



Genertel Balesetbiztosítási Feltételek

Hatályos: 2020. április 23-tól

Társaságunk az IVASS (a pénzügyi szervezetek olaszországi felügyeleti hatósága, amely társaságunk felett tulajdonosunkon keresztül gyakorol felügyeletet) által vezetett Biztosítási Csoportok Nyilvántartásában a 26-os sorszámon bejegyzett Generali Csoporthoz tartozik.

Genertel Balesetbiztosítási Feltételek

I.	A biztosítási szerződés tartalma	3
II.	Általános rendelkezések	3
III.	A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	6
IV.	A biztosítási díj	7
V.	A biztosítási események és a biztosító szolgáltatása	9
VI.	A biztosító teljesítésének feltételei	16
VII.	A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	20
VIII.	A biztosító kockázatviseléséből kizárt események	20
IX.	Egyéb rendelkezések	22
X.	Fogalomtár	23
XI.	A Polgári Törvénykönyvtől eltérő szabályok	25

Jelen Genertel Általános Balesetbiztosítási Feltételek (továbbiakban: feltételek) a Genertel Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **balesetbiztosítási szerződéseire (továbbiakban: szerződés) érvényesek** feltéve, hogy a szerződést a jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezései, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályok** az irányadóak.

A biztosítási szerződés részét képező „Ügyfélértájköztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” című dokumentumban és a feltételekben foglaltak eltérése esetén a feltételek rendelkezései irányadóak.

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS TARTALMA

A biztosítási szerződés alapján a biztosító a jelen feltételekben meghatározott biztosítási kockázat viselésére, továbbá a biztosítási esemény bekövetkeztétől függően biztosítási szolgáltatás megfizetésére, a szerződő fél pedig biztosítási díj fizetésére kötelezi magát.

II. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

II.1. A szerződés alanyai (a biztosító, a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett)

II.1.1. **A biztosító** az a jogi személy, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

II.1.2. **Szerződő** az, aki a biztosítási szerződést a biztosítóval megkötö, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. **A szerződő 18 és 75 év közötti fogyasztó, illetve fogyasztónak nem minősülő személy vagy szervezet lehet.** Fogyasztónak minősül a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy. Amennyiben a szerződő természetes személy, abban az esetben a szerződő egyben biztosítottja is a szerződésnek.

II.1.3. A szerződéssel összefüggésben a szerződő jogosult a biztosító irányába jognyilatkozatot tenni és a biztosító hozzá köteles intézni a jognyilatkozatait.

II.1.4. Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, akkor a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

II.1.5. A szerződő személyének megváltozásához (szerződcseré) a biztosító hozzájárulása szükséges, kivéve, ha a szerződő személye jogutódlás vagy a biztosított szerződő helyére való lépése folytán változik.

II.1.6. **A biztosított** az a 75. életévét be nem töltött természetes személy, akit a biztosítási szerződésben biztosítottként neveztek meg, és akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön.

II.1.7. A biztosított kizárólag egy, jelen feltétel szerint létrejött Genertel balesetbiztosítási szerződéssel rendelkezhet.

II.1.8. Egy szerződés legfeljebb 10 biztosítottra köthető (a szerződéssel együtt, ha ő is biztosított).

II.1.9. A szerződő írásbeli nyilatkozatával további biztosított(ak)ra is kiterjesztheti a szerződést, amennyiben a biztosítottak létszáma még nem éri el a 10 főt.

II.1.10. A biztosított a biztosítási szerződés létrejöttéhez, illetve a szerződés tartama alatt történő biztosított jogviszony létesítése esetén az ehhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. Ennek következtében a biztosított jogviszonya az aktuális biztosítási időszak végével megszűnik.

II.1.11. A **kedvezményezett** az a személy, aki a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatásokra jogosult. A kedvezményezett a szerződő és a biztosított által ekként megnevezett személy. Kedvezményezett-jelölés hiányában:

- a) a **biztosított életében esedékes** szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított,
- b) a **biztosított halála esetén** esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított örököse(i).

II.1.12. A **szerződő a biztosított írásbeli hozzájárulásával** a biztosítási szerződés hatálya alatt bármikor a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal a kedvezményezett jelölést **módosíthatja** feltéve, hogy a kedvezményezett jelölés vagy annak módosítása a biztosítási esemény bekövetkezése előtt a biztosító tudomására jut.

II.1.13. A **kedvezményezett jelölés hatályát veszti**, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik.

II.1.14. A **biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett jelölést tartalmazó része semmis**, ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat, vagy a biztosított örökösét (örököseit) kell tekinteni.

II.2. A szerződés létrejötte

II.2.1. A biztosítási szerződés létrejöhet a szerződő biztosítási ajánlatának a biztosító általi – 15 napon belül történő – elfogadásával, mely írásbeli megállapodásnak minősül, valamint ráutaló magatartással.

II.2.2. A biztosító a szerződő fél ajánlatának elfogadása előtt egészségi kockázatelbírálást nem végez.

II.2.3. A szerződő nyilatkozatai az ajánlati dokumentáció részét képezik.

II.2.4. A biztosítási ajánlat elfogadása a biztosítónak az ajánlattal megegyező, vagy az ajánlattól eltérő tartalmú biztosítási fedezetet igazoló dokumentum (továbbiakban: kötvény) kiállításával vagy ráutaló magatartással (hallgatólagosan) történik.

II.2.5. A biztosítási ajánlattal megegyező tartalmú kötvény kiállítása esetén, a szerződés a kötvény kiállításának időpontjában jön létre.

Ha a szerződő az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben szereplő eltérést a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül, de legfeljebb 15 napon belül

írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint, a kötvény kiállításakor jön létre.

Ha a szerződő az eltérést a fentiek értelmében rendelkezésére álló határidőn belül elutasítja (kifogásolja), a szerződés nem jön létre. **A lényeges eltérésre a kötvény átadásakor a szerződő figyelmét írásban felhívja.** Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

II.2.6. A szerződés – ráutaló magatartással (hallgatólagosan) – akkor is létrejön az ajánlat szerinti tartalommal, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a Díjszabásnak megfelelően tették. **Ebben az esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító részére történt átadásának időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.**

Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a jelen feltételektől, akkor a biztosító a biztosítási szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a feltételeknek megfelelően módosítsák. **Ha a szerződő a módosító 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 megszüntetheti.** (Ráutaló magatartással (hallgatólagosan) létrejött szerződés utólagos megszüntetése).

II.2.7. A szerződő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig van kötve.

II.3. A kockázatviselés kezdete

A biztosító kockázatviselése (a biztosítási védelem) az adott biztosított vonatkozásában a biztosítási ajánlaton, a szerződés tartama alatt történő biztosított jogviszony létesítése esetén a beléptetésre vonatkozó kérelmen megjelölt napon veszi kezdetét. A biztosítási ajánlaton, illetve a beléptetésre vonatkozó kérelmen feltüntetett kockázatviselési kezdő időpont nem lehet korábbi, mint az ajánlattételt vagy beléptetést követő nap 0. órája.

II.4. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

II.4.1. A biztosítási szerződés az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén az adott biztosított vonatkozásában megszűnik (részleges megszűnés):

- a) ha a biztosított a 80. életévét betölti, az adott biztosítási időszak végén;
- b) a biztosított halála esetén, a szerződés az adott biztosított vonatkozásában a jelen feltételekben foglaltaknak megfelelő haláleseti szolgáltatás teljesítésével megszűnik, figyelemmel a VII., VIII. mentesülés, kizárás fejezetekben foglaltakra;
- c) az adott biztosított vonatkozásában gyakorolt rendes felmondással (II.4.3. pont);
- d) a biztosítottnak – amennyiben nem ő a szerződő fél – a biztosítási szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulásának írásbeli visszavonásával az aktuális biztosítási időszak végén.

