

**CIB Bank Zrt. ügyfelei számára nyújtott, bankszámlaszerződéshez kapcsolódó csoportos
biztosítási védelem –
élet-, baleset- és egészségbiztosítási feltételek
(CIB-ÉLETŐR-2)**

Hatályos: 2026.06.19.

Jelen Biztosítási feltétel (továbbiakban: **Feltételek**) – ellenkező megállapodás hiányában – a Generali Biztosító Zrt. (a továbbiakban: **Biztosító**) és a CIB Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank és/vagy Szerződő) közötti, a CIB Bank Zrt. ügyfelei által kötött Bankszámlaszerződéshez kapcsolódó élet-, baleset- és egészségbiztosítási védelem tárgyában létrejött csoportos biztosítási szerződésre (a továbbiakban: **Biztosítási szerződés**) érvényes, feltéve, hogy a biztosítási szerződést jelen Feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosítási szerződés részét képező „**A Generali Biztosító Zrt. Ügyfélértékelője és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések**” (továbbiakban: **Ügyfélértékelő**) elnevezésű dokumentum, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

„**A Generali Biztosító Zrt. Ügyfélértékelője és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések**” elnevezésű dokumentum és a jelen Feltételek eltérése esetén a jelen Feltételek rendelkezései az irányadók.

1. Értelmező rendelkezések

1) Bankszámlaszerződés:

Természetes személy (lakossági ügyfél) esetén:

A Bank, mint számlavezető és a Természetes személy (a továbbiakban: Számlatulajdonos/Főbiztosított/Senior Biztosított) között létrejött/létrejövő olyan lakossági ügyfeleknek szóló szerződés, ami alapján a Bank a számlatulajdonos Természetes személy számára, pénzforgalmának lebonyolítása érdekében forint alapú fizetési számlát nyit és vezet.

Nem természetes személy (vállalkozás) esetén:

A Bank, mint számlavezető és a Vállalkozás (a továbbiakban: Vállalkozói Számlatulajdonos) között létrejött/létrejövő szerződés, ami alapján a Bank a Vállalkozás számára, pénzeszközeinek kezelésére és nyilvántartására, pénzforgalmának lebonyolítása érdekében forint alapú fizetési számlát nyit és vezet.

- 2) Vállalkozás: Jelen Feltételek alkalmazásában Vállalkozásnak minősül az a fogyasztónak nem minősülő személy vagy szervezet, aki a Bankkal Bankszámlaszerződést kötött.
- 3) Díjfizető: A Számlatulajdonos/Főbiztosított/Senior Biztosított és/vagy a Vállalkozói Számlatulajdonos, aki a Biztosított(ak) után esedékes biztosítási szolgáltatási díjat – a Biztosított nyilatkozaton tett vállalása alapján - a Szerződő részére megfizeti.
- 4) Díjfizetési számla: az a Bankkal kötött Bankszámlaszerződés alapján vezetett forint alapú bankszámla, amelyet a Díjfizetési számla tulajdonosának (Díjfizető) felhatalmazása alapján a Bank havonta megterhel az adott Biztosított(ak)ra vonatkozó biztosítási szolgáltatási díj havi összegével.
- 5) Baleset fogalma:
 - a) **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.

b) Balesetnek minősül továbbá

- 1) a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok-, vagy/és agyvelőgyulladás, ha a betegséget szerológiai módszerrel megállapították és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor az agyburok- vagy/és agyvelőgyulladásra diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
- 2) a veszettség, ha a betegséget megállapították és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
- 3) a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

1. Nem minősül balesetnek

- 1) az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi, vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadószerbe jutása/juttatása (a továbbiakban együtt: átvitel) még abban az esetben sem, ha az átvitelt balesetszerű fizikális ok váltja ki;
- 2) a foglalkozási betegség (ártalom);
- 3) a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be;
- 4) a csontok patológiás törései, a sokszor ismétlődő (habituális) ficam
- 5) a porckorongsérv kialakulása kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- 6) a hasi sérv kialakulása kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- 7) az ízületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép ízületet kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

6) Betegség: az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.

7) A kórház fogalma:

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

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, geriátriai 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.

8) Biztosítási időszak: egy adott, biztosítási fedezetben eltöltött naptári hónapot jelent.

9) Biztosítási összeg: jelen Feltételek vonatkozásában Biztosítási összegnek minősül az a Biztosító által fizetendő szolgáltatási összeg, melyet a Biztosító akkor fizet a Kedvezményezettnek, ha a jelen Feltételek szerinti biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szolgáltatási kötelezettségét megállapította.

10) Biztosítás tartama: a biztosítási szerződés határozatlan időtartamra jön létre a Biztosító és a Szerződő között azzal, hogy az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítotti jogviszony - a jelen Feltételekben rögzített egyéb megszűnési ok hiányában – a

Bankszámlaszerződés tartamához igazodik.

- 11) Nyugdíjogosult: Jelen Feltételek alkalmazásában saját jogú nyugellátásban részesülőnek minősül az a természetes személy, aki a mindenkor hatályos külön jogszabályban meghatározott szolgálati idő megszerzése, illetve a mindenkor hatályos külön jogszabályban rögzített életkor betöltése okán nyugellátásban részesül. Nyugdíjogosultnak minősül továbbá az, akinek nyugdíjogosultsága egészségi állapotára tekintettel került megállapításra.
- 12) Orvosszakértői Intézet: a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás, illetve egészségi állapot mértékének megállapítására jogosult magyarországi szerv.
- 13) Jelen Feltételek alkalmazásában Távértékesítésnek minősül a távértékesítés keretében (távollévők között) kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló mindenkor hatályos jogszabályok értelmében a Bank és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződés alapján a biztosító képviseletében eljáró biztosításközvetítő és a biztosított egyidejű fizikai jelenléte nélküli biztosított jogviszony kizárólag távközlő eszköz útján történő létrehozatala. A távközlő eszköz lehet telefon, vagy egyéb online csatorna, illetve minden olyan eszköz, amely alkalmas a felek távollétében - a biztosított jogviszony létrehozatala érdekében – a biztosított nyilatkozat megtételére.
- 14) Kondíciós lista: a Bank egyes szolgáltatásaira vonatkozó kamatokat, díjakat, költségeket és jutalékokat, azok mértékét, valamint egyéb általános szerződési feltételeket tartalmazó, a Bankszámlaszerződés részét képező dokumentum.
- 15) Magzatnál fennálló egészségi ok miatt bekövetkező terhesség megszakítás: amennyiben a magzat orvosiilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékoságban vagy egyéb egészségkárosodásban szenved, és az arra jogosult állami szerv engedélyével kizárólag e miatt történik a terhesség megszakítás.
- 16) Fogyasztó: az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.
- 17) Díjfizetés esedékessége: Az áthárított biztosítási szolgáltatási díj az adott Biztosított vonatkozásában minden hónap elején válik esedékessé. A mindenkori díjfizetés esedékessége dátumát a Bank Kondíciós listája tartalmazza.
- 18) Hozzá tartozónak minősülnek a Munka törvénykönyvében ekként meghatározott személyek: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és a testvér házastársa. A jelen Feltételek alkalmazásában a hozzátartozó kizárólag a 6.1.3.) pontban foglaltak esetén értelmezendő
- 19) Közeli hozzátartozónak minősülnek a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér.
- 20) Műtétnek tekinthetők azok az orvosi beavatkozások, melyek során az orvos-szakmai szabályok megtartásával, az egészség megőrzésére, a betegségek gyógyítására, illetve következményeiknek mérséklésére irányuló szándékkal kültakaró és/vagy a nyálkahártyák folytonosságát megsértik.

2. Általános rendelkezések

2.1. A Biztosítási szerződés alanyai

- 1) **Szerződő:** a CIB Bank Zrt. (továbbiakban: Bank, székhely: 1024 Budapest, Petrezselyem u. 2-8., cégjegyzékszám: 01 10 041004 , MNB törzsszáma: 204121400442), aki a Biztosítási szerződést a

Biztosítóval megkötí, és aki a biztosítási díj Biztosító részére történő megfizetésére kötelezettséget vállal.

- 2) **Biztosításközvetítő:** CIB Bank Zrt., mint a Biztosítóval kötött ügynöki szerződés alapján eljáró függő biztosításközvetítő (továbbiakban: **Biztosításközvetítő**, székhely: 1024 Budapest, Petrezselyem u. 2-8.), aki a Biztosítási szerződés közvetítésében és a Biztosítottak Biztosítási szerződéshez történő csatlakoztatásánál biztosításközvetítőként részt vesz,
- 3) **Biztosító:** Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: **Biztosító**, székhely: 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.; cégjegyzékszám: 01-10-041305, MNB törzsszáma: 10308024), aki a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és jelen Feltételekben foglalt biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 4) **Biztosított:**

Természetes személy (lakossági ügyfél) Számlatulajdonos esetén:

Egyéni csomag esetén Biztosított a Bankkal lakossági ügyfélként kötött Bankszámlaszerződéssel rendelkező, a biztosítotti jogviszony igénylésekor/csomagváltásra vonatkozó nyilatkozat megtételekor 18-65 év közötti természetes személy (továbbiakban **Főbiztosított**), aki a Biztosítotti nyilatkozat érvényes megtételével hozzájárul ahhoz, hogy a Bank és a Biztosító között létrejött csoportos Biztosítási szerződés hatálya rá is kiterjedjen.

