan személyre, aki saját jogon nem jogosult táppénzre. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a gyógyulási tartam szükségességét a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse. A biztosító szolgáltatása a gyógyulási tartam letelte után esedékes. Egy baleseti eseményből eredően a szolgáltatás csak egyszer vehető igénybe. 22. A biztosító teljesítése 22.1. A biztosítási eseményt haladéktalanul, de legkésőbb a biztosítási eseményt követő 30 napon belül be kell jelenteni a biztosító kárrendezésre jogosult szervénél. A biztosítási esemény az alábbi módon jelenthető be: – személyesen, – faxon, – postai levélben, – e-mailben, ha az az e-mail cím, amiről az üzenetet küldték a küldő személyéhez kapcsolt, korábban rögzített cím. A szolgáltatási igény előterjesztésekor minden esetben be kell nyújtani a biztosítóhoz a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt, vagy azzal tartalmilag megegyező, a biztosítási esemény elbírálásához szükséges valamennyi információt tartalmazó nyilatkozatot.	22.2. A biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosító szolgáltatására jogosult személy bejelentési kötelezettségének a 22.1. pont szerinti határidőben nem tett eleget, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, illetve a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlené válik. A biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény minden olyan körülmény, melyre a szolgáltatás igénylőlapon a biztosító kifejezetten rákérdez. 22.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás összegének meghatározásához elengedhetetlenül szükséges dokumentumokat a biztosító részére be kell nyújtani. 22.4. A biztosító által igényelt minden igazolást, nyilatkozatot és bizonyítékot hitelt érdemlően, a biztosítónak az általa meghatározott formában és tartalommal kell benyújtani. A külföldön bekövetkezett baleset esetén a baleset körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítását is csatolni kell. A szükséges dokumentumok beszerzésének, fordításának és biztosítóhoz történő eljuttatásának költségeit a biztosító nem téríti meg. 22.5. Minden biztosítási szolgáltatás iránti igényhez be kell nyújtani az Igénylőlap Baleseti szolgáltatáshoz nyomtatványt kitöltve, eredeti formában a biztosítási esemény részletes leírásával. A szolgáltatási nyomtatványhoz az alábbi dokumentumokat kell csatolni: – amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata (büntető eljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény/szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre áll – ittasság illetve bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek, toxikus anyagok hatásának vizsgálatáról készült orvosi irat másolata, – közlekedési baleset esetén, amennyiben a gépjármű vezetője a biztosított volt, érvényes vezetői engedélyének másolata, – az első, akut ellátást igazoló orvosi dokumentum másolata (ennek hiányában a biztosító nem teljesít baleseti szolgáltatást), – a kórházi zárójelentés(ek) másolata(i), – a kórházi betegellátás során keletkezett iratok hitelt érdemlő másolata(i) a (fekvőbetegként) kórházban töltött napok számáról. 22.6. Halál esetén a fentiekén kívül még az alábbi dokumentumok csatolása szükséges: – a halotti anyakönyvi kivonat másolata, – a halottvizsgálati bizonyítvány másolata, – a kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat másolata (pl. jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány). 22.7. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához a becsatolt iratokat ellenőrizheti, illetőleg a bejelen-
--	---