Amennyiben a szerződésben kizárólag egy fő biztosított van, akkor a jelen pontban szabályozott megszűnési okok bármelyikének bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés teljes egészében megszűnik.

II.4.2. A biztosítási szerződés az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén megszűnik (a szerződés teljes megszűnése):

- a) a díjfizetés elmulasztása esetén, jelen feltételek IV.4 pontjában meghatározottak szerint;
- b) a szerződés egésze vonatkozásában gyakorolt rendes felmondással (II.4.3. pont);
- c) a ráutaló magatartással (hallgatólagosan) létrejött biztosítási szerződés utólagos megszüntetése esetén (II.2.6. pont), vagy

II.4.3. A szerződés megszüntetése rendes felmondással

A szerződést (vagy a szerződés egy adott biztosítottra vonatkozó részét) a **felek a biztosítási évfordulóra írásban** felmondhatják. A felmondást az évforduló előtt legalább 30 nappal a másik féllel közölni kell.

II.4.4. Díjfizetési kötelezettség a szerződés megszűnése esetén

Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a szerződés megszűnik, az egész biztosítási időszakra járó díj jár a biztosítottnak. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben az addig a napig járó díj jár a Biztosítottnak, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet visszatéríti.

II.5. A biztosítási szerződés tartama, területi hatálya

II.5.1. A szerződés **határozatlan** időtartamra jön létre.

II.5.2. A biztosító **kockázatviselése** az egész világra kiterjed.

III. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

III.1. A szerződő és a biztosító jogai és kötelezettségei

III.1.1. A biztosítási szerződés alapján a szerződő díjfizetésre köteles és a feltételek eltérő rendelkezésének hiányában jogosult a biztosítási szerződés szerinti jognyilatkozatok megtételére.

III.1.2. A biztosító köteles a biztosítási szerződés alapján a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatások nyújtására.

III.2. A szerződő és a biztosított közlési- és változásbejelentési kötelezettsége

A szerződő és a biztosított kötelesek a közlési- és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.

III.2.1. A közlési kötelezettség alapján a **szerződő és a biztosított szerződéskötéskor és a biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentése esetén kötelesek a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítási kockázat elvállalása, valamint a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges**, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

III.2.2. A szerződő és a biztosított kötelesek a biztosítás fennállása alatt **5 munkanapon belül írásban bejelenteni** az ajánlaton közölt, illetve a szerződésben szereplő **lényeges körülmények megváltozását**.

Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a biztosító kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a szerződő vagy a biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, így különösen a szerződő és a biztosított neve, címe, levelezési címe.

A biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a biztosítottnak bejelenteni.

III.2.3. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén **a biztosító kötelezettsége nem áll be**, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

IV. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

IV.1. A biztosítási díj megállapítása

A biztosítási díj a biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke. A biztosítási díj fizetésének kötelezettsége a szerződő felet terheli.

IV.2. A biztosítási díj fizetése

IV.2.1. A biztosítási szerződés rendszeres éves díjfizetésű. A biztosítási évre vonatkozó rendszeres éves díj féléves és negyedéves részletekben is fizethető amennyiben a díjrészletek elérik a 3000 Ft-ot.

IV.2.2. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő ajánlattételkor határozza meg, és a szerződés tartama alatt írásban igényelheti a díjfizetési ütem változtatását a biztosítási évforduló előtt legfeljebb 30 nappal írásban (e-mail-ben).

IV.2.3. A biztosítási évforduló minden évben a kockázatviselés kezdő hónapjának utolsó napjával megegyező naptári nap kivéve, ha a kockázatviselés kezdete a hó elsejére esik, ez esetben a megelőző hónap utolsó napja.

IV.2.4. A biztosítási időszak egy év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számítva egy évig tart (továbbiakban: biztosítási év).

IV.2.5. A biztosítási szerződés első díja a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában a kockázatviselés kezdetekor esedékes, minden további rendszeres díj pedig annak a díjfizetési időszaknak (év, félév, negyedév) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amely napon a biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.

IV.2.6. Abban az esetben, ha a kedvezményre jogosító körülmények megváltoznak, vagy utóbb már nem állnak fenn (pl. fizetési ütem vagy mód megváltozása miatt), úgy a szerződő a kedvezményre való jogosultságát elveszti és köteles a kedvezmény figyelembe vétele nélkül számított biztosítási díj megfizetésére.

Ilyen esetben a kedvezmény nélkül számított díj akkor esedékes, amikor a biztosító erre vonatkozóan felhívást (díjbekérő,) küld vagy a díj beszedési megbízással (inkasszó) történő beszedését először megkísérli.

IV.2.7. A felek a biztosítási díj megfizetésének módjára vonatkozóan az alábbi fizetési módokon történő fizetésben állapodhatnak meg:

- csoportos beszedési megbízással (inkasszóval) – a szerződő megbízást ad a folyószámláját vezető banknak a rendszeres díjak lehívásának engedélyezésére,
- átutalási megbízással – a biztosító a díj esedékessége előtt (a választott díjfizetési ütemnek megfelelően) díjbekérőt küld a szerződőnek, mely alapján a szerződő megbízást ad a bankjának a díjbekérőn megjelölt díj átutalására
- A szerződőnek bármikor lehetősége van a biztosító honlapján erre kialakított felületen esedékes díjának bankkártyával történő befizetésére (<https://www.genertel.hu/dijfizetes/>).

IV.2.8. Amennyiben nem áll rendelkezésre az esedékes díj megfizetésére szolgáló, a biztosító által kiállított díjbekérő vagy más dokumentum, a szerződő köteles az esedékes díjat belföldi postautalványon (postai „piros” csekken), banki átutalással vagy bankkártyás fizetéssel a kötvényszám feltüntetése mellett megfizetni.

Amennyiben a szerződő a díjbekérőt az esedékes díjrészlet esedékességét meg-

előző 10. napig nem kapja kézhez, ezt az ettől számított 5 napon belül az ügyfélszolgálati elérhetőségek bármelyikén köteles jelezni.

IV.3. Adminisztrációs díj

A biztosító egyes eljárásokért adminisztrációs díjakat számíthat fel, az ezen eljárásokkal összefüggésben felmerülő költségei megtérülése érdekében. Az egyes eljárásokért felszámítandó mindenkor adminisztrációs díjakat a biztosító honlapján teszi közzé.

IV.4. A díjfizetés elmulasztásának következményei

IV.4.1. Amennyiben a szerződő a rendszeres biztosítási díjat az esedékesség időpontjától számított 30. napig nem egyenlíti ki – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a biztosító a szerződő felet **legalább 30 napos póthatáridő** tűzésével a teljesítésre írásban felhívja.

Ha a szerződő a kitűzött póthatáridőig fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a biztosítási szerződés az esedékesség időpontjára visszamenő hatállyal (a díjrendeztettség napjával) megszűnik kivéve, ha a biztosító a díjkövetelését késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

IV.4.2. Ha az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg, és a biztosító – a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok megfelelő alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.

IV.4.3. Ha a biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az esedékessé vált, de a biztosítási esemény bekövetkezéséig meg nem fizetett díj mértékével a biztosító által a szolgáltatásra jogosult részére teljesítendő szolgáltatás(ok) összege csökken.

IV.5. Értékkövetés

Az értékkövetés a biztosítási összeg és ennek alapján a biztosítási díj évente egy alkalommal, azonos arányban történő emelése. Az értékkövetés a biztosítási évforduló napjától hatályos.

Az értékkövetés mértékének meghatározása a Központi Statisztikai Hivatal Fogyasztói Árindex kiadványában közzétett indexszámok alapján történik.