Családi csomag esetén Biztosított a Bankkal lakossági ügyfélként kötött Bankszámlaszerződéssel rendelkező, a biztosítotti jogviszony igénylésekor/csomagváltásra vonatkozó nyilatkozat megtételekor 18-65 év közötti természetes személy (továbbiakban: **Főbiztosított**), valamint biztosítottnak minősül a Főbiztosított 18-65 év közötti házastársa, 18-65 év közötti, egy éve a Főbiztosítottal együtt élő élettársa; a Főbiztosított gyermeke 0-18 éves koráig (örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, továbbiakban: **Gyermek Biztosított**).

Családi csomag esetén a Biztosító a Gyermek Biztosított vonatkozásában legkésőbb annak a naptári évnek a végéig viseli a kockázatot, amelyben a Gyermek Biztosított a 18. életévét betöltötte.

Egyéni és Családi csomag esetében nem válhat Biztosítottá – a Gyermek Biztosított kivételével - az a személy, aki a Biztosítotti nyilatkozat/csomagváltásra vonatkozó nyilatkozat megtételekor a 18. életévét még nem töltötte be, vagy a 65. életévét már betöltötte. Gyermek Biztosított esetén nem válhat Biztosítottá az, aki a Biztosítotti nyilatkozat megételekor 18. életévét már betöltötte.

Vállalkozói Számlatulajdonos esetén:

Biztosított a Banknál vállalkozói Bankszámlaszerződéssel rendelkező Vállalkozással jogviszonyban álló, a biztosítotti jogviszony igénylésekor/csomagváltásra vonatkozó nyilatkozat megtételekor Egyéni csomag esetén 18-65 év közötti, Senior Teljes csomag választása esetén 65-69 év közötti, Senior Baleseti csomag esetében 70-79 év közötti természetes személy, aki a Biztosítotti nyilatkozat érvényes megtételével hozzájárul ahhoz, hogy a Bank és a Biztosító között létrejött csoportos Biztosítási szerződés hatálya rá is kiterjedjen, és aki vonatkozásában a Vállalkozás a biztosítási szolgáltatási díj megfizetésére kötelezettséget vállal.

A Biztosítotti nyilatkozatot tevő természetes személy akkor válhat Biztosítottá, ha ahhoz a Vállalkozás, mint Díjfizető a Biztosítotti nyilatkozat cégszerű aláírásával írásban hozzájárult és az adott Biztosítottra esedékes biztosítási szolgáltatási díj megfizetését vállalta. A biztosítotti jogviszony létrejöttének további feltétele, hogy az a Vállalkozás, amelyhez kapcsolódóan a Biztosított biztosítotti jogviszonya létrejön, Bankszámlaszerződéssel rendelkezzen a Banknál.

A Biztosított – a Vállalkozás és a Bank közötti Bankszámlaszerződésének fennállása alatt - csak addig az időpontig áll biztosítási védelem alatt, amíg a Biztosított a biztosítotti nyilatkozatát jelen Feltételek 2.5. pont 4) bekezdés a) alpontja szerint, nem vonja vissza, vagy ameddig a Vállalkozás a biztosítotti jogviszony létrejöttéhez és a biztosítási szolgáltatási díj megfizetéséhez adott hozzájárulását a jelen Feltételek 2.5. pont 4) bekezdés d) alpontja szerint meg nem szünteti,

továbbá ameddig a Biztosított megfelel a jelen Biztosítási feltételekben a biztosítottság feltételül meghatározott előírásoknak, és csak azon időszakra, amelyre az áthárított biztosítási szolgáltatási díjat a Vállalkozás a Biztosított vonatkozásában megfizette.

Amennyiben a Vállalkozáshoz kapcsolódó valamely Biztosított vonatkozásában a biztosítotti jogviszony a jelen Feltételekben foglaltak szerint bármely okból megszűnik, az nem vonja maga után a Vállalkozáshoz kapcsolódó többi Biztosított biztosítotti jogviszonyának a megszűnését.

A Vállalkozással jogviszonyban álló természetes személy Biztosított a Biztosítotti nyilatkozat megtételekor csak Egyéni vagy Senior csomagot választhat.

A Biztosítási szerződésben foglaltak szerint a Biztosító kockázatviselése egy adott Vállalkozáshoz kapcsolódóan több Biztosítottra is kiterjedhet.

A Biztosítási szerződés alapján nem válhat Biztosítottá az a Vállalkozással jogviszonyban álló természetes személy, aki a Biztosítotti nyilatkozat megtételekor 18. életévét még nem töltötte be, vagy a 65. életévét már betöltötte.

Senior csomagok esetén:

Senior Teljes csomag esetén Biztosított a Bankkal lakossági ügyfélként kötött Bankszámlaszerződéssel vagy Vállalkozói Bankszámlaszerződéssel rendelkező, a Vállalkozással jogviszonyban álló, a biztosítotti jogviszony igénylésekor/csomagváltásra vonatkozó nyilatkozat megtételekor 65-69 év közötti természetes személy (továbbiakban **Senior Biztosított**), aki a Biztosítotti nyilatkozat érvényes megtételével hozzájárul ahhoz, hogy a Bank és a Biztosító között létrejött csoportos Biztosítási szerződés hatálya rá is kiterjedjen és, Vállalkozáshoz kapcsolódó Biztosított vonatkozásában a Vállalkozás a biztosítási szolgáltatási díj megfizetésére kötelezettséget vállal..

Senior Baleseti csomag esetén Biztosított a Bankkal lakossági ügyfélként kötött Bankszámlaszerződéssel vagy Vállalkozói Bankszámlaszerződéssel rendelkező, a Vállalkozással jogviszonyban álló, a biztosítotti jogviszony igénylésekor/csomagváltásra vonatkozó nyilatkozat megtételekor 70-79 év közötti természetes személy (továbbiakban **Senior Biztosított**), aki a Biztosítotti nyilatkozat érvényes megtételével hozzájárul ahhoz, hogy a Bank és a Biztosító között létrejött csoportos Biztosítási szerződés hatálya rá is kiterjedjen és Vállalkozáshoz kapcsolódó Biztosított vonatkozásában a Vállalkozás a biztosítási szolgáltatási díj megfizetésére kötelezettséget vállal.

Senior Biztosított a Biztosítotti nyilatkozat/csomagmódosításra vonatkozó nyilatkozat megtételekor kizárólag Senior csomagot választhat.

A Biztosítási szerződés alapján Senior Teljes csomag esetében nem válhat Biztosítottá az a személy, aki a Biztosítotti nyilatkozat/csomagmódosításra vonatkozó nyilatkozat megtételekor a 65. életévét még nem töltötte be, vagy a 69. életévét már betöltötte.

A Biztosítási szerződés alapján Senior Baleseti csomag esetében nem válhat Biztosítottá az a személy, aki a Biztosítotti nyilatkozat/csomagmódosításra vonatkozó nyilatkozat megtételekor a 70. életévét még nem töltötte be, vagy a 79. életévét már betöltötte

Valamennyi Biztosított(ak)ra vonatkozó közös szabályok:

Amennyiben a jelen Feltételek Biztosítottat említ, úgy a Főbiztosítottat, Családi csomag esetén a Főbiztosított házastását/élettársát/gyermek(e)it, Gyermekek Biztosítottat, Senior Biztosítottat és a Vállalkozáshoz kapcsolódó Biztosítottakat egyaránt érteni kell.

A Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában legkésőbb annak a naptári évnek a végéig viseli a kockázatot, amelyben a Biztosított a 70. életévét, Senior Biztosított esetében a 80. életévét betöltötte.

Adott Biztosított a jelen Feltételek alapján legfeljebb egy biztosítási jogviszonnyal, és azon belül egy biztosítási csomaggal rendelkezhet a Biztosítónál. Amennyiben ugyanazon Biztosított több Bankszámlaszerződéssel is rendelkezik és több Biztosítotti nyilatkozatot is

megtesz vagy Családi csomagban is Biztosítottá vált, úgy a biztosítotti jogviszony kizárólag a legkorábban megtett Biztosítotti nyilatkozat alapján jöhet létre, a további Biztosítotti nyilatkozat(ok) érvénytelen(ek), az(ok) alapján biztosítotti jogviszony(ok) nem jön(nek) létre, a Biztosító azok alapján szolgáltatást nem teljesít. Amennyiben valamely Biztosított Egyéni csomagot igénylő Biztosítotti nyilatkozatot tesz, illetve ezzel egyidőben Családi csomagban is biztosítottá válik, abban az esetben kizárólag az Egyéni csomagot igénylő Biztosítotti nyilatkozat alapján létrejött biztosítotti jogviszonya tekinthető érvényesnek, a Családi csomag alapján létrejött biztosítotti jogviszony alapján a Biztosító kockázatviselése az érintett Biztosítottra nem terjed ki. Az időben később megtett – jelen bekezdés alapján érvénytelennek minősülő - Biztosítotti nyilatkozat(ok) alapján az esetlegesen kiterhelt biztosítási szolgáltatási díjat a Szerződő visszafizeti a Díjfizető részére.

A Biztosított a Szerződő helyébe nem léphet a Biztosítási szerződésben.

- 5) **Kedvezményezett:** a Biztosított életében esedékes szolgáltatások vonatkozásában a Biztosított, a Biztosított halála esetén annak örököse(i), vagy a Biztosított által írásban megjelölt személy(ek). A Bank, mint szerződő a Biztosítóval megkötött Biztosítási szerződésben kifejezetten hozzájárult ahhoz, hogy **a Biztosított a saját biztosítotti jogviszonyához kapcsolódóan – a Szerződő további külön, ezirányú nyilatkozata nélkül - írásban kedvezményezettet jelöljön, vagy a kedvezményezett személyét módosítsa, így a kedvezményezett jelölésére és a kedvezményezett személyének módosítására a saját biztosítotti jogviszonya tekintetében a Biztosított önállóan jogosult.**

A Biztosított a biztosítotti jogviszonya fennállása alatt bármikor a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal kedvezményezettet jelölhet meg, illetve bármikor ugyanilyen formában a kedvezményezett-jelölést módosíthatja feltéve, hogy a kedvezményezett-jelölés vagy annak módosítása a biztosítási esemény bekövetkezése előtt a Biztosító tudomására jut.