tett igény elbírálásával összefüggő egyéb iratokat kérhet be. A 22.5. és 22.6. pontokban felsorolt okiratokon kívül a biztosított jogosult a károk és költségek egyéb okmányokkal, dokumentumokkal illetőleg egyéb módon történő igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. 22.8. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához a becsatolt iratokat ellenőrizheti, illetőleg a bejelentett igény elbírálásával összefüggő egyéb iratokat szerezhethet be. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, és azt a hiánypótlásra való felhívást követően sem pótolják, vagy ismételt hiányosan nyújtják be a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el. 22.9. A felsorolt okiratokon kívül a biztosított jogosult a károk és költségek egyéb okmányokkal, dokumentumokkal illetőleg egyéb módon történő igazolására, a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. 22.10. Ha a rendelkezésre álló iratok alapján a szolgáltatási igény nem bírálható el, a biztosító elrendelheti a biztosított személyes orvosi vizsgálatát is. Ha a biztosított az orvosi vizsgálaton nem jelenik meg, a biztosító a rendelkezésére álló adatok alapján hoz döntést. A személyes orvosi vizsgálat költségeit a biztosító viseli. A biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a biztosított viseli. 22.11. A biztosító szolgáltatásait a rendelkezésre álló legutolsó adatoknak megfelelően nyújtja. 22.12. A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti. 22.13. A biztosító szolgáltatásait a kedvezményezett részére banki folyószámlára utalással teljesíti, amennyiben rendelkezik folyószámlával. Egyéb esetekben a biztosító szolgáltatásait postai utalással teljesíti. 23. A személyes adatok kezelésére és a titokvédelemre vonatkozó tudnivalók A biztosító ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adataira vonatkozó adatkezelési szabályokat az Adatkezelési tájékoztató c. dokumentum tartalmazza. A biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosultak megismerni mindazon személyek vagy szervezetek, akikkel szemben a biztosítónak a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége a Bit. rendelkezései szerint nem áll fenn. Ezen szervezetek listáját az Adatkezelési tájékoztató 1. sz. Függeléke tartalmazza. A biztosító az adatkezelések során adatfeldolgozókat, illetve kiszervezett tevékenységet végző szolgáltatókat vesz igénybe erre irányuló szolgáltatási szerződések keretében. A biztosító adatfeldolgozói a biztosítási tevékenységről szóló 2014. LXXXVIII. törvény vonatkozó rendelkezései alapján kiszervezett tevékenység keretében végezhet-	nek tevékenységet, amelynek során a személyes adatokat a biztosító, mint adatkezelő megbízásából és utasításai szerint kezelik az adatvédelmi előírások betartása mellett. Az adatfeldolgozók és a viszontbiztosítók listája, valamint a legfrissebb Adatkezelési tájékoztató a https://union.hu/adatvedelem weboldalon érhető el. Az Adatkezelési tájékoztató tartalma és az adatfeldolgozó partnerek, viszontbiztosítók listája a jogszabályi változások és a biztosító által kötött vagy a jövőben kötendő partneri szerződésektől függően változhat. 24. Jognyilatkozatok 24.1. A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a szerződőnek illetve a szolgáltatási igény bejelentése esetén a biztosítottnak az általuk megadott, és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre. 24.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket (a szolgáltatási igénybejelentés és panaszbejelentés kivételével) csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban (postai vagy elektronikus úton) juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett. 25. Elévülés Jelen szerződésből eredő biztosítási igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől, egyéb igények esetén annak esedékességétől számított 2 év után elévülnek. 26. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve 26.1. A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik. 26.2. A kapcsolattartás módja: Az ügyfél az alábbi lehetőségek valamelyikét veheti igénybe a biztosítóval való kommunikációja során: – telefonon – faxon – személyesen (Ügyfélszolgálat) – írásban (postai vagy elektronikus úton) A biztosító fenntartja magának a jogot arra, hogy egyes biztosítási termékek esetében kizárólagos kommunikációs csatornát kössön ki. 27. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól Az UNION-Menta baleset-biztosítás szerződési feltételeinek az alábbi rendelkezései eltérnek a szokásos szerződési gyakorlattól: – Elévülés (25. pont): szerződésből eredő biztosítási igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől, egyéb igények annak esedékességétől számított 2 év után elévülnek. – Kizárt kockázatok (16.9. pont): A biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár kifizetésével a biztosító sértené az Egyesült Nemzetek Szövetségének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést vagy rendeletet, vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság, illetve az Egyesült Államok kereske-
--	---

delmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit (amennyiben ezek nem sértik a biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt). 28. Alkalmazandó jog 28.1. Jelen biztosítási feltételek a hatályos magyar jogszabályok, így különösen a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: Ptk.), valamint a biztosítási tevékenységről szóló 2014. LXXXVIII. törvény (továbbiakban: Bit.) alapján jöttek létre. Jelen biztosítási feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés díjára és az annak alapján járó szolgáltatásra a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény rendelkezései is irányadóak lehetnek. 28.2. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar. 29. Vitás kérdések rendezése 29.1. A szerződőnek és a biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a szerződés keretében vagy a szerződéssel kapcsolatban merül fel. 29.2. A biztosító, az általa alkalmazott vagy megbízott ügynök vagy – adott termék kapcsán – általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a biztosító részére kell bejelenteni a) írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségen: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1082 Budapest, Baross u. 1., 1380 Budapest Pf. 1076., tel.: (+36-1) 486-4343) b) személyesen az alábbi címen: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Központi Ügyfélszolgálati Iroda (1134 Budapest, Váci út 33.). A biztosító a szerződéskötést követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján (www.union.hu) közzéteszi. 29.3. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi az ügyfélnek. 29.4. A biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a biztosító jegyzőkönyvet vesz fel. Ha a szerződő, illetve a biztosított a panasz kezelésével nem ért egyet, a biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel. A jegyzőkönyv egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a biztosító a panaszosnak átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén a panaszra adott válasszal együtt, de legkésőbb 25 napon belül a panaszosnak	megküldi. A biztosító a panaszra adott, indoklással ellátott választ a szóbeli panasz közlését követő 30 napon belül küldi meg az ügyfélnek. 29.5. A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 55.; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600) 29.6. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai Amennyiben a fogyasztó biztosítóhoz benyújtott panasz – elutasításra került, vagy – nem a biztosítási törvényben előírtak szerint került kivizsgálásra, vagy – kapcsán a biztosító válaszából a biztosítási törvényben előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez, vagy – kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelenül telt el, úgy a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; telefon: (+36-80) 203-776; web: mn.b.hu/fogyasztovedelem; ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6. e-mail: ugyfelszolgalat@mn.b.hu); b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest, Pf. 172. ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6. telefon: (+36-80) 203-776; e-mail: ugyfelszolgalat@mn.b.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. 29.7. A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában az ügy érdemében: a) kötelezést tartalmazó határozatot hoz, ha a kérelem megalapozott, és a biztosító a Pénzügyi Békéltető Testület döntését magára nézve kötelezőként elismerte, vagy b) ajánlást tesz, ha a kérelem megalapozott, azonban a biztosító úgy nyilatkozott, hogy a döntést kötelezőként nem ismeri el, illetve a döntés elismeréséről egyáltalán nem nyilatkozott. A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában akkor is kötelezést tartalmazó határozatot hozhat, ha a biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de a kérelem megalapozott és az ügyfél érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg az egymillió forintot. 29.8. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. 29.9. A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz fordulhat az ügyfél, amennyiben a
---	---

panaszára adott válasz az adatvédelmi rendelet (GDPR) alapján az érintettet megillető jogosultságok (tájékoztatáshoz, hozzáféréshez, helyesbítéshez, korlátozáshoz, adathordozhatósághoz, tiltakozáshoz, törléshez való jog) érvényesítésének korlátozásával vagy az érintetti joggyakorlásra irányuló igény elutasításával összefüggő. Ha az érintett megítélése szerint a rá vonatkozó személyes adatok kezelése megsérti a vonatkozó jogszabályokat, jogosult a biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez fordulni az adatvedelem@union.hu e-mail címen keresztül, vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz is tehet bejelentést.

A hatóság címe:

1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.,

levelezési címe: 1363 Budapest, Pf.:9,

telefon: (+36-1) 391-1400;

e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

30. Egyéb rendelkezések

30.1. A biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján (www.union.hu) teszi közzé.

30.2. Az MNB fogyasztóvédelmi honlapja, a Pénzügyi Navigátor elérhető az alábbi linken: www.mnb.hu/fogyasztovedelem.hu.

30.3. A biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

1. számú melléklet

Szolgáltatási táblázat határozatlan tartamú fix kockázatú és biztosítási összegű szerződések vonatkozásában:
Amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény időpontjában a 75. évet meghaladja, a biztosító szolgáltatása a biztosítási összeg 50%-a.