Az értékkövetés alapja a biztosítási évforduló előtti negyedik hónapot megelőző 12 hónap havi fogyasztói árindexének szorzata által mutatott százalékos érték (továbbiakban indexszám). Ha az így módon számított érték 5%-nál kisebb, akkor az indexszám 5%. Az értékkövetési folyamat keretében a biztosító a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal értesítést küld a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási összeg(ek)ről és az évfordulótól fizetendő új éves biztosítási díjról. Ha a módosítást a szerződő nem kívánja, az értesítő kézhezvételét követően 15 napon belül írásban kérheti a biztosításának eredeti összegekre való visszaállítását vagy – választása szerint – jogosult a biztosítási szerződést (az évfordulót megelőzően) évfordulóra felmondani, felmondási idő nélkül.

Ha a szerződő az értékkövetést a 15 napos határidőn belül nem utasítja el vagy a szerződést nem mondja fel, úgy a szerződés a megnövelt biztosítási összeggel és díjjal marad hatályban.

V. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

V.1. Baleseti halál és temetési költség

V.1.1. Biztosítási esemény: az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset, melynek következtében a biztosított a balesetet követő egy éven belül meghal. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

V.1.2. Biztosító szolgáltatása: A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén, – a jogalap fennállásakor – a halál időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget**, illetve a **számlával igazolt temetési költséget** – a kötvényen meghatározott limitösszeg figyelembevételével – **fizeti ki a haláleseti szolgáltatásra jogosult (kedvezményezett) részére**, és ezzel a szerződés – amennyiben a szerződés több biztosítottra is vonatkozik, akkor a szerződésnek az adott biztosítottra vonatkozó része – megszűnik.

Amennyiben a biztosított kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete miatti halála a biztosítási szerződés megszűnését, illetve ha a szerződés több biztosítottra is kiterjed, akkor az adott biztosított vonatkozásában történő részleges megszűnését követően, de a biztosítási eseményben meghatározott baleset időpontjától számított egy éven belül következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál a baleset időpontjában hatályos **kötvényben, vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.

V.2. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás

V.2.1. Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset, mely következtében a biztosított maradandó egészségkárosodást szenved. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.

Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. Ha az egészségkárosodás mértéke még folyamatosan változik, de a baleset napjától számított 2 év eltelt, akkor a baleset napjától számított 2 év letelte után a biztosító orvos szakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét, melyet a biztosító a szolgáltatási kötelezettsége és a szolgáltatás mértéke szempontjából a baleset következményeként kialakult maradandó egészségkárosodásnak tekint. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

V.2.2. Biztosító szolgáltatása: A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén, – a jogalap fennállásakor – a baleset időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összegnek a jelen fel-tétel „A” melléklete szerinti hányadát fizeti ki a kedvezményezett részére.**

Ha az egészségkárosodás mértéke a „A” mellékletben található táblázat alapján nem állapítható meg, úgy a szolgáltatást a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból csökkent mértéke alapján kell megállapítani.

A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

Az Orvosszakértői Intézet (a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására joga-

sult szerv) szakvéleményében, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában megállapított egészségkárosodás mértéke, a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás mértékénél, és a biztosító által nyújtandó szolgáltatási összeg meghatározásánál **nem irányadó.**

A biztosítót az egészségkárosodás maradandó jellegének, illetve az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvos szakértői testületek határozata, szakvéleménye nem köti.

Egy biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó **egészségkárosodás mértéke nem lehet nagyobb 100%-nál.**

Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan mértéke után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.

Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó **szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a baleset követő 15 napon belül meghal.**

Ha a biztosító a szolgáltatási kötelezettségét már megállapította, de a szolgáltatás-ként fizetendő összeg nagysága még nem állapítható meg, a biztosított követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki minimálisan járó összeg kifizetését.

Amennyiben a biztosító szolgáltatását követően a biztosított egészségi állapota tovább romlik ugyanannak a biztosítási eseménynek a következményeként, amely alapján a biztosító már teljesített szolgáltatást, a biztosított a megfelelő orvosi kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával, biztosítási eseményenként a bejelentett baleset napjától számított legfeljebb 4 évig, évenként egy alkalommal, ismételt szolgáltatási igénybejelentéssel kérheti egészségi állapota felülvizsgálatát és a maradandó egészségkárosodás mértékének ismételt megállapítását. A felülvizsgálat eredményétől függően, a biztosító a jelen feltételek szerinti szolgáltatást teljesíti azzal, hogy a fentebb említett biztosítási eseménnyel összefüggésben történt **korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesítendő szolgáltatás összegéből levonja.**

Ugyanazon biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás mértéke ilyen esetben **sem lehet nagyobb 100%-nál.**

V.3. Csonttörés

V.3.1. Biztosítási esemény: Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset, melynek következtében a biztosított csonttörést vagy csontrepedést szenved.** Jelen feltételek szempontjából a **fogtörés nem minősül csonttörésnek.** A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

V.3.2. Biztosító szolgáltatása: A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén **balesetenként – a törések számától függetlenül – a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget téríti meg a kedvezményezett részére.**

V.4. Baleseti kórházi napi térítés

V.4.1. Biztosítási esemény: az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset, melynek következtében a biztosított folyamatos kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, amennyiben az orvosilag szükséges.**

Jelen biztosítás szempontjából **kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben.** A kórházi felvétel több napra szól, ha a kórházból való elbocsátás későbbi napon történt, mint a kórházi felvétel. A kórházi fekvőbeteg-ellátás

tás esetén a biztosító szolgáltatása (jelen feltételek II. fejezete) szempontjából a kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ellátás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.

A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja**.

V.4.2. Biztosító szolgáltatása: A biztosító a baleset napjától számított két éven belül, a baleseti következmények elhárítása miatt szükségessé vált kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra nyújt szolgáltatást.

A szolgáltatás összege a kórházi fekvőbeteg-ellátás tartama alatt, az ellátási napokon hatályos kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összegnek és a kórházi ellátási napok számának a szorzata.

Amennyiben a biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **balesete miatt a jelen biztosítási szerződés megszűnését, illetve ha a szerződés több biztosítottra is kiterjed, akkor az adott biztosított vonatkozásában történő részleges megszűnését követően részesül kórházi fekvőbeteg-ellátásban, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben vagy indexlevélben az adott biztosítottra vonatkozóan rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.

Ha a biztosítási évforduló napja belesik abba az időtartamba, amely alatt a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesült és a biztosítási **szereződés értékkövető**, akkor a biztosító a biztosítási évforduló napjától kezdve az értékkövetésnek megfelelő, **megnövelt összegű biztosítási összeget** veszi figyelembe a szolgáltatásnál.

Amennyiben a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátása az adott kórház intenzív ellátást biztosító osztályán történik, az intenzív osztályon történő ellátás napjaira a biztosító a biztosítási összeg 200%-át téríti meg.

Jelen feltétel vonatkozásában intenzív osztálynak kizárólag az az osztály tekinthető, amely neve, működése, és működési engedélye alapján ilyen ellátásra jogosult.

Jelen feltétel vonatkozásában nem számít intenzív osztályon történő ellátásnak a subintenzív osztályon vagy részlegen, illetve a postoperatív őrzőben történő ellátás.

V.5. Baleseti műtéti térítés

V.5.1. Biztosítási esemény: az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset, melynek következtében a biztosított műtetre szorul**, amennyiben az orvosilag szükséges. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja**.

V.5.2. Biztosító szolgáltatása: A biztosító a biztosított balesete esetén a **baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást**.