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

Amennyiben az adott Biztosítottra vonatkozóan kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett-jelölés hatályát veszítette, vagy nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, akkor a biztosított halála esetén esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított örököse(i).

2.2 A Biztosítási szerződés és a biztosítotti jogviszony létrejötte

- 1) A Biztosítási szerződés a Bank, mint Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával jön létre.
- 2) A Biztosított/Senior Biztosított, Családi csomag esetén a Főbiztosított a Biztosítotti nyilatkozat érvényes megtételével, Vállalkozói számlatulajdonos esetén a Vállalkozás is hozzájárul ahhoz, hogy a Bank és a Biztosító között létrejött csoportos Biztosítási szerződés hatálya – a választott biztosítási csomagnak megfelelő tartalommal, tekintettel a jelen Feltételek 5.4 és 5.5 pontban foglaltakra – rá is kiterjedjen.
- 3) **A Biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához és megszüntetéséhez a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.**
- 4) A Biztosítotti jogviszony létrejöttének feltétele, hogy a Biztosítotti jogviszony létrejöttékor a Számlatulajdonos/Főbiztosított/Senior Biztosított, illetve Vállalkozói Bankszámlához kapcsolódó jogviszony esetén az a Vállalkozás, amelyhez kapcsolódóan a Biztosított a jelen Feltételek szerinti biztosítási szerződéshez csatlakozni kíván, Bankszámlaszerződéssel rendelkezzen a Banknál.

2.3 Biztosítotti nyilatkozat, biztosítási szolgáltatási csomag módosítása

- (1) A **Biztosítotti nyilatkozat** az a Biztosított, Családi csomag esetén a Főbiztosított által megtett, és Vállalkozáshoz kapcsolódó Biztosított esetén a Vállalkozás kifejezett hozzájárulását is tartalmazó dokumentum, amely tartalmazza a Biztosítási szerződés hatályának a Biztosított(ak)ra való

kiterjesztéséhez, a Kedvezményezett jelöléséhez kapcsolódó nyilatkozatokat, valamint a Biztosító által feltett kérdéseket, és a Biztosított által azokra adott válaszokat, amely nyilatkozatok megtételével, és amely kérdések hiánytalan és a valóságnak megfelelő megválaszolásával a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz.

(2) A biztosítandó személy, Családi csomag esetén a Főbiztosított köteles a Biztosítotti nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul megtenni.

(3) A Biztosított, Családi csomag esetén a Főbiztosított által megtett Biztosítotti nyilatkozat tartalmazza az adott Biztosított, Családi csomag esetében a Biztosítottak vonatkozásában választott biztosítási csomagot is.

(4) A Biztosító a biztosítási kockázat elvállalása kapcsán egészségi kockázatelbírálást sem a biztosítotti jogviszony létrejöttékor, sem csomagmódosítás esetén nem végez.

(5) A Biztosított, Családi csomag esetén a Főbiztosított a kockázatviselés tartama alatt két alkalommal, az erre irányuló írásbeli nyilatkozatával kezdeményezheti a választott biztosítási csomag módosítását (a továbbiakban: csomagmódosítás), az alábbiak szerint:

a) Természetes személy (lakossági ügyfél Számlatulajdonos) esetén a Biztosított/Családi csomag esetén Főbiztosított a csomagmódosítás során a korábban választott csomag helyett Egyéni csomagot, Családi csomagot vagy Senior csomagot választhat.

b) Vállalkozói Számlatulajdonos esetén a Biztosított a csomagmódosítás során a korábban választott csomag helyett Egyéni vagy Senior csomagot választhat. Vállalkozói számlához kapcsolódó Biztosított esetén Családi csomag választására csomagmódosítás keretében nincs lehetőség.

c) A Senior Teljes és Senior Baleseti csomagok között csomagmódosítás nem lehetséges.

2.4 A biztosítotti jogviszony létrejötte és a kockázatviselés kezdete (a Biztosítási szerződés hatályának kiterjesztése), a biztosítási fedezet, illetve a csomagmódosítás igénylése

1) **A Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése a biztosítotti jogviszony létrejöttének időpontjában kezdődik meg.**

2) A papír alapon tett Biztosítotti nyilatkozattal történő csatlakozás esetén az adott Biztosított/Családi csomag esetén a Biztosítottak biztosítotti jogviszonya a Biztosítotti nyilatkozat megtételét követő hónap első napján 0. órakor jön létre, de nem korábban, mint a Bankszámlaszerződés létrejöttét követő hónap első napjának 0. órája.

3) Távértékesítés keretében tett Biztosítotti nyilatkozat esetén az adott Biztosított/Családi csomag esetén a Biztosítottak biztosítotti jogviszonya az érvényes Biztosítotti nyilatkozat megtételét követő hónap első napján 0. órakor, de nem korábban, mint a Bankszámlaszerződés létrejöttét követő hónap első napján 0. órakor jön létre, amennyiben a Biztosított/ Családi csomag esetén a Főbiztosított a nyilatkozattétel során ehhez kifejezetten hozzájárul.

4) Amennyiben a Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított a Távértékesítés keretében történő csatlakozás során jelen Feltételek 2.4. pont 3) bekezdésben írt kockázatviselési kezdethez nem járul hozzá, akkor a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított/Családi csomag esetén Biztosítottak vonatkozásában a Bank által a biztosítotti jogviszony létrejöttének igazolásaként a Biztosított/ Családi csomag esetén a Főbiztosított részére megküldött tájékoztató dokumentumok Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított általi kézhezvételétől számított 30. napot követő hónap első napján 0. órakor, de nem korábban, mint a Bankszámlaszerződés létrejöttét követő hónap első napján 0. órakor kezdődik.

5) **Amennyiben a Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított a választott biztosítási csomag módosítását kezdeményezi (csomagmódosítás) a jelen Feltételek 2.3. pont 5) bekezdés szerint és az új biztosítási csomag többlet szolgáltatásokat, azaz bővebb kockázati kört és/vagy magasabb biztosítási összegeket tartalmaz, abban az esetben az új biztosítási kockázat(ok) és/vagy a biztosítási összeg(ek) növekményének tekintetében a Biztosító kockázatviselése a csomagmódosításra irányuló Biztosítotti nyilatkozat Bankhoz való beérkezését követő hónap első napján 0. órakor kezdődik.**

- 6) Távértékesítés keretében tett csomagmódosítás esetén a jelen Feltételek 2.4. pont 5) bekezdésében foglalt időpontban a Biztosító kockázatviselése abban az esetben kezdődik meg, amennyiben a Biztosított a nyilatkozattétel során ehhez kifejezetten hozzájárul.
- 7) Amennyiben a Biztosított a távértékesítés keretében történő csomagmódosítás során jelen Feltételek 2.4. pont 6) bekezdésben írtakhoz nem járul hozzá, akkor a Biztosító kockázatviselése az új választott csomag többlet szolgáltatására vonatkozóan (új kockázat és/vagy magasabb biztosítási összeg) a csomagmódosításról szóló nyilatkozat megtételének igazolásaként a Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított részére megküldött tájékoztató dokumentumok Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított általi kézhezvételétől számított 30. napot követő hónap első napján 0. órakor kezdődik.
- 8) **Amennyiben a Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított a meglévő biztosítási csomag módosítását kezdeményezi a jelen Feltételek 2.3. pont 5) bekezdése szerint (csomagmódosítás) és alacsonyabb szolgáltatási csomag igénylését kezdeményezi, akkor a Biztosító kockázatviselése megszűnik a többlet szolgáltatások tekintetében (a módosítást megelőző csomagban lévő, de az új csomagba már nem tartozó biztosítási kockázat(ok) és/vagy a módosítást megelőző magasabb és az új csomag szerinti alacsonyabb biztosítási összeg különbözete vonatkozásában) a módosító Biztosított nyilatkozat Bank általi átvétele szerinti hónapjának utolsó napján 24 órakor, és a biztosítotti jogviszony az alacsonyabb szolgáltatásokat tartalmazó biztosítási csomag szerinti tartalommal marad érvényben.**

2.5 A kockázatviselés megszűnése

- 1) A Biztosító kockázatviselésének megszűnése esetén arra a biztosítási időszakra esedékes teljes biztosítási szolgáltatási díj megilleti a Biztosítót, amelyben a biztosítotti jogviszony megszűnik.
- 2) A Biztosító kockázatviselése adott Biztosított vonatkozásában valamennyi biztosítási kockázat (biztosítási esemény) tekintetében megszűnik az alábbiak szerint:
- annak a naptári évnek december 31. napjának 24. órájában, amelyben a Biztosított a 70. életévét, Senior Biztosított esetében a 80. életévét betöltötte;
 - Biztosított halála esetén a halál időpontjában;
 - a Biztosított rendes felmondási- vagy azonnali hatályú (rendkívüli) felmondási (Távértékesítés keretében történő történő csatlakozás esetén) jogának (rendes, illetve rendkívüli felmondás együtt: felmondás) gyakorlása esetén a felmondás/azonnali hatályú felmondás jelen Feltételek 2.5. pontjának 4) bekezdése szerinti hatályosulásakor;
 - a Vállalkozás felmondási jogának (díjfizetői hozzájáruló nyilatkozatának visszavonása) gyakorlása esetén a felmondás jelen Feltételek 2.5. pontjának 4) bekezdés d) alpontja szerinti hatályosulásakor.