Biztosított kockázatok	Light csomag	Standard csomag	Prémium csomag	Extrém sport csomag	Gyermek csomag
Baleseti eredetű halál	4 000 000 Ft	10 000 000 Ft	20 000 000 Ft	5 000 000 Ft	–
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás 100%	4 000 000 Ft	10 000 000 Ft	20 000 000 Ft	5 000 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti eredetű kómás állapot	4 000 000 Ft	10 000 000 Ft	20 000 000 Ft	5 000 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti eredetű műtét 100%	500 000 Ft	1 000 000 Ft	1 000 000 Ft	1 000 000 Ft	250 000 Ft
Baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett térdműtét	50 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft	–
Baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett egyéb műtét	100 000 Ft	200 000 Ft	200 000 Ft	200 000 Ft	–
Baleseti eredetű, helyreállító plasztikai műtét 100%	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft	–
Baleseti eredetű kórházi napi térítés	5 000 Ft/nap	10 000 Ft/nap	10 000 Ft/nap	6 000 Ft/nap	5 000 Ft/nap
Baleseti eredetű, 60 napot meghaladó kórházi ellátás, egyösszegű térítés	100 000 Ft	200 000 Ft	200 000 Ft	120 000 Ft	–
Baleseti eredetű égés 100%	500 000 Ft	1 000 000 Ft	1 000 000 Ft	1 500 000 Ft	100 000 Ft
Baleseti eredetű csonttörés 100%	100 000 Ft	200 000 Ft	200 000 Ft	300 000 Ft	50 000 Ft
Közlekedési baleset esetén többszolgáltatás	+50%	+50%	+50%	–	–
Tömegközlekedési baleset esetén többszolgáltatás	+100%	+100%	+100%	–	–
Légi közlekedési baleset esetén többszolgáltatás	+200%	+200%	+200%	–	–
Munkahelyi baleset esetén többszolgáltatás	+50%	+50%	+50%	–	–
Balesetből eredően szükségessé váló nagyértékű képalkotó diagnosztika (éves szolgáltatási limit)	–	–	250 000 Ft	–	–
Balesetből eredően megsemmisült személyi okmányok pótlása	–	–	50 000 Ft	–	–
Extrém sport fedezet	–	–	–	IGEN	–

2. számú melléklet

Szolgáltatási táblázat határozott tartamú szerződések vonatkozásában:

Biztosított kockázatok	Fun csomag
Baleseti eredetű halál	10 000 000 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás 100%	10 000 000 Ft
Baleseti eredetű kómás állapot	10 000 000 Ft
Baleseti eredetű műtét 100%	1 000 000 Ft
Baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett térdműtét	100 000 Ft
Baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett egyéb műtét	200 000 Ft
Baleseti eredetű, helyreállító plasztikai műtét 100%	2 000 000 Ft
Baleseti eredetű kórházi napi térítés	10 000 Ft/nap
Baleseti eredetű, 60 napot meghaladó kórházi ellátás, egyösszegű térítés	200 000 Ft
Baleseti eredetű égés 100%	1 000 000 Ft
Baleseti eredetű csonttörés 100%	200 000 Ft
Közlekedési baleset esetén többszolgáltatás	+50%
Tömegközlekedési baleset esetén többszolgáltatás	+100%
Légi közlekedési baleset esetén többszolgáltatás	+200%
Munkahelyi baleset esetén többszolgáltatás	+50%

3. számú melléklet

Égési fokozatok meghatározása

Égési fokozatok	Kiterjedés	Az egészségkárosodás mértéke
I. fokú (bőrt, nyálkahártyát épen hagyó égés)	1-20%	0%
	21-30%	15%
	31-50%	30%
	51%-tól	50%
II/1. fokú (felületes mélységű égés)	1-15%	0%
	16-20%	15%
	21-30%	30%
	31-50%	60%
	50%-tól	100%
II/2. fokú (átmeneti) mélységű égés	1-5%	0%
	6-10%	15%
	11-20%	30%
	21-30%	60%
	31%-tól	100%
III. fokú (mélyre terjedő égés)	1-2%	0%
	3-5%	20%
	6-15%	40%
	16-25%	60%
	26%-tól	100%

4. számú melléklet

Az egyedileg összeállítható (Flexi csomag) biztosítási fedezet összeállítására vonatkozó speciális szabályok

Flexi csomag hivatásos sportoló részére nem köthető.