A biztosító szolgáltatása a műtét napján hatályos kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összegnek az elvégzett műtét csoportba sorolásától függő százalékos mértéke. Amennyiben a műtét a jelen biztosítási **szerződés megszűnését, illetve ha a szerződés több biztosítottra is kiterjed, akkor az adott biztosított vonatkozásában történő részleges megszűnését követően, de a biztosítási eseményben meghatározott baleset időpontjától számított két éven belül** következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az **utolsó hatályos kötvényben vagy indexlevélben az adott biztosítottra vonatkozóan rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.

A **műtétek** csoportba sorolását tartalmazó műtéti lista kivonatát a biztosító kizárólag tájékoztatási célból az ügyfelek rendelkezésére bocsátja a jelen feltétel végén. A kivonatos lista tájékoztató jelleggel tartalmazza a térítés százalékos mértékét is azzal, hogy a kivonatos lista nem része a biztosítási szerződésnek.

Amennyiben egy napon vagy egy eljárásban több műtétet végeznek, akkor a biztosító a szolgáltatásának mértékét a legkisebb sorszámú csoportba sorolt műtét (azaz a legmagasabb százalékos besorolású műtét) alapul vételével állapítja meg.

V.6. Égési sérülés

V.6.1. Biztosítási esemény: az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset**, melynek következtében a **biztosított égési sérülést szenved**. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

V.6.2. Biztosító szolgáltatása: a szerződésben meghatározott biztosítási esemény időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő mértéke**.

A szolgáltatás mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka:

Mélység	Testfelület			
	10–19%	20–49%	50–79%	80% felett
I. fokú	–	–	–	–
II. fokú	–	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100%	160%
IV. fokú	40%	80%	200%	200%

Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva, valamint a legmagasabb fokú sérülés figyelembevételével állapítja meg.

Amennyiben a **biztosított**nak igazoltan, közvetlenül **az égési sérülés következményeként a teljes testfelületének legalább 20%-án III. fokú égési sérülés található, vagy a fejen (arckoponyán illetve agykoponyán, beleértve a fület és a nyak áll alatti régióját is) összesen legalább a teljes testfelülethez viszonyított 2%-án legalább III. fokú égési sérülése keletkezett**, akkor a biztosító ezen égési sérülés kockázatra a biztosítási esemény időpontjában **hatályos kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeg 200%-át** fizeti ki a kedvezményezett részére.

Ha a biztosított igazoltan, közvetlenül az égési sérülések következtében hal meg, a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére az égési sérülés súlyosságától függetlenül 200%-os térítést fizet.

V.7. Közlekedési baleseti halál

V.7.1. Biztosítási esemény: az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **közlekedési baleset**, melynek következtében a **biztosított a balesetet követő egy éven belül meghal**. A biztosítási esemény időpontja a közlekedési baleset időpontja.

V.7.2. Biztosító szolgáltatása: A biztosító a biztosított jelen biztosítás kockázatviselése alatt bekövetkezett közlekedési balesetből eredő halála esetén – a jogalap fennállásakor – a halál időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget fizeti ki** a haláleseti szolgáltatásra jogosult kedvezményezett részére, és ezzel a szerződés – amennyiben a szerződés több biztosítottra is vonatkozik, akkor a szerződésnek az adott biztosítottra vonatkozó része – megszűnik.

Amennyiben a biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett közlekedési balesete miatti halála a jelen biztosítási szerződés megszűnését, illetve ha a szer-

zódés több biztosítottra is kiterjed, akkor az adott biztosított vonatkozásában történő részleges megszűnését követően, de a biztosítási eseményben meghatározott közlekedési baleset időpontjától számított egy éven belül következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben vagy indexlevélben az adott biztosítottra vonatkozóan rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.

V.8. Közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás

V.8.1. Biztosítási esemény: az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett közlekedési baleset, melynek következtében a biztosított maradandó egészségkárosodást szenved. A biztosítási esemény időpontja a közlekedési baleset időpontja.

Egészségkárosodás, maradandó egészségkárosodás eseménnyel kapcsolatos rendelkezéseket lásd V.2.1. pontban.

V.8.2. Biztosító szolgáltatása: A biztosító kizárólag maradandó egészségkárosodás fennállása esetén teljesít szolgáltatást.

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapításakor hatályos kötvényben, ennek hiányában a jelen biztosítási szerződés megszűnésekor, illetve ha a szerződés több biztosítottra is kiterjed, akkor az adott biztosított vonatkozásában történő részleges megszűnésekor hatályban volt kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalékát nyújtja szolgáltatásként.

A szolgáltatás alapjául szolgáló maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa a jelen feltételek elválaszthatatlan részét képező „A” mellékletében található táblázat alapján állapítja meg.

Ha az egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, úgy azt a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból csökkent mértéke alapján kell megállapítani.

A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

Az Orvosszakértői Intézet (a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv) szakvéleményében, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában megállapított egészségkárosodás mértéke a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás mértékénél, és a biztosító által nyújtandó szolgáltatási összeg meghatározásánál nem irányadó. A biztosítót az egészségkárosodás maradandó jellegének, illetve az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvosszakértői testületek határozata, szakvéleménye nem köti.

Egy biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás mértéke nem lehet nagyobb 100%-nál.

Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan mértéke után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.

Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

Ha a biztosító a szolgáltatási kötelezettségét már megállapította, de a szolgáltatásként fizetendő összeg nagysága még nem állapítható meg, a biztosított követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki minimálisan járó összeg kifizetését.

Amennyiben a biztosító szolgáltatását követően a biztosított egészségi állapota tovább romlik ugyanannak a biztosítási eseménynek a következményeként, amely alapján a biztosító már teljesített szolgáltatást, a biztosított a megfelelő orvosi kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával, biztosítási eseményenként a bejelentett baleset napjától számított legfeljebb 4 évig, éven-

ként egy alkalommal ismételt szolgáltatási igénybejelentéssel **kérheti egészségi állapota felülvizsgálatát és a maradandó egészségkárosodás mértékének ismételt megállapítását.** A felülvizsgálat eredményétől függően a biztosító a jelen pont szerinti szolgáltatást teljesíti, azzal, hogy a fentebb említett biztosítási eseménnyel összefüggésben történt **korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesítendő szolgáltatások összegéből levonja.**

Ugyanazon biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás mértéke ilyen esetben **sem lehet nagyobb 100%-nál.**

V.9. Baleseti költségterítés

V.9.1. Biztosítási esemény: az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset, melynek következtében a biztosítottnak az e pontban meghatározott költségei merülnek fel.** A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

Baleseti költségnek minősül a balesettel kapcsolatos, Magyarországon kiállított számlával igazolt:

- a) **mentési költség,** amely akkor válik szükségessé, ha a biztosított balesetet szenvedett és ennek következtében sérülten mentésre szorul, vagy baleset következtében meghal, és holtteste csak mentéssel hozzáférhető,
- b) **szállítási költség,** amely akkor merül fel, ha a balesetet szenvedett biztosítottat a baleset helyszínéről a kezelésre alkalmas legközelebbi kórházba, vagy orvoshoz, valamint egy alkalommal orvosi javaslatra az egészségügyi szolgáltatótól hazaszállítják, vagy a biztosított a baleset következtében meghal, és holttestét a baleset helyszínéről elszállítják, (a biztosított kötézésre, varratszedésre, egyéb orvosi vizsgálatra történő szállítására a biztosító nem nyújt szolgáltatást),
- c) **gyógyászati segédeszközök** beszerzésének, vagy más, a kezeléshez szükséges eszközök (például kötszer, gyógyszer) szükséges mennyiségben való beszerzésének a költsége. Nem minősül baleseti költségnek a gyógyászati segédeszköz beszerzésének költsége, ha az nem áll közvetlen okozati összefüggésben a balesettel (például, ha a már meglévő gyógyászati segédeszköz lopás, meghibásodás, vagy minőségi csere miatt kerül újbóli beszerzésre). A gyógyászati segédeszköz szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja. A jelen feltételek alkalmazásában gyógyászati segédeszköz a hatályos jogszabályok szerint ilyenként megjelölt eszköz. Nem minősül baleseti költségnek a fürdőkurákkal és üdülésekkel kapcsolatos utazási és tartózkodási költség.