Családi csomag választása esetén, amennyiben a jelen 2.5. 2.) pontban felsorolt megszűnési okok bármelyike a Főbiztosított vonatkozásában következik be, akkor azzal egyidejűleg a Biztosítottnak minősülő családtagok biztosítotti jogviszonya is automatikusan, minden ezirányú jognyilatkozat vagy egyéb jogcselekmény nélkül megszűnik.

- 3) A Biztosító kockázatviselése a Bankszámlaszerződéshez kapcsolódó valamennyi Biztosított (ide értve a Családi csomag alapján Biztosítottnak minősülő természetes személyeket is) vonatkozásában valamennyi biztosítási kockázat (biztosítási esemény) tekintetében megszűnik az alábbi esetekben:
- A Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosított vonatkozásában valamennyi biztosítási kockázat (biztosítási esemény) tekintetében megszűnik a Bank és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnése esetén, a csoportos Biztosítási szerződés megszűnésével egyidejűleg. Mind a Biztosító, mind a Bank a Biztosítási szerződést rendes felmondással megszüntetheti. A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a rá vonatkozó biztosítási díjjal fedezett

biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor, de legkésőbb a Biztosítási szerződés megszűnésének napján 24 órákor szűnik meg. A Bank valamennyi Biztosítottat írásban értesíti a Biztosítási szerződés megszűnéséről és annak a Biztosító kockázatviselésére gyakorolt hatásáról.

- b) **Az áthárított biztosítási szolgáltatási díj megfizetésének elmaradása esetén az elmaradt biztosítási szolgáltatási díj esedékességétől számított 60. késedelmes napon 0. órákor, a Biztosító vagy a Bank külön ezirányú felszólítása, illetve teljesítési póthatáridő tűzése nélkül is. A jelen bekezdésben foglaltak irányadók abban az esetben is, ha az esedékes biztosítási szolgáltatási díj csak részlegesen kerül megfizetésre. Vállalkozáshoz kapcsolódó biztosított jogviszony(ok) esetén a Vállalkozás, mint Díjfizető biztosított jogviszonyonként köteles a biztosítási szolgáltatási díjat a Bank részére megfizetni azzal, hogy amennyiben valamely, hozzá kapcsolódó Biztosított vonatkozásában a díjfizetési kötelezettségének egészben vagy részben a Vállalkozás, mint Díjfizető a jelen Feltételekben foglaltak szerint nem tesz eleget, úgy az adott Biztosított biztosított jogviszonya megszűnik a jelen pontban szabályozott esetben.**
- c) **Amennyiben a Számlatulajdonos/Senior Biztosított/Főbiztosított vagy a Vállalkozói Számlatulajdonos és a Bank közötti Bankszámlaszerződés megszűnik, azzal egyidejűleg valamennyi, az adott Bankszámlaszerződéshez kapcsolódó Biztosított jogviszonya is automatikusan megszűnik, minden ezirányú jognyilatkozat vagy egyéb jogcselekmény nélkül a Bankszámlaszerződés megszűnésének napján 24 órákor.**

A Biztosító kockázatviselésének teljes vagy részleges megszűnése esetén a Biztosított megilleti az arra a biztosítási időszakra esedékes biztosítási szolgáltatási díj, amelyben a biztosított jogviszony megszűnik.

4) **A Biztosított nyilatkozat és a díjfizetői hozzájárulás visszavonása (felmondási jog)**

- a) A Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított a Távértékesítés keretében tett Biztosított nyilatkozat útján létrejött biztosított jogviszonyt, a Biztosított nyilatkozat megtételét követően, a jogviszony létrejöttére vonatkozó írásbeli visszaigazolás kézhezvételét követő 30 napon belül a Bankhoz megküldött nyilatkozatával indokolás nélkül írásban, azonnali hatállyal felmondhatja (rendkívüli felmondás). A jelen Feltételek 2.4. pont 1) bekezdésében írt esetben a felmondó nyilatkozat Bank általi átvételéig a Biztosító az adott Biztosított/Családi csomag esetén Biztosítottak vonatkozásában a biztosítási kockázatot vállalja. Amennyiben ezen időszak alatt az adott Biztosított/Családi csomag esetén Biztosított(ak) vonatkozásában biztosítási esemény nem történt, úgy a biztosítási szolgáltatási díj fizetésére kötelezett Díjfizető által már megfizetésre került biztosítási szolgáltatási díj a Díjfizető részére visszatérítésre kerül a Bank által. A jelen bekezdésben foglaltakat abban az esetben is alkalmazni kell, amennyiben a Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított a csomagmódosítást követően él a jelen bekezdés szerinti rendkívüli felmondási jogával. Csomagmódosítást követően tett rendkívüli felmondás esetén a biztosított jogviszony a csomagmódosítást megelőző csomag szerinti tartalommal sem marad érvényben.
- b) A Biztosított/ Családi csomag esetén Főbiztosított a nem Távértékesítés keretében tett (papír alapú) Biztosított nyilatkozattal létrejött biztosított jogviszonyát a biztosított jogviszony kezdetét (jelen Feltételek 2.4. pont) követő 30 napon belül a Bankhoz megküldött nyilatkozatával indokolás nélkül írásban, azonnali hatállyal felmondhatja (rendkívüli felmondás). A felmondó nyilatkozat Bank általi átvételéig a Biztosító az adott Biztosított/Családi csomag esetén Biztosítottak vonatkozásában a biztosítási kockázatot vállalja. Amennyiben ezen időszak alatt az adott Biztosított/Családi csomag esetén Biztosított(ak) vonatkozásában biztosítási esemény nem történt, úgy a biztosítási szolgáltatási díj fizetésére kötelezett Díjfizető által már megfizetésre került biztosítási szolgáltatási díj a Díjfizető részére – a Bank által – visszatérítésre kerül. A jelen bekezdésben foglaltakat abban az esetben is alkalmazni kell, amennyiben a Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított a csomagmódosítást követően él a jelen bekezdés szerinti rendkívüli felmondási jogával. Csomagmódosítást követően tett rendkívüli felmondás esetén a

biztosítotti jogviszony a csomagmódosítást megelőző csomag szerinti tartalommal sem marad érvényben.

- c) A Biztosított/Családi csomag esetén Főbiztosított a jelen szakasz a) és b) pontjában rögzítettek túlmenően is jogosult a biztosítás hatályának rá (Családi csomag esetén a családtagjaira is) történő kiterjesztésére vonatkozó Biztosítotti nyilatkozatát írásban, indokolási kötelezettség nélkül a Bankhoz megküldött nyilatkozatával visszavonni (továbbiakban: rendes felmondás). A Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított a felmondást tartalmazó nyilatkozatát bármikor megteheti. Ilyen esetben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított/Családi csomag esetén Biztosítottak vonatkozásában a felmondást tartalmazó nyilatkozat Bankhoz való beérkezése szerinti hónapjának utolsó napján 24 óraker megshúnik azzal, hogy a megszúnés időpontjáig az áthárított biztosítási szolgáltatási díj a Biztosítót megilleti. A jelen bekezdésben foglaltakat abban az esetben is alkalmazni kell, amennyiben a Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított a csomagmódosítást követően él a jelen bekezdés szerinti rendes felmondási jogával. Csomagmódosítást követően tett rendes felmondás esetén a biztosítotti jogviszony a csomagmódosítást megelőző csomag szerinti tartalommal sem marad érvényben.
- d) A Vállalkozás jogosult bármely, az általa tett díjfizetési hozzájárulás alapján Biztosítottá vált Biztosított biztosítotti jogviszonyának létrejöttéhez és fenntartásához szükséges díjfizetői hozzájáruló nyilatkozatát írásban bármikor visszavonni. Ilyen esetben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a díjfizetői hozzájáruló nyilatkozat visszavonását tartalmazó nyilatkozat Bankhoz való beérkezése szerinti hónap utolsó napján 24 óraker megshúnik, azzal, hogy a megszúnés időpontjáig a Vállalkozásra áthárított biztosítási szolgáltatási díj a Biztosítót megilleti.

A biztosítotti jogviszony felmondása (megszúnése), Vállalkozás esetén az egyes Biztosítottakra vonatkozó díjfizetői hozzájáruló nyilatkozat visszavonása, a Bankkal megkötött Bankszámlaszerződést nem érinti.

2.6. A kockázatviselés tartama

A biztosítotti jogviszony határozatlan időre jön létre, azzal, hogy a Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselésének tartama – egyéb megszúnési ok hiányában – ahhoz a jelen Feltételek 1. 1) pontban foglalt Bankszámlaszerződés tartamához igazodik, amelyre az adott Biztosított/ Családi csomag esetén Biztosítottakra vonatkozó biztosítási szolgáltatási díj terhelése történik.

2.7. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed, feltéve, hogy a biztosítási feltételek az egyes szolgáltatások tekintetében másként nem rendelkeznek.

3. A Szerződő és a Biztosított közlési- és változásbejelentési kötelezettsége és a Biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége, új lényeges körülmények felmerülése, valamint a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén

A Szerződő és a Biztosított kötelesek a közlési- és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.