Az egyedileg összeállítható csomagon belül különböző kombinációkban lehet választani a meghatározott kockázatokat tartalmazó modulokat. A kockázatok külön-külön nem választhatóak, csak a modulok.

Az 1. modul választása minden esetben kötelező, ez a Baleseti eredetű halál, a Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás valamint a Baleseti eredetű kómas állapot kockázatokat foglalja magába. A 3. modul kizárólag a 2. modul választása esetén választható.

A modulokon belüli kockázatok minimális biztosítási összegei csak azonos arányban növelhetők.

A biztosítási összegeket is egyedileg lehet meghatározni, bizonyos megkötésekkel, melyeket az 1. számú táblázat tartalmaz.

Az egyedi csomag választása esetében a biztosítás éves díja egy biztosítottra vonatkozóan nem lehet kevesebb, mint 12 000 Ft, a gyakoriságnak megfelelő díjrészlet nem lehet kevesebb, mint 5 000 Ft.

1. számú táblázat

Választható modulok, biztosítási összegek:

Amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény időpontjában a 75. évet meghaladja, a biztosító szolgáltatása a biztosítási összeg 50%-a.

Modul	Biztosított kockázatok	Választható biztosítási összegek/ minimum-maximum
1.	Baleseti eredetű halál Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás 100% Baleseti eredetű kómas állapot	2 000 000 – 20 000 000 Ft ¹
2.	Baleseti eredetű műtét 100%	200 000 – 2 000 000 Ft ²
3.	Baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett térdműtét Baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett egyéb műtét Baleseti eredetű, helyreállító plasztikai műtét 100%	50 000 – 200 000 Ft ⁷ 100 000 – 400 000 Ft ⁷ 1 000 000 – 4 000 000 Ft ⁷
4.	Baleseti eredetű kórházi napi térítés Baleseti eredetű, 60 napot meghaladó kórházi ellátás, egyösszegű térítés	2 000 – 20 000 Ft/nap ³ 40 000 – 400 000 Ft ⁴
5.	Baleseti eredetű égés 100% Baleseti eredetű csonttörés 100%	200 000 – 2 000 000 Ft ⁵ 40 000 – 400 000 Ft ⁶
6.	Közlekedési baleset esetén többszolgáltatás Tömegközlekedési baleset esetén többszolgáltatás Légi közlekedési baleset esetén többszolgáltatás Munkahelyi baleset esetén többszolgáltatás	+50% +100% +200% +50%
7.	Balesetből eredően szükségessé váló nagyértékű képkalkotó diagnosztika (éves szolgáltatási limit)	250 000 Ft
8.	Balesetből eredően megsemmisülő személyi okmányok pótlása	50 000 Ft
9.	Extrém sport fedezet	igen / nem
10.	Kerékpáros baleset: Kerékpáros közlekedési balesetből eredő csonttörés Kerékpáros közlekedési balesetből eredő 28 napot meghaladó gyógyulási tartam	50 000 Ft 50 000 Ft

¹ A biztosítási összeget, a minimum biztosítási összegtől kiindulva 1 millió forinttal lehet emelni.

² A biztosítási összeget, a minimum biztosítási összegtől kiindulva 100 000 forinttal lehet emelni.

³ A biztosítási összeget, a minimum biztosítási összegtől kiindulva 1 000 forinttal lehet emelni.

⁴ A biztosítási összeget, a minimum biztosítási összegtől kiindulva 20 000 forinttal lehet emelni.

⁵ A biztosítási összeget, a minimum biztosítási összegtől kiindulva 100 000 forinttal lehet emelni.

⁶ A biztosítási összeget, a minimum biztosítási összegtől kiindulva 20 000 forinttal lehet emelni.