V.9.2. Biztosító szolgáltatása: A biztosító a baleset időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeg erejéig megtéríti a jelen feltételek V.9.1. pontjában meghatározott baleseti költségeket,** amennyiben azok a **baleset napjától számított 2 éven belül merülnek fel és más módon nem térülnek meg.**

V.10. Gyerek speciális balesetek

V.10.1. Biztosítási esemény: jelen pont szempontjából **balesetnek minősülnek:** szúrt, vágott sérülés, állatharapás, áramütés, kullancs-csípés által okozott agyburok és/vagy agyvelőgyulladás, Lyme-kór.

Biztosítási események definíciói, a biztosítási események időpontja:

Jelen feltétel vonatkozásában **szúrt, vágott sérülésnek minősül** – ha a biztosított orvos által igazolt, orvosi ellátást igénylő, szúrt, vágott sérülést szenved, és ez ín-, vagy idegsérüléssel, vagy ízület megnyitásával jár, továbbá ínsérülés esetén az ín sebészi úton történő egyesítése történik (pl. ínvarrattal), idegsérülés esetén annak ellátása idegvarrattal történik meg. Biztosítási esemény **időpontja: a baleset időpontja.**

Jelen feltétel vonatkozásában **állatharapásnak minősül** az a gerinces állat által a kockázatviselés tartama alatt okozott harapás, amely következtében a bőr folytonossága megszakad, és mely miatt a bőr alapvető sebtisztításán túlmenően varrat, drainezés, vagy a roncsolt terület kimetszése is szükséges. Biztosítási esemény **időpontja: az állatharapás időpontja**.

Jelen feltétel vonatkozásában **áramütésnek minősül** az a kockázatviselés tartama alatti áramütés, amely következtében haladéktalanul kórházi fekvőbeteg-ellátására kerül sor, és a kórházban tartózkodás időtartama meghaladja a 24 órát. Biztosítási esemény **időpontja: az áramütés időpontja**.

Jelen feltétel vonatkozásában biztosítási eseménynek tekintendő **a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás**, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. Biztosítási esemény **időpontja: az a nap, amikor az agyburok- és/vagy agyvelőgyulladásra diagnosztizált betegség jelentkezése miatt először fordultak orvoshoz**.

Jelen feltétel vonatkozásában biztosítási eseménynek tekintendő **a kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór**, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és a betegségre jellemző bőrelváltozás legkorábban 2 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A jellegzetes bőrtünet nélkül kialakult esetekben a lappangási idő legkésőbbi dátumára vonatkozó korlátozás nincs, de a szerológiai eredmény dátuma nem lehet későbbi, mint a kockázatviselési időszak utolsó napja. Biztosítási esemény **időpontja: az a nap, amikor az utólag Lyme-kórként diagnosztizált betegség jelentkezése miatt a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelésre került**.

V.10.2. Biztosító szolgáltatása:

A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén **balesetenként a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget téríti meg. A biztosító jelen kockázat alapján egy biztosítási éven belül ugyanazon biztosított részére legfeljebb egy alkalommal teljesít szolgáltatást.**

V.11. Kerekesszék költségének megtérítése

V.11.1. Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset**, mely következtében a biztosított maradandó egészségkárosodást szenved, és melynek következtében véglegesen kerekesszék használatára szorul.

A biztosítási esemény csak abban az esetben következik be, ha a balesetben a Biztosított – mindkét alsó végtagja véglegesen bénult (plégiás) vagy – mindkét alsó végtagja olyan súlyosan és véglegesen meggyengült (súlyosan paretikus), hogy járást segítő eszközökkel sem járásképes, vagy – valamely alsó végtagjának amputációja következtében járásképesességét elvesztette és járásképeségre alkalmas művégtag használatára alkalmatlan.

A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja**.

Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. **A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.**

V.11.2. Biztosító szolgáltatása: A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén, – a jogalap fennállásakor – a baleset időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben a jelen pont szerinti biztosítási eseményhez rögzített biztosítási összegből megtéríti egy darab kerekesszék számlával iga-**

zolt költségét – a kötvényen vagy indexlevélén meghatározott limitösszeg figyelembe vételével a **biztosított részére**.

V.12. Kullancsveszély biztosítás

V.12.1. Biztosítási esemény: a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett a jelen pontban meghatározott **balesete**. Jelen feltétel kullancsveszély biztosítása vonatkozásában balesetnek minősül a **kullancscsípés által okozott agyburrok és/vagy agyvelőgyulladás és a Lyme-kór**.

Kullancscsípés következtében kialakuló agyburrok- és/vagy agyvelőgyulladásnak minősül az, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. Jelen bekezdés vonatkozásában a **biztosítási esemény időpontja** az a nap, amikor az agyburrok- és/vagy agyvelőgyulladásnaként diagnosztizált betegség jelentkezése miatt először fordultak orvoshoz.

Kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kórnak minősül az, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és a betegségre jellemző bőrelváltozás legkorábban 2 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A jellegzetes bőrtünet nélkül kialakult esetekben a lappangási idő legkésőbbi dátumára vonatkozó korlátozás nincs, de a szerológiai vizsgálat elrendelésének dátuma nem lehet későbbi, mint a kockázatviselési időszak utolsó napja. Jelen bekezdés vonatkozásában a **biztosítási esemény időpontja** az a nap, amikor az utólag Lyme-kórként diagnosztizált betegség jelentkezése miatt a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelésre került.

V.12.2. Biztosító szolgáltatása és a szolgáltatás korlátozása:

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény időpontjában hatályos **kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget** fizeti ki a kedvezményezett részére.

A biztosítottnak a jelen pont szerinti biztosítási eseményből eredő, a biztosítási esemény időpontjától számított **1 éven belül bekövetkező halála esetén**, a biztosító a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget fizeti ki a haláleseti kedvezményezett részére. **A biztosító jelen kockázat alapján a szerződés tartama alatt legfeljebb egy alkalommal teljesít szolgáltatást.**

VI. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

VI.1. A biztosítási esemény bejelentésének módja és határideje

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül írásban kell bejelenteni a biztosítónál.

Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, a biztosító által a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából szükségesnek ítélt felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé és emiatt **a biztosító kötelezettsége szempontjából** lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól**.

VI.2. A biztosító teljesítéséhez (kifizetéshez) szükséges dokumentumok

VI.2.1. Minden esetben benyújtandó dokumentum:

- a) a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
- b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől/közlekedési balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum másolata, beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát is,

- c) baleseti/közlekedési baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
- d) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
- e) továbbá közlekedési baleset esetén
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben készült
 - amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye,
 - a közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyve, amennyiben ilyen készült.

VI.2.2 A VI.2.1. pontban meghatározott dokumentumokon felül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához kockázatonként az alábbiak másolatának benyújtását kéri:

VI.2.2.1. Baleseti halál, közlekedési baleseti halál esetén

- a) halottvizsgálati bizonyítvány/halotti epikrízis,
- b) boncolási jegyzőkönyv,
- c) biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
- d) a kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat** (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,
- e) külföldön bekövetkezett halál esetén: a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása
- f) a temetési költséget igazoló számla.

VI.2.2.2. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás, csonttörés, baleseti kórházi napi térítés, baleseti műtéti térítés, égési sérülés és speciális gyerek baleset, kullancsveszély biztosítás esetén a biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.