- 1) A közlési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított a Biztosítási szerződés megkötésekor, illetve a biztosítotti jogviszony létrejöttékor, 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 írásban (vagy távértékesítés keretében) közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségüknek eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

- 2) A Szerződő és a Biztosított kötelesek a Biztosítási szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony fennállása alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a Biztosítási szerződésben, illetve a biztosítotti nyilatkozaton közölt, illetve a Biztosítási szerződésben szereplő, rájuk vonatkozó lényeges körülmények megváltozását.
Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a Biztosító kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a Szerződő vagy a Biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta.
A Biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a Biztosítónak bejelenteni.
- 3) A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő, illetve a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Biztosítási szerződés megkötésekor, illetve a biztosítotti jogviszony létesítésekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
- 4) Ha a Biztosító a Biztosítási szerződés megkötése, illetve a biztosítotti jogviszony létesítése után szerez tudomást a Biztosítási szerződést, vagy valamely biztosítotti jogviszonyt érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, akkor az adott Biztosított(ak) vonatkozásában kockázatbírálást végezhet, és ennek eredményeként a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a Biztosítási szerződés (biztosítotti jogviszony) módosítására, vagy a Biztosítási szerződést – annak az adott Biztosítottat érintő részét – 30 napra írásban felmondhatja.
- 5) Jelentős kockázatnövekedésnek minősül különösen, ha a Biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a Biztosítási szerződésre vonatkozóan kizárást vagy elutasítást alkalmazna. Ha a Biztosító e jogával nem él, a Biztosítási szerződés (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) az eredeti tartalommal marad hatályban.
- 6) Ha a Szerződő/Biztosított a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban nyilatkozik arról, hogy a módosító javaslatot nem fogadja el, a Biztosítási szerződés, vagy a Biztosítási szerződésnek az adott Biztosítottra vonatkozó része (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik feltéve, hogy a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő/Biztosított figyelmét felhívta.
- 7) **Ha a Szerződő/Biztosított a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a Biztosítási szerződés (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) a módosító javaslatban foglaltak szerint módosul a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon, feltéve, hogy a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő/Biztosított figyelmét felhívta.**
- 8) **Ha a biztosítotti jogviszony egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak az egyik Biztosítottal összefüggésben merül fel, a Biztosító a 3. pont 4.) bekezdésben meghatározott jogait csak az érintett Biztosított vonatkozásában gyakorolhatja.**

4. A biztosítás díja

- 1) A biztosítás folyamatos díjú, a díjfizetés havonta történik.
- 2) A Biztosítottakra vonatkozó biztosítási díjat a Bank havonta fizeti meg a Biztosító részére. A Bank az adott Biztosítottakra vonatkozó esedékes biztosítási díjat havonta áthárítja szolgáltatási díjként az érintett Díjfizetőre. A biztosítás díja HUF-ban értendő és teljesítendő.
- 3) A biztosítási szolgáltatási díj első alkalommal jelen Feltételek 2.4 pontban foglaltak alapján a kockázatviselés kezdetét követő első Díjfizetési esedékességkor fizetendő. A további biztosítási időszakokra vonatkozó biztosítási szolgáltatási díjak megfizetése folyamatosan, az adott hónap díjfizetési esedékességének napján az adott hónapra vonatkozóan történik.
- 4) Az áthárított biztosítási szolgáltatási díj megfizetése oly módon történik, hogy a díj megfizetésének helyéül megadott Díjfizetési számlát a Bank havonta, a díjfizetés esedékességének napján – a

Díjfizető erre vonatkozóan adott felhatalmazása alapján – az adott hónapra vonatkozóan megterheli az áthárított biztosítási szolgáltatási díj összegével.

- 5) A biztosítási díj a választott biztosítási szolgáltatási csomagtól függően havi, fix összegű. Az egyes biztosítási szolgáltatásokra vonatkozó havi díjakat a Kondíciós lista tartalmazza.
- 6) Számlatulajdonos/Főbiztosított/Senior Biztosított esetén a Bank a biztosítási szolgáltatási díjat a választott biztosítási csomagnak megfelelően terheli a a biztosítási szolgáltatási díj terhelésének helyéül megjelölt Díjfizetési számlán.

Vállalkozói Számlatulajdonos esetén a biztosítási szolgáltatási díj terhelésének helyéül megjelölt, adott Díjfizetési számlán a Bank a biztosítási szolgáltatási díjat azon Biztosítottak számának figyelembe vételével állapítja meg, akik vonatkozásában a Díjfizetési számla tulajdonosa a biztosítási szolgáltatási díj terhelésére vonatkozó hozzájárulását megadta.

- 5) Amennyiben az adott Biztosítottra vonatkozóan a kockázatviselés megszűnése a biztosítási időszakon belülré esik, a Biztosító jogosult az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási díjra a kockázatviselés megszűnésével érintett biztosítási időszak végéig.

5. A Biztosító teljesítésének feltételei

5.1. A biztosítási esemény

- a) baleseti halál;
- b) baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás lineáris térítéssel;
- c) halál;
- d) 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás;
- e) kiemelt kockázatú betegségek;
- f) csonttörés; csontrepedés
- g) baleseti kórházi napi térítés;
- h) baleseti műtéti térítés (egyösszegű);
- i) baleseti költségtérítés;
- j) speciális balesetek;
- k) égési sérülés (egyösszegű);
- l) fertőző betegségek;
- m) speciális műtétek;
- n) baleseti kórházi térítés (egyösszegű).

5.2 A biztosítási események bekövetkezésének időpontja

- a) Baleseti halál esetén:
A Biztosított baleseti halála esetén a baleset időpontja.
- b) Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás lineáris térítéssel esetén:
A Biztosított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodása esetén a baleset időpontja.
- c) halál esetén:
A Biztosított halála esetén a halál időpontja.
- d) 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén:
A Biztosított 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén az Orvosszakértői Intézet által kiállított, a 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodást megállapító szakvélemény keltének a napja.
- e) Kiemelt kockázatú betegségek esetén az alábbi felsorolás szerint:

Nagykorú Biztosított esetén (18-70 év között):

- szívizomelhalás (szívinfarktus) esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja,

- rosszindulatú daganatos betegség esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja,
- agyi érkatasztrófa esetén a betegség bekövetkezésének időpontja feltéve, hogy a maradandó szervi idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellépését követő 30 nap után is egyértelműen kimutathatók,
- krónikus veseelégtelenség esetén a dialíziskezelés első napja feltéve, hogy a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul,
- szívkoszorúér-műtét esetén a műtét időpontja,
- szervátültetés esetén a műtét időpontja,
- AIDS esetén a betegség megállapításának időpontja.

Gyermek Biztosítottak esetén (0-18 év között):

- rosszindulatú daganatos betegség esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja,
- agyi érkatasztrófa esetén a betegség bekövetkezésének időpontja feltéve, hogy a maradandó szervi idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellépését követő 30 nap után is egyértelműen kimutathatók,
- krónikus veseelégtelenség esetén a dialíziskezelés első napja feltéve, hogy a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul,
- szívbillentyű műtét esetén a műtét időpontja,
- nyitott mellkasi aorta és/vagy hasi aorta műtét esetén a műtét időpontja,
- haemofília esetén a biztosítási esemény meghatározása szerint adott első faktorpótlás napja,
- colitis ulcerosa esetén a műtét időpontja,
- Crohn betegség esetén a műtét időpontja,
- hallás elvesztése esetén a hallás mindkét fülön történő elvesztését megállapító, állapotát véglegesnek tekintő, audiogrammos vizsgálati eredményt is rögzítő fül-, orr- gégeészeti szakorvosi vizsgálati dokumentum dátuma,
- látás elvesztése esetén a biztosítási eseményt alátámasztó, és állapotát véglegesnek leíró szemészeti szakorvosi vizsgálati dokumentum dátuma.

f) Csonttörés, csonttrepedés esetén:

A Biztosított csonttörése, csonttrepédése esetén a baleset időpontja.

g) Baleseti kórházi napi térítés esetén:

A Biztosított baleseti eredetű kórházi ápolása esetén a baleset időpontja.

h) Baleseti műtéti térítés (egyösszegű) esetén:

A biztosított baleseti műtete esetén a baleset időpontja.

i) A baleseti költségtérítés esetén:

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

j) Speciális balesetek esetén az alábbi felsorolás szerint:

- szúrt, vágott sérülés esetén a baleset időpontja,
- állatharappás esetén az állatharappás időpontja,
- áramütés esetén az áramütés időpontja,
- kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás esetén az a nap, amikor az agyburok- és/vagy agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség jelentkezése miatt először fordultak orvoshoz,
- kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór esetén a nap, amikor az utólag Lyme-kórként diagnosztizált betegség jelentkezése miatt a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelésre került.

- allergiás rovarcsípés esetén a rovarcsípés időpontja.
- k) Égési sérülés (egyösszegű) esetén:
Égési sérülés esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
- l) Fertőző betegségek esetén az alábbi felsorolás szerint:
- rotavírus fertőzés esetén: a kórházi fekvőbeteg ellátás első napja,
 - szalmonella-fertőzés esetén: a kórházi fekvőbeteg ellátás első napja,
 - agyburok és/vagy agyvelőgyulladás esetén: az a nap, amikor az agyburokagyburok- és/vagy agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség jelentkezése miatt először fordultak orvoshoz.
- m) Speciális műtétek esetén:
Speciális műtétek esetén a műtét elvégzésének napja.
- n) Baleseti kórházi térítés (egyösszegű) esetén:
Baleseti eredetű kórházi térítés esetén a baleset időpontja.