⁷ A 3. modul választása esetén a biztosítási összegek csak a 2. modul biztosítási összegeivel azonos arányban választhatóak. Ennek megfelelően csak az alábbi biztosítási összegek választhatóak a 2. és a 3. modul együttes választása esetén:

Baleseti eredetű műtét 100%	500 000 Ft	1 000 000 Ft	1 500 000 Ft	2 000 000 Ft
Baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett térdműtét	50 000 Ft	100 000 Ft	150 000 Ft	200 000 Ft
Baleseti eredetű, endoszkópos technikával végzett egyéb műtét	100 000 Ft	200 000 Ft	300 000 Ft	400 000 Ft
Baleseti eredetű, helyreállító plasztikai műtét 100%	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	3 000 000 Ft	4 000 000 Ft

5. számú melléklet

A szolgáltatás megszervezésének feltételei balesetből eredően szükségessé váló nagyértékű képalkotó diagnosztika esetén

1. A biztosító az ellátásszervező részére eljuttatja a szolgáltatás igénybevétele érdekében a biztosított alábbi adatait:
név, anyja neve, születési dátum, szerződés száma, kapcsolattartási adatok, amely adatokat az ellátásszervező bizalmasan kezel.
2. A szolgáltatás megszervezésének és a biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a biztosított rendelkezzen a vizsgálathoz szükséges (szak)orvosi véleménnyel. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező is megalapozottnak minősítse.
3. Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit teljes egészében megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak.
4. Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató esetében a biztosító az ellátásszervező előzetes engedélye alapján és az általa meghatározott összeg erejéig téríti meg az ellátás költségeit a biztosítottak utólag, számla ellenében.
5. Amennyiben a biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 90%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.

A biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok:

A teljesítés feltétele, hogy az ellátást igénylő jogosultsága az ellátásra a szerződés alapján fennálljon. A biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, megfelelő tartalmú, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentáció. A dokumentáció hiánytalan beérkezését követően haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül sor kerül a kifizetésre a 22.7. pont szerint.

A biztosító szolgáltatásából kizárt kockázatok

A biztosító nem szervezi meg az egészségügyi ellátást, és annak költségét nem téríti meg az alábbi esetekben:

- az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény esetén,
 - amennyiben az orvosi beutaló nem tartalmazza a beutaló orvos pecsétjét,
 - amennyiben az orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi beutalót nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat,
 - amely ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt,
 - amennyiben a biztosított túllépte az éves limitjét.
6. Az ellátásszervező felelőssége:
Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában.
Ezen mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt. Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket ismételt, az

előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségességét a beutaló orvos igazolni nem tudja. Úgyszintén megtagadhatja az ellátásszervező az ellátás megszervezését olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi beutaló a szakellátás igénybeviteléhez, de azt az ellátásszervező orvosilag nem tartja indokoltnak. Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége az adott időpontban a biztosított kezelőorvosa által orvosilag indokoltnak tartott olyan esetekre és a vonatkozó ellátási igény elbírálására, amelyek nem tartoznak a biztosító fedezeti körébe. Ebben az esetben a biztosított felelőssége, hogy igénybe vegye a TB szabályai szerinti egészségügyi ellátást. Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége a szolgáltatók által végzett konkrét szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.

7. Ellátásszervező: UNION-Érted Ellátásszervező Kft.

Elérhetősége: +36-1-510-0050

A szolgáltató esetleges jövőbeni módosulásáról a biztosító előzetesen tájékoztatást ad a szerződők és a biztosítottak részére honlapjának terméktájékoztatóval kapcsolatos felületén keresztül.

6. számú melléklet

Extrém sportnak minősülő sporttevékenységek:

- jet-ski,
- motorcsónak sport,
- vízisízés,
- vadvízi evezés (ideértve canyoning, hydrospeed),
- hegy- és sziklamászás az V. foktól,
- magashegyi expedíció,
- barlangászat,
- bázisugrás,
- mélybe ugrás (bungee jumping),
- falmászás,
- autó-motorsportok,
- egyszemélyes (single-handed) és nyílttengeri vitorlázás,
- repülősportok (pl. sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés, siklórepülés, hőlégballonozás),
- mélytengeri búvárkodás (búvárkodás légzőkészülékkel 40 méter alá),
- quad,
- wingsuit.