VI.2.2.3. Baleseti kórházi napi térítés esetén

- a) kórházi zárójelentés,
- b) intenzív osztály zárójelentése – amennyiben történt ilyen ellátás

VI.2.2.4. Baleseti műtéti térítés esetén

- a) kórházi zárójelentés,
- b) műtéti leírás, amennyiben ilyen készült.

VI.2.2.5. Égési sérülés esetén

- a) kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap, amennyiben az égési sérülés következményeként a biztosított kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben, illetve járóbeteg-ellátásban részesült,
- b) égési sérülés miatt bekövetkező halál esetén a szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani továbbá a VI.2.2.1. pontban felsorolt iratok másolatát.

VI.2.2.6. Speciális gyerek baleset esetén

- a) **állatharapás esetén** az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata,
- b) **áramütés esetén** az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata,
- c) **a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás esetén** a szerológiai vizsgálat eredményének másolata, valamint az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata,

-
- d) **kullancscsípés** következtében kialakuló **Lyme-kór** esetén a szerológiai vizsgálat eredménye, valamint a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum.
- e) **szúrt, vágott sérülés** esetén
- sebészeti (traumatológus vagy baleseti sebész) szakellátás dokumentációjának a másolata,
 - ín és/vagy idegsérülés esetén az elvégzett sebészeti beavatkozás dokumentációjának másolata,
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum, de különösen az első orvosi ellátás és az elvégzett beavatkozások dokumentumai.

VI.2.2.7. Kerekesszék költségének megtérítése esetén

- a) a szolgáltatási igény benyújtásakor fennálló állapot részletes leírását tartalmazó kontrollvizsgálat eredménye,
- b) a kerekesszék felírására jogosult szakorvos által kiállított kerekesszék, mint gyógyászati segédeszköz felírásának vénye és az erre vonatkozó javaslat orvosi dokumentuma,
- c) kerekesszék biztosított nevére kiállított eredeti számlája.

VI.2.2.8. Kullancsveszély biztosítás esetén

- a) a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás esetén a szerológiai vizsgálat eredményének másolata, valamint az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata,
- b) kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór esetén a szerológiai vizsgálat eredménye, valamint a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum.

VI.2.3. A szolgáltatási igény elbírálásához bekérhető egyéb dokumentumok

A biztosító a fentiekben megjelölt iratok mellett a szolgáltatási igény elbírálásához **jogosult bekérni az alábbi dokumentumok másolatát is**, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és/vagy az igény összecszerűségének megállapításához szükségesek.

VI.2.3.1. Amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozatot, vagy a jogerős bírósági határozatot). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.

VI.2.3.2. **A biztosítási esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok** (a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, rendőrség, munkahely, oktatási intézmény, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv, határozat, a balessel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények).

VI.2.3.3. A biztosító által rendelkezésre bocsátott és a **biztosított kezelőorvosa/az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatvány a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a biztosított egészségi állapotáról, illetve a biztosított kórelőzményi adatairól.**

VI.2.3.4. A biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő **egészségügyi dokumentumai**: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes

orvosi karton másolata, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok.

VI.2.3.5. **A társadalombiztosítási szerv**, vagy más személy, szervezet által kezelt, **a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok** (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján).

VI.2.3.6. A biztosítottnak a biztosító kockázatviselését befolyásoló **sporttevékenységével kapcsolatos tagsági igazolványa**, jogviszonyt igazoló dokumentuma, mérkőzés jegyzőkönyve.

VI.2.3.7. A biztosított születésének időpontját igazoló hivatalos bizonyítvány (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevél, vezetői engedély).

VI.2.3.8. **A biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételéül orvosi vizsgálatot írhat elő – ennek előírása esetén a biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.**

VI.2.3.9. A biztosító kérheti az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges **idegen nyelvű dokumentumnak** a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített **magyar nyelvű hiteles fordításának benyújtását.**

VI.2.3.10. A biztosító kérheti a **fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását** és bármely adathordozón történő benyújtását.

VI.2.3.11. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához egyéb iratokat is beszerezhet.

VI.3. A biztosító teljesítésének esedékessége

VI.3.1. A biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt, az annak **elbírálásához szükséges valamennyi irat beérkezését követő 15 napon belül teljesíti.**

VI.3.2. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás és közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás vonatkozásában **a biztosító** elismert jogalap esetén **az alábbi határidőkön belül** teljesíti a szolgáltatását:

- a) az orvosi szempontból **egyértelműen tisztázott maradandó egészségkárosodás alapján** megállapított szolgáltatást a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges **utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül,**
- b) egyéb esetekben a maradandó egészségkárosodás **véglegessé válását követően** a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül, illetőleg legkésőbb a baleset/közlekedési baleset követő 4 év letele után a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül.

VI.3.3. Ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésére álló dokumentumok alapján bírálja el.

VI.3.4. 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 rendelkezésre álló adatok alapján hoz döntést.

VI.3.5. A személyes orvosi vizsgálat költségeit a biztosító viseli. A biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a biztosított viseli.

VI.4. A biztosítói szolgáltatás kifizetésének választható módja

A biztosító a szolgáltatási összeget átutalással teljesíti. Amennyiben a biztosító szolgáltatására jogosult személy (kedvezményezett) a szolgáltatást ettől eltérő módon kéri teljesíteni, az ezzel kapcsolatban felmerülő költségeket a szolgáltatásra jogosult személyre áthárítja, és a költségek összegének mértékével a szolgáltatási összeg csökken.

VII. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

VII.1 A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét.

VII.2. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással

- a) a szerződő fél vagy a biztosított;
- b) a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, amennyiben a szerződő nem természetes személy, akkor az üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy az általános szerződési feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta.

VII.3. A biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni, így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie. Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá. Ha a biztosított ennek a kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

VII.4. A felsorolt körülmények fennállását annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

VIII. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

VIII.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:

- a) ionizáló sugárzás;
- b) nukleáris energia;
- c) HIV-fertőzés;
- d) háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskíséret, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviellongások, felkelés.

VIII.2. 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.

VIII.3. A biztosító kockázatviselése a VIII.1. d) bekezdésben foglaltakkal ellentétben kiterjed a biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a biztosítottnak a tüntetés, sztrájk, illetve felvonulás hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított esemé-

nyein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek abban az esetben, ha a biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.

VIII.4. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel okozati összefüggésben álló eseményekre:

- a) a biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a biztosító kockázatviselése kezdetét megelőző három évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényelt,
- b) a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított marandó egészségkárosodása.

VIII.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:

- a) az olyan kórházi ápolás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,
- b) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógy-pedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra, infúziós keringésjavító vagy infúziós fájdalomcsillapító kezelések), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,
- c) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

VIII.6. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése a lelki működés zavaraira, pszichiátriai megbetegedésekre.

VIII.7. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosító kockázatviselésének fennállása alatt bekövetkezett eseményre, ha

- a) a biztosított az esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkezésében közrehatott.
Ha történt véralkohol vizsgálat, a jelen VIII.7.a.) pont szempontjából alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció,
- b) a biztosított érvényes vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett, és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be.
- c) a biztosított a biztosítási esemény időpontjában alkohol fogyasztása ellenére alkoholos állapotban vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett, és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be.

VIII.8. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek egészben vagy részben okozati összefüggésben állnak azzal, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében szenvedett balesetet.

VIII.9. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a biztosítottnak az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:

- a) búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf,

- b) hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, Bungee Jumping (mélybeugrás),
- c) autó- motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, gokart sport, moto-cross sport, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival, versenyzés gépkocsival, quad),
- d) privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés),
- e) bázisugrás.