5.3 A biztosítási események meghatározása

- a) Baleseti halál:
Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (jelen Feltételek 1.5) pontja), melynek következtében a biztosított a balesetet követő egy éven belül meghal.
- b) Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás lineáris térítéssel:
- a) Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (jelen Feltételek 1.5) pontja), melynek következtében a biztosított maradandó egészségkárosodást szenved.
 - b) Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
 - c) 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 orvosszakértője 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.
- c) Halál:
A Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező halála.
- d) 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás:
- Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében az Orvosszakértői Intézet szakvéleménye a Biztosítottnál 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodást állapított meg, feltéve, hogy a Biztosított az egészségkárosodásának megállapítására vonatkozó igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt nyújtja be az illetékes hatósághoz.
- Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
- **A 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás szerinti fedezet nem terjed ki azon Biztosítottakra, akik a kockázatviselés kezdetét megelőzően az**

Orvosszakertői Intézet által szakvéleményben megállapított egészségkárosodás vagy munkaképesség-csökkenés miatt bármely típusú (pl. rokkantsági-, baleseti-) ellátásban/járadékban részesültek, vagy akik az egészségi állapotuk miatt már nyújtottak be igényt egészségkárosodás- vagy munkaképesség-csökkenés megállapítására/véleményezésére az arra illetékes hatósághoz.

e) Kiemelt kockázatú betegségek – Nagykorú (18-70 év):

Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan, jelen pontban meghatározott betegsége, illetve a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan, jelen pontban meghatározott alapbetegsége miatt szükséges kezelése vagy műtété.

Jelen biztosítási kockázat vonatkozásában biztosítási eseménynek kizárólag az alábbiakban felsorolt betegségek, műtéti beavatkozások minősülnek:

- szívizomelhalás (szívinfarktus),
- rosszindulatú daganatos betegség,
- agyi érkatasztrófa,
- krónikus veseelégtelenség,
- szívkoszorúérműtét,
- szervátültetés,
- AIDS.

A Fentiekben felsorolt betegségek definíciói a következők:

1. **A szívizomelhalás (szívinfarktus)** a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen Feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizomelhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.
2. **Rosszindulatú daganatos betegség** esetén a szövettani atípiát jelező sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása áll fenn, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió) és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis). Jelen Feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatok alábbi csoportjaira: – rákelőző (precarcinóma) állapotok, – a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok, – a bőrrák, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum), – a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.
3. **Agyi érkatasztrófa** az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfalszakadás, teljes- vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszernek az ér által ellátott területei elhalása, infarktusa és maradandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett göctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 30 nap után is egyértelműen kimutathatók. Jelen Feltételek 1. pont 5.) bekezdése szerinti balesettel okozati összefüggésben lévő érkatasztrófákra a biztosítás nem terjed ki. Az érkatasztrófa tényét, a maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti okozati összefüggés tényét a biztosító orvosa vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.
4. **Krónikus veseelégtelenség** azon formája, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlanul csökkent és ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető és a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul.

5. **Szívkoszorúér-műtét** az a nyitott mellkasi beavatkozás, melynek célja két vagy több ér koszorúérfestéssel igazolt szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése a beteg érszakasz eltávolítása és annak a szervezet más részéből származó érrel való pótlása vagy a beteg érszakasz áthidalása által.
6. **Szervátültetés** az a műtéti beavatkozás, melynek során a szervet kapó (recipiens) testébe más szervezetéből (donor) szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj vagy vese kerül átültetésre. Szövet- és sejtátültetés nem fedi a szervátültetés fogalmát, emiatt a hasnyálmirigy-, bőr- és csontvelő átültetés, transzfúzió nem biztosítási esemény.
7. **AIDS** az az állapot, amelyben a HIV fertőzött vérében a CD4+ (limfociták) sejtek száma tartósan 200/l alatt marad és opportunista – az emberben meglévő, egyébként ártalmatlan kórokozók okozta – fertőzés lép fel.

Kiemelt kockázatú betegségek - Gyermek (0-18 év):

Biztosítási esemény a Gyermek Biztosítottak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan, jelen pontban meghatározott betegsége, illetve a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan, jelen pontban meghatározott alapbetegsége miatt szükséges kezelése vagy műtete.

Jelen biztosítási kockázat vonatkozásában biztosítási eseménynek kizárólag az alábbiakban felsorolt betegségek, műtéti beavatkozások minősülnek:

- rosszindulatú daganatos betegség,
- agyi érkatasztrófa,
- krónikus veseelégtelenség,
- szívbillentyű műtét,
- nyitott mellkasi aorta és/vagy hasi aorta műtét,
- haemofília,
- colitis ulcerosa,
- Crohn betegség,
- hallás elvesztése,
- látás elvesztése.

A Fentiekben felsorolt betegségek definíciói a következők:

- 1) **Rosszindulatú daganatos betegség** esetén a szövettani atípia jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása áll fenn, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió) és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis). Jelen Feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatok alábbi csoportjaira:

- rákelőző (precarcinóma) állapotok,
 - a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,
 - a bőrrák, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
 - a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.
- 2) **Agyi érkatasztrófa** az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfalszakadás, teljes- vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszernek az ér által ellátott területei elhalása, infarktusa és maradandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett göctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 30 nap után is egyértelműen kimutathatók. A Jelen Feltételek 1. pont 5) bekezdése szerinti balesettel okozati összefüggésben lévő érkatasztrófákra a biztosítás nem terjed ki.

Az érkatasztrófa tényét, a maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti okozati összefüggés tényét a biztosító orvosa vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.

- 3) **Krónikus veseelégtelenség** azon formája, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlanul csökkent és ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az étellel nem összeegyeztethető és a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul.
- 4) **Szívbillentyű műtét** az a mellkas megnyitásával járó extracorporalis („szívmotor”) keringésfenntartás mellett végzett szívűtét minősül, melynek során billentyű plasztika és/vagy billentyűcsere történik, és melyet követően a biztosított a műtétet követő 30. napon túl is kardiológiai ellenőrzés alatt áll.
- 5) **Nyitott mellkasi aorta és/vagy hasi aorta műtét** a mellkas és/vagy hasüreg megnyitásával járó, betegség miatt elvégzett műtét minősül.
Nem minősül biztosítási eseménynek a baleset miatt szükségessé váló műtét.
- 6) **Haemofilia** abban az esetben következik be, ha már legalább 1 éve haemofilia miatti folyamatos faktorpótlásra van szükség és a hiányzó véralvadási faktor az élettani érték 1%-a alatt van.
Nem minősül biztosítási eseménynek a bármely vérzésveszéllyel járó beavatkozás/műtét, vagy egyéb betegség miatt szükséges, illetve nem folyamatosan adott faktorpótlás.
- 7) **Colitis ulcerosa** abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha a betegség következtében a teljes vastagbél eltávolításra kerül, és ezzel egyidejűleg végleges ileostoma kerül kialakításra.
- 8) **Crohn betegség** abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha a betegség lefolyása alatt 3 alkalommal történt műtéti bélszakasz eltávolítás, vagy a végleges stoma kialakítása megtörtént (végbél zárása és a rectum eltávolítása megtörtént).
- 9) **Hallás elvesztése** a betegség vagy baleset következtében mindkét fülön kialakult, végleges, sem műtéttel, sem segédeszközzel nem korrigálható, legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan fennálló, mindkét fülön legalább 91 Db-es halláscsökkenés minősül.
- 10) **Látás elvesztése** abban az esetben következik be, amikor mindkét szem látása betegség vagy baleset (jelen Feltételek 1.5) pontja) következtében visszafordíthatatlanul, legalább 6 hónapja fennállóan, korrekcióval sem javítható módon oly mértékben megromlott, hogy a látótér kiesés miatt a megmaradt látótér egyik szemem sem éri el a 10%-ot, és/vagy a látásélesség-romlás következtében mindkét szem csak kézmozgást észlel, vagy a látótérkiesés és a látásélesség-romlás együttes következtében is a látásélesség csökkenés (LÉCS) 100%, és az Orvosszakértői Intézet szakvéleménye az előzőket alátámasztja.

f) Csonttörés, csontrepedés:

Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (jelen Feltételek 1.5) pontja), melynek következtében a biztosított csonttörést, csontrepedést, vagy maradandó fog törést szenved.

Jelen Feltételek szempontjából maradandó fogtörésnek minősül, ha az egyébként ép, egészséges, ép zománcú fog baleset következtében fogröntgennel igazoltan teljes felületén kettétörik, és a törés a fogíny feletti fogrésznek legalább felét érinti.

Nem minősül biztosítási eseménynek a maradandó fog valamely élének vagy kisebb részének törése, továbbá az a fogtörés, mely nem baleset miatt következett be.

g) Baleseti kórházi napi térítés:

- 1) Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (jelen Feltételek 1.5) pontja), melynek következtében a biztosított folyamatos kórházi (1.7) pont) fekvőbeteg-ellátásban részesül, amennyiben az orvosilag szükséges.