VIII.10. Ha a biztosított az ajánlat megtételekor, illetve azt megelőzően legalább 3 éven keresztül a jelen általános feltételek X.6. pont szerint kiemelt vagy versenyzői szinten az alábbi sporttevékenységek bármelyikét űzte, és a sportolást 5 éven belül hagyta abba, vagy a szerződés hatálya alatt bármikor kiemelt vagy versenyzői szinten az alábbi sporttevékenységek bármelyikét űzi vagy űzte, akkor mindkét térde, bokája a biztosítási védelemből kizárva, kivéve, ha a szolgáltatási igény alapja csonttörés, csontrepedés.

Sporttevékenységek:

- Labdajátékok: asztalitenisz, tenisz, tollaslabda, baseball, fallabda, rögbi, röglabda, korfbal, amerikai futball, kosárlabda, kézilabda, labdarúgás, football, lábtoll-labda, futsal, lábtenisz.
- Küzdő sportok: birkózás, ökölvívás, harcművészetek, így különösen: judo, karate, aikido, kungfu, iaido, taekwon-do, kempo, kendo, kick-box, pankráció, szumo, capoeira, taichi, tai-box, hapkido.
- Télisportok: így különösen sielés, lesiklás, műlesiklás, óriásműlesiklás, biatlon, snowboard, síakrobatika, síugrás, szánkó, bob, gyorskorcsolyázás, jégtánc, műkorcsolya, jégkorong.
- Egyéb: kötélugrás, versenytánc, akrobatikus Rock & Roll, aerobik, fitness, ritmikus gimnasztika, torna, atlétikai számok, öttusa, hétpróba, tízpróba, gyaloglás, futás, tájfutás, triatlon, vívás, görkorcsolyázás, gördeszka, skate, barlangászat, barlang expedíció, hegymászás, magashegyi expedíció, sziklamászás V. foktól, mountainboard, canyoning, mélybeugrás (bungee jumping).

IX. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

IX.1 Kommunikáció módja

A biztosító a szerződő Ajánlaton megadott elektronikus levelezési (e-mail) címére küld üzenetet.

A szerződő és a biztosított jelen szerződési feltételek elfogadásával tudomásul veszi, hogy amennyiben a szerződéssel, kéreseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban nyújtott tájékoztatást vagy értesítést a biztosító az elektronikus aláírásról szóló 2001. évi XXXV. törvényben szabályozottnak megfelelően, fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátva, elektronikus úton (e-mail) küldi meg a szerződő részére, **úgy az elektronikusan aláírt elektronikus dokumentumba foglalás az írásbeliség követelményének eleget tesz.** Az elektronikus levél elküldésének tényét és időpontját a biztosító a későbbiekben bármikor igazolni tudja.

Az e-mail cím változás bejelentésének elmulasztása a szerződő és biztosított érdekkörébe tartozik, így az abból eredő határidő mulasztás a szerződő és a biztosított felelőssége, az ebből eredő károkért vagy elmaradt haszonért a Biztosító nem vállal felelősséget. A biztosító az e-mail üzenet kézbesítésének sikertelenségeért és az ebből eredő kárért vagy elmaradt haszonért a felelősséget nem vállalja.

IX.2. Elévülési idő

A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 2 év.

Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

- a) a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- b) a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó iratnak a biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. napot követő naptól,
- c) a biztosítási esemény bejelentése esetén amennyiben a biztosító által igényelt iratcsatolás, vagy információszolgáltatás elmarad, a biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő naptól, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. napot követő naptól,
- d) a szerződés hosszabb tartamára tekintettel nyújtott tartamengedmény visszakövetelése iránti igény esetén a szerződés megszűnésének napján,
- e) egyéb esetekben a követelés esedékessé válásának napján.

IX.3. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése

Ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, úgy a biztosító a szerződő kérésére a hatályos adatokkal egyező tartalmú új kötvényt állít ki.

IX.4. Eljárás véleménykülönbség esetén

Ha az ügyfél vitatja a biztosító – szolgáltatási igénnyel kapcsolatos – álláspontját, írásban kérheti a döntés felülbírálását. A biztosító illetékes szervezeti egysége a kérelem elbírálásához szükséges valamennyi irat/adat kézhezvételétől számított 30 napon belül döntést hoz és döntéséről a kérelmezőt írásban értesíti.

X. FOGALOMTÁR

X.1. A baleset fogalma

X.1.1. Jelen feltételek szempontjából **baleset** az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, és amellyel összefüggésben a biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a biztosított halálát okozza.

X.1.2. Jelen feltételek szempontjából **balesetnek minősül továbbá:**

- a) a veszettség, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
- b) a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

X.1.3. Jelen feltételek szerint – a X.1.2. pontban foglaltaktól eltekintve – **nem minősül balesetnek:**

- a) az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadószervezetbe jutása/juttatása (a továbbiakban együtt: átvitele) még abban az esetben sem, ha az átvitelt balesetszerű fizikális ok váltja ki.
- b) a foglalkozási betegség (ártalom),
- c) a biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be,
- d) a csontok patológiás törései, a sokszor ismétlődő (habituális) ficam,

- e) a porckorongsérv kialakulása kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- f) a hasi sérv kialakulása kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- g) az ízületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép ízületet kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

X.2. A közlekedési baleset fogalma

X.2.1. Jelen feltételek alkalmazásában **közlekedési balesetnek minősül** a biztosítottat ért **baleset** abban az esetben, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

X.2.2. Jelen feltételek szerint **nem minősül közlekedési balesetnek**:

- a) a **gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,**
- b) a **kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű, vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,**
- c) a **jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával illetve megállásával összefüggésben következett be.**

X.3. A betegség fogalma

Jelen feltételek szempontjából **betegség** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.

X.4. A kórház fogalma

X.4.1. Jelen feltételek szempontjából **kórháznak minősül** a szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

X.4.2. Jelen feltételek szempontjából **nem minősülnek kórháznak** – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriatrai ellátók, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei feltéve, hogy a biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

X.5. A műtét, a műtéti lista fogalma

X.5.1. Jelen feltételek alkalmazásában **műtétnek tekintendők** azok a biztosító által csoportba sorolt orvosi beavatkozások, melyek során az orvosszakmai szabályok megtartásával, az egészség megőrzésére, a betegségek gyógyítására, illetve következményeiknek mérséklésére irányuló szándékkal a kültakaró és/vagy a nyálkahártyák folytonosságát megsértik.

X.5.2. A biztosító a **műtéteket súlyosságuk alapján csoportokba sorolja** be (továbbiakban: csoportba sorolás).

X.5.3. Jelen feltételek alkalmazásában **műtéti lista** a műtéteknek nemzetközi kódrendszerrel (WHO-kód) azonosított felsorolása. A műtéti lista tartalmazza a műtétek biztosító által meghatározott csoportba sorolását is. A műtéti lista a biztosító székhelyén tekinthető meg.

X.5.4. Jelen feltételek alkalmazásában **kivonatos lista a műtéti lista kivonata** (lásd jelen feltételek végén található tájékoztató dokumentumot.). A kivonatos lista a gyakoribb, jellemzőbb műtéteket tartalmazza, a műtét azonosítására alkalmas WHO-kóddal és a biztosító által meghatározott csoportba sorolással együtt. A kivonatos lista célja, hogy szemléltesse a biztosítási szolgáltatás megállapításának elvét.

X.5.5. Műtét esetén a biztosítási esemény azonosítása, s ez alapján az elvégzett orvosi beavatkozás műtéti lista szerinti besorolása a biztosító orvosának hatáskörébe tartozik. A besorolás alapdokumentuma a műtéti lista.

X.5.6. Amennyiben valamely elvégzett műtét a műtéti listában nem található meg, úgy annak csoportba sorolását a biztosító orvosa állapítja meg.

X.6. A biztosított sporttevékenységének minősítése

X.6.1. Jelen feltételek szempontjából **kiemelt sportoló**: az a biztosított, aki sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet, továbbá aki külföldi sportszövetség feltételei szerint megszerzett sportolói engedéllyel rendelkezik.

X.6.2. Jelen feltételek szempontjából **versenyző sportoló** az a biztosított (továbbiakban: versenyző sportoló), aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolóként végez feltéve, hogy versenyen (bajnokságon, meccsen) is indul, függetlenül a verseny jellegétől (függetlenül pl. attól, hogy helyi, kerületi, megyei, területi, országos, nemzetközi, stb. vagy, hogy barátságos-e a verseny, mi a tétje, stb.).

X.6.3. Jelen feltételek szempontjából **hobbi-sportoló** az a biztosított, aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolóként és nem versenyző sportolóként végez.

XI. A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ELTÉRŐ SZABÁLYOK

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a Genertel balesetbiztosítási szerződési feltételeknek (GÁBF) azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013.évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől lényegesen eltérnek.

XI.1. A szerződés létrejötte

Jelen feltételek II.2.6. pontja alapján – a Ptk. 6:443. § (2) bekezdésétől eltérően – az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben szereplő eltérésre a szerződőnek késedelem nélkül, **de legfeljebb 15 napon belül** van lehetősége kifogását előterjeszteni.

XI.2. Fizetési póthatáridő tűzése,

Jelen feltételek III.2.2. pontja, a Ptk. 6:452.§ (2) bekezdésétől eltérően **5 munkanapon belül** kell bejelenteni az ajánlaton közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását.

Jelen feltételek IV.4.1. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:449.§ (1) bekezdésétől – a biztosító a szerződő felet **legalább 30 napos póthatáridő tűzésével** hívja fel írásban a teljesítésre, amennyiben a szerződő az esedékes biztosítási díjat **az esedékesség időpontjától számított 30. napig** nem egyenlíti ki.

XI.3. Az elévülési időszak tartama

Jelen feltételek IX.2. pontjában foglalt elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. Jelen szerződésből eredő igények **2 év elteltével** évülnek el.

XII. Záradékok

A szerződésre érvényes záradékok azonosítóját és teljes szövegét a biztosítási ajánlat és a kötvény tartalmazza. A szerződésre alkalmazott Záradékban foglaltak a szerződés részét képezik. Amennyiben a szerződésre alkalmazott Záradékban foglaltak az általános feltételek egyéb rendelkezéseitől eltérnek, úgy a Záradékban foglaltak az irányadóak.

- BALTEM Temetkezési költségtérítés
- BALKER Kerekesszék költségtérítés
- PLÉGÉS Égési sérülés, plasztika
- INKORH Kórházi intenzív osztályon történő kezelés
- HB25/D Három évre kötött szerződés

XIII. Melléklet

„A” melléklet

Maradandó egészségkárosodás

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra és a közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás jelen feltételekben hivatkozott táblázata a biztosító szolgáltatásának meghatározásához.

Jelen táblázat célja, hogy szemléltesse a biztosítási szolgáltatás megállapításának elvét. A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek érzékszervek	Egészségkárosodás mértéke %
egy kar vállízületől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egy kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik kar könyökízület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
bármely más kézujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
egyik comb csípőízületben történő elvesztése vagy a csípőízület teljes működésképtelensége	70%
egyik comb részleges csonkolása vagy a térdízület teljes működésképtelensége	60%
egyik lábszár részleges csonkolása	50%
egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, ha a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	65%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	45%
a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
az ízelőképesség teljes elvesztése	5%

A műtétek kivonatos listáját tartalmazó tájékoztató dokumentum

A baleseti műtéti térítés esetében a biztosító térítése biztosítási esemény bekövetkezésekor:

1. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 100%-a,
2. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 50%-a,
3. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 25%-a,
4. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 15%-a.
5. csoportba tartozó műtétek nem térített műtétek.

Abban az esetben, ha a biztosított az 5. csoportba sorolt műtétet hajtja végre, a biztosító nem nyújt szolgáltatást.

A műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója:

1. csoport

WHO-kód Műtét megnevezése

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

2. csoport

WHO-kód Műtét megnevezése

- 54560 Vastagbél teljes eltávolítása
- 53611 Koszorúér-áthidaló műtétek
- 53502 Zárt billentyűbemetszés a kéthegyű billentyűn
- 5382L Hasi aorta tágulat eltávolítása
- 53836 Érpótlás
- 51358 Szívárványhártya eltávolítás
- 51570 Üvegtest csere
- 53163 Művi gékeképzés

3. csoport

WHO-kód Műtét megnevezése

- 53777 Pacemaker beültetése
- 53807 Embólia eltávolítás combverőérből
- 54130 Lépeletávolítás
- 54361 Gyomor részleges eltávolítása
- 54700 Féregnyulvány eltávolítása
- 55110 Epehólyag eltávolítása
- 55300 Lágysérv műtét

56011 Prostatata húgycsővön keresztüli kisebbítése
56520 Féoldalali petefészek eltávolítás
56830 Méheltávolítás hasi úton
58351 Invarrat
50630 Pajzsmirigy eltávolítás
51150 Kötőhártyavarrat
57902 Combnyak-szegezés
57922 Húzóhurkos csont rögzítés
57924 Csavarozás
58420 Kéz amputáció
58422 Alkar amputáció
58430 Felkar amputáció
58460 Lábfej amputáció
58470 Lábszár amputáció
58471 Amputáció a boka magasságában
58480 Comb amputáció

4. csoport

WHO-kód Műtét megnevezése

51440 Szemlencse eltávolítás
51470 Szemlencse beültetés
51950 Dobhártyaplasztika
53844 Visszerek eltávolítása
56741 Méhszájplasztika
56518 Laparoskopos petefészek eltávolítás
57400 Császármetszés
57670 Arctörések nyílt helyreállítása
57829 Bütökműtét
57900 Csonttörések bőrön keresztül történő dróttűzése
58130 Külboka-szalag varrata
5837H Achilles-ín szakadás helyreállítása
58400 Kézujj amputáció
58450 Lábujj amputáció
58600 Emlőcsomó kimetszése

5. csoport

WHO-kód Műtét megnevezése

14410 Kimetszés szövettani vizsgálat számára gyomortükrözés során
14820 Szövettani vizsgálati mintavétel bőrön át emlőből
16200 Hörgőtükrözés
16970 Diagnosztikus ízületi csőtükrözés
33121 Koszorúerek vizsgálata érfestéssel
39430 Ultrahangos vesekőzúzás
52160 Orrtörés helyreállítása
52310 Fog sebészi eltávolítása
52374 Fogászati csontplasztika
52000 Dobhártya „felszúrása”
52100 Orrvérzés ellátása edzőszerrel
52810 Mandula eltávolítása
57100 Gátmetszés
57520 Terhesség megszakítás
57880 Belső fémrögzítés eltávolítása
58750 Emlőplasztika
58900 Bőrvarrat

58840 Bőrfüggelék kimetszése
59801 Nők művi meddővé tétele
81010 Idegentest eltávolítás szaruhártyából
81700 Könnytömlő átmosása
82032 Csuklótörés zárt helyretétele
58830 Sebtisztítás, sebkimetszés
82090 Ficam zárt helyretétele
84712 Combcsontba fűrt dróttal történő húzás
85840 Ízületbe adott injekció
88050 Vérátömlesztés
88530 Művese-kezelés

Nysz.: 21660