- 2) Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a Biztosított, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a Biztosított 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 esetén a Biztosító szolgáltatása (5.4 pont 6) bekezdés) szempontjából a kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ellátás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.
- h) **Baleseti műtéti térítés (egyösszegű):**
Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (jelen Feltételek 1.5) pontja), melynek következtében a biztosított műtetre (jelen Feltételek 20) pontja) szorul, amennyiben az orvosilag szükséges.
- i) **Baleseti költségtérítés:**
Biztosítási esemény a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a biztosítottnak a balesettel kapcsolatos, Magyarországon a biztosított nevére kiállított számlával igazolt alábbi baleseti költségei merülnek fel:
- 1) a biztosított baleset miatti orvosilag indokolt kórházi ápolása esetén, a biztosított kórházi ápolásának időtartama alatt, a biztosítottal egyidejűleg ugyanabban a kórházban a biztosított egy fő nagykorú közeli hozzátartozója (jelen Feltételek 1. pont 19) bekezdés) bent tartózkodásának **szállásköltsége**. A szállásköltség első napja a biztosított és a közeli hozzátartozó kórházi felvételének első napja, a szállásköltség utolsó napja a biztosított és a közeli hozzátartozó kórházból történő elbocsátásának a napja,
 - 2) **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,
 - 3) **szállítási költség**, amely akkor merül fel, ha a balesetet szenvedett Biztosítottat Magyarországon a baleset helyszínéről a kezelésre alkalmas legközelebbi magyarországi kórházba, illetve orvoshoz, valamint az első orvosi ellátás helyszínéről orvosi javaslatra Magyarországon belül hazaszállítják, vagy ha a Biztosított a baleset következtében meghal, és holttestét a baleset helyszínéről elszállítják.
Nem minősül baleseti költségnek a balesetet követően a felülvizsgálatokra, kezelésekre történő szállítás költsége (a biztosított köztőzésre, varratszedésre, egyéb orvosi vizsgálatra történő szállítására a biztosító nem nyújt szolgáltatást).
Szállítási költségként – halál esetét kivéve – az adott útra vonatkozóan a személygépkocsi benzinköltsége (a mindenkor hatályos NAV rendelet alapján), vagy a betegszállítás számlával igazolt költsége fogadható el,
 - 4) **baleset során megsérült fog, műfog, korona, híd és más fogászati segédeszköz** – eltekintve a kivehető műfogsortól – baleset miatt szükséges javításának költsége, amennyiben a sérülés igazoltan a baleset következménye. Nem minősül baleseti költségnek azon költség, amely a baleset előtt már meglévő fog, műfog, korona, híd, illetve más fogászati segédeszköz meglévő hibájának javítása miatt merül fel, sem a biztosított kivehető műfogsorának javítási költsége, cseréje.
 - 5) a **gyógyászati segédeszközök** beszerzésének, vagy más, a kezeléshez szükséges eszközök (például kötszer, gyógyszer), orvosszakmailag indokolt 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, gyógyszer a hatályos magyar jogszabályok szerint ilyenként megjelölt eszköz,

- 6) **szemüveg (kontaktlencse) beszerzésének költségeit** csak akkor téríti a biztosító, ha az – szemész szakorvosi vélemény és a baleset körülményeit leíró dokumentáció alapján a baleset következtében vált szükségessé. Meglévő szemüveg (kontaktlencse) sérülése miatti cseréjét a biztosító nem téríti,
- 7) a járóbeteg-ellátás keretében végzett a baleset következtében szükséges **fizioterápia, gyógytorna és balneoterápia, valamint a nem a magyar társadalombiztosítás által finanszírozott járóbeteg-szakorvosi vizsgálatok, ellátások, diagnosztikai vizsgálatok költsége.**

Nem minősül baleseti költségnek a rehabilitációs, a szanatóriumi, a fürdőkúrákkal és üdülésekkel kapcsolatos utazási és tartózkodási költség.

j) Speciális balesetek:

Biztosítási esemény a biztosítottnak a jelen Feltételekben meghatározott alábbi speciális balesete:

1. Jelen Feltételek vonatkozásában **szúrt, vágott sérülésnek minősül**, ha a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt 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 pedig annak ellátása idegvarrattal történik meg.
2. 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.
3. Jelen Feltételek 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.
4. Jelen Feltételek 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.
5. Jelen Feltételek 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 vizsgálat elrendelésének dátuma nem lehet későbbi, mint a kockázatviselési időszak utolsó napja.
6. Jelen Feltételek vonatkozásában **allergiás rovarcsípésnek minősül** a kockázatviselés tartama alatti rovarcsípés, amely a biztosítottnál olyan légzési nehézséggel járó allergiás reakciót vált ki, hogy a légzési nehézség kezelése céljából a rovarcsípést követően haladéktalanul (azonnal) szakorvosi/mentő ellátást kell igénybe venni. **Nem tekintendő biztosítási eseménynek az olyan rovarcsípés következtében kialakuló allergiás reakció, amely olyan biztosítottnál következik be, akinél az adott rovar csípésével szembeni allergia a kórelőzményben már ismert volt.**

k) Égési sérülés (egyösszegű):

Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (jelen Feltételek 1.5) pontja), melynek következtében a biztosított égési sérülést szenved

l) Fertőző betegségek:

Biztosítási esemény a biztosítottak a jelen Feltételekben meghatározott alábbi fertőzőbetegsége:

1. Biztosítási eseménynek minősül a kockázatviselés tartama alatti **rotavírus fertőzés**, ha a fertőzést szerológiai módszerrel kimutatták, és ha az több, mint 24 órás kórházi fekvőbeteg-ellátást igényel.
2. Biztosítási eseménynek minősül a kockázatviselés tartama alatti **szalmonella-fertőzés**, ha a fertőzést szerológiai módszerrel kimutatták, és ha az több, mint 24 órás kórházi fekvőbeteg-ellátást igényel.
3. Biztosítási eseménynek minősül a fertőzés 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.

Jelen kockázat vonatkozásában nem minősül biztosítási eseménynek a kullancscsípés által okozott agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás.

Speciális műtétek:

Biztosítási esemény a biztosítottak a kockázatviselés tartama alatt a jelen pontban meghatározott valamely műtét elvégzése.

Jelen Feltételek vonatkozásában műtétnek minősülnek az alábbi beavatkozások:

- lágysérvműtét,
- vakbélműtét,
- garatmandula-műtét.

m) Baleseti kórházi térítés (egyösszegű):

Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (jelen Feltételek 1.5 pontja), melynek következtében a biztosított a kockázatviselés tartama alatt azonos diagnózis miatt 3 napot meghaladó tartamú, folyamatos kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, ha az orvosilag szükséges.

Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a Biztosított, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a Biztosított 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 esetén a Biztosító szolgáltatása (5.4 pont 10.) bekezdés) szempontjából a kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ellátás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.

5.4 A Biztosító szolgáltatása

- 1) A Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított a jelen Feltételek elválaszthatatlan részét képező „B” mellékletében található biztosítási szolgáltatási csomagok közül választhat.
- 2) A biztosítási szolgáltatási csomagok közötti választás a Biztosított nyilatkozat/csomagmódosításra irányuló nyilatkozat megtételével egyidejűleg történik, a választott szolgáltatási csomagnak a Biztosított nyilatkozatban történő egyértelmű megjelölésével.
- 3) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége adott Biztosított/Családi csomag esetén Biztosítottak vonatkozásában kizárólag az adott Biztosított/Családi csomag esetén Biztosítottakra érvényes szolgáltatási csomagba tartozó biztosítási kockázatok szolgáltatási körére terjedki, a jelen Feltételekben leírt szabályok szerint.
- 4) A Biztosító a választott szolgáltatási csomag által fedezett biztosítási esemény bekövetkezésekor, szolgáltatási kötelezettségének megállapítása esetén a választott szolgáltatási csomag szerinti biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére a Jelen Feltételben foglaltak szerint.
 - a) **Baleseti halál esetén, amennyiben a biztosított kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete miatti halála a biztosított jogviszony megszűnését követően, de a baleset időpontjától számított egy éven belül következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az 5.4. bekezdés (1) pontban, a biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített, adott Biztosított/Családi csomag esetén Biztosítottakra a baleset időpontjában érvényes szolgáltatási csomagba tartozó biztosítási összeget kell figyelembe venni.**
 - b) **69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén a Biztosító a jelen Feltételek alapján ugyanazon Biztosított esetében a választott szolgáltatási csomag szerinti, a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összegnek megfelelő szolgáltatást legfeljebb egyszer nyújtja.**
 - c) **Kiemelt kockázatú betegség esetén a Biztosító a jelen Feltételek alapján ugyanazon Biztosított esetében a választott szolgáltatási csomag szerinti, a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összegnek megfelelő szolgáltatást legfeljebb egyszer nyújtja akkor is, ha a Biztosított esetén több, a jelen feltétel 5.3 pont e) bekezdésében említett betegség együttesen, vagy külön-külön lép fel.**
 - d) **Csonttörés, csontrepedés esetén a Biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésekor balesetenként, a törések számától függetlenül a választott szolgáltatási csomag szerinti, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget egyszer téríti meg.**
 - e) **Speciális balesetek esetén a Biztosító a jelen Feltételek alapján ugyanazon Biztosított esetében a választott szolgáltatási csomag szerinti biztosítási összegnek megfelelő szolgáltatást 12 hónapon belül legfeljebb egyszer nyújtja.**
 - f) **Fertőző betegségek esetén a Biztosító a jelen Feltételek alapján ugyanazon Biztosított esetében a választott szolgáltatási csomag szerinti biztosítási összegnek megfelelő szolgáltatást 12 hónapon belül legfeljebb egyszer nyújtja.**
 - g) **Speciális műtétek esetén a Biztosító a jelen Feltételek alapján ugyanazon Biztosított esetében a választott szolgáltatási csomag szerinti biztosítási összegnek megfelelő szolgáltatást 12 hónapon belül legfeljebb egyszer nyújtja.**
- 5) A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás lineáris térítéssel esetén a Biztosító szolgáltatása:
 - a) **A Biztosító kizárólag maradandó egészségkárosodás (5.3. pont b) bekezdés c) alpont) bekövetkezése esetén teljesít szolgáltatást.**

- b) **A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapításakor a jelen kockázat vonatkozásában a választott biztosítási szolgáltatási csomaghoz tartozó a baleset időpontjában érvényes biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalékát nyújtja szolgáltatásként, figyelemmel a jelen feltételek 5.4 pont 5) bekezdés h) pontjára is.**
- c) **A szolgáltatás alapjául szolgáló maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa a jelen Feltételek elválaszthatatlan részét képező „A” mellékletében található táblázat alapján állapítja meg.**
- d) **Ha az egészségkárosodás mértéke a 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 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.**

- e) **Egy biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás mértéke nem lehet nagyobb 100%-nál.**
- f) **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.**
- g) **Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.**
- h) **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.**
- i) **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 5.4 pont 5) bekezdés b. alpontja szerinti szolgáltatást teljesíti azzal, hogy a fentebb említett biztosítási eseménnyel összefüggésben történt korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesítendő szolgáltatás összegéből levonja.**
- j) **A fogtörés semmilyen okból sem minősül baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásnak.**

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

6) Baleseti kórházi napi térítés esetén a Biztosító szolgáltatása:

- a) A biztosító a baleset napjától számított két éven belül, a baleseti következmények elhárítása miatt **szükségessé vált kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra (jelen Feltételek 5.3. pont g) bekezdés 2) alpontja) nyújt szolgáltatást.**
- b) **A szolgáltatás összege** a kórházi fekvőbeteg-ellátás tartama alatt, az ellátási napokon az 5.4 pont 1). bekezdésben **a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában a Biztosított/Családi csomag esetén Biztosítottakra a baleset időpontjában érvényes szolgáltatási csomagba tartozó biztosítási összegnek és a kórházi ellátási napok számának a szorzata.**

Amennyiben a biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **balesete miatt a biztosított jogviszony megszűnését követően részesül** kórházi fekvőbeteg-ellátásban, akkor a térítés mértékének megállapításánál az 5.4 pont 1). bekezdésben **a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában a Biztosított/Családi csomag esetén Biztosítottakra a baleset időpontjában érvényes szolgáltatási csomagba tartozó biztosítási összeget** kell figyelembe venni.

- c) Amennyiben a Biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátása az adott kórház intenzív ellátást biztosító osztályán történik, az intenzív osztályon történő ellátás napjaira a biztosító a jelen Feltétel 5.4 pont 6) bekezdés b.) alpontja szerint megállapított biztosítási összeg **200%-** át téríti meg.

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

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

7) Baleseti műtéti térítés (egyösszegű) esetén a Biztosító szolgáltatása:

- a) A Biztosító a Biztosított balesete esetén a **baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.**
- b) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a választott szolgáltatási csomagnak a baleset időpontjában érvényes, jelen kockázatra vonatkozó biztosítási összegét téríti meg.
- c) A Biztosító ugyanazon biztosítási eseményből kifolyólag szükséges műtétekre, továbbá amennyiben egy napon több műtétet végeznek vagy egyetlen műtéti beavatkozás során több sebészeti eljárás szükséges, a jelen kockázat vonatkozásában a választott biztosítási csomag szerinti, a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összegnek megfelelő szolgáltatást legfeljebb egyszer nyújtja.
- d) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan műtétekre, amelyet nem a Biztosított egészségének megőrzésére, betegségének gyógyítására, illetve következményeinek mérséklésére irányuló szándékkal végeztek, így különösen az esztétikai, illetve kozmetikai beavatkozásokra.
- e) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a jelen Feltételek 6.2 pont 8) bekezdésében meghatározott műtétekkel ok-okozati összefüggésben álló eseményekre.

8) Baleseti költségtérítés esetén a Biztosító szolgáltatása:

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén jelen kockázat vonatkozásában a választott biztosítási szolgáltatási csomaghoz tartozó a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg erejéig megtéríti a jelen Feltételek 5.3. pont i) bekezdés 1)-6). alpontjában meghatározott baleseti költségeket, amennyiben azok a baleset napjától számított 1 (egy) éven belül merülnek fel, és más módon nem térülnek meg.

A biztosító egy balesetből eredően legfeljebb a biztosítási esemény időpontjában a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeg 50%-áig téríti meg a biztosítottnak a balesettel kapcsolatosan a jelen Feltételek 5.3. pont i) bekezdés 7). alpontja szerint felmerült költségeit, amennyiben azok a baleset napjától számított 1 (egy) éven belül merülnek fel, és más módon nem térülnek meg.

A biztosító szolgáltatása ugyanazon biztosítási eseményből kifolyólag maximum 100%.

9) Égési sérülés (egyösszegű) esetén a Biztosító szolgáltatása:

Égési sérülés esetén a Biztosító az égési sérülés biztosítási esemény bekövetkezésekor a választott szolgáltatási csomag szerinti, a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő mértéke alapján meghatározott összegét téríti meg.

A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százaléka:

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka		Testfelület	
Mélység		10–19%	20–100%
I. fokú		-	-
II. fokú		-	100%
III - IV. fokú		100%	100%

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.

Ha a biztosított igazoltan közvetlenül az égési sérülések következtében hal meg, a biztosító a Kedvezményezett részére az égési sérülés súlyosságától függetlenül a biztosítási összeg 100%-át téríti.

A biztosító szolgáltatása ugyanazon biztosítási eseményből kifolyólag maximum 100%.

10) Baleseti kórházi térítés (egyösszegű) esetén a Biztosító szolgáltatása:

A Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért balesetből eredő, azonos diagnózis miatt folyamatos, 3 napot meghaladó kórházi ápolása esetén a választott szolgáltatási csomag szerinti, a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére a Jelen Feltételben foglaltak szerint.

A kórházban töltött első 3 napra a Biztosító nem teljesít szolgáltatást (önrész). A Biztosító szolgáltatása a Biztosított kórházban töltött 4. napjától válik esedékessé. Az önrész kórházi tartózkodásonként külön-külön kell figyelembe venni.

A Biztosító a Biztosított ugyanazon biztosítási eseményből kifolyólag szükséges kórházi ápolása esetén a jelen kockázat vonatkozásában választott biztosítási csomag szerinti biztosítási összegnek megfelelő szolgáltatást legfeljebb egyszer nyújtja.

A Biztosító a baleseti kórházi térítés kockázatra a kockázatviselés tartama alatt legfeljebb 2 alkalommal nyújt szolgáltatást a Kedvezményezett részére. Az ismételten bekövetkező biztosítási eseményt új biztosítási eseményként kell elbírálni.

5.5 A szolgáltatás korlátozása

Adott Biztosított a jelen Feltételek alapján legfeljebb egy biztosítási jogviszonnyal, és azon belül egy biztosítási csomaggal rendelkezhet a Biztosítónál.

5.6. A biztosítási esemény és a szolgáltatási igény bejelentésének határideje

- 1) A biztosítási eseményt és a szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított **15 napon (agyi érktasztrófa esetén 45 napon belül, dialíziskezelés esetén 75 napon belül)** kell bejelenteni a **Biztosítónál** azzal, hogy a jelen pontban írt határidő nem jogvesztő. A szolgáltatási igény elbírálásához a szükséges felvilágosításokat közvetlenül a Biztosítónak kell megadni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.
- 2) **Amennyiben a jelen pont 1) bekezdésében foglaltakat a Biztosított, illetve a szolgáltatási igény érvényesítője nem tartja be, a Biztosító által a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából szükségesnek ítélt felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a Biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**

5.7 A Biztosító teljesítésének ideje

- 1) A Biztosító szolgáltatása – a biztosítási igény jogalapjának fennállása esetén - a hozzá bejelentett szolgáltatási igény elbírálásához nélkülözhetetlen utolsó okirat kézhezvételét követő 15. napon esedékes; nélkülözhetetlenek azok az okiratok, amelyek a biztosítási szolgáltatási kötelezettség fennállását és annak összegét alátámasztják, továbbá haláleset kapcsán történő kifizetés esetén a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény alapján kötelezően teljesítendő ügyféltájékoztatással kapcsolatos dokumentumok.
 - 2) A Biztosító iratbeszerzés esetén a szolgáltatási igényről legkésőbb az igény beérkezését követő 120. napig köteles dönteni és döntéséről a Biztosítottat, illetve a szolgáltatási igény érvényesítőjét tájékoztatni.
 - 3) Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére nem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.
 - 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.
- A személyes orvosi vizsgálat költségeit a biztosító viseli. A biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a biztosított viseli.
- 5) Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás lineáris térítéssel esetén a **Biztosító** elismert jogalap esetén **az alábbi határidőkön belül teljesít:**

- a) az orvosi szempontból **egyértelműen tisztázott maradandó egészségkárosodás alapján** megállapított szolgáltatást a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához nélkülözhetetlen **utolsó irat** beérkezését **követő 15 napon belül,**
- b) egyéb esetekben a maradandó egészségkárosodás orvosi szempontból **véglegessé válása utánkövetően** a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához nélkülözhetetlen **utolsó irat** beérkezését **követően 15 napon belül, illetőleg legkésőbb a balesetet követő 4 év letelte után 15 napon belül.**

5.8 A teljesítéshez szükséges dokumentumok

A biztosító az alábbi iratok benyújtását kéri ha ez a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerőségének megállapításához szükséges:

- 1) biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,
- 2) továbbá a következő iratok másolatát:
 - halál esetén
 - a halottvizsgálati bizonyítvány hozzátartozói példányának másolata, halotti epikrízis;
 - a Biztosított halotti anyakönyvi kivonata;
 - boncolási jegyzőkönyv, ha ilyen készült;
 - a Biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok (kezelőorvosi igazolás, zárójelentések, ambuláns lapok)
 - Továbbá balesettel kapcsolatos bármely biztosítási eseménnyel összefüggésben:
 - a baleseti / munkahelyi baleseti / rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült;
 - véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült;
 - közlekedési baleset esetén továbbá
 - a rendőrségi jegyzőkönyv;
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a jármű forgalmi engedélye;
 - a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok (kezelőorvosi igazolás, zárójelentések, ambuláns lapok, stb.)
 - a balesettel/annak következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények;
 - a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum, de különösen az első orvosi orvosi ellátás dokumentumai.
 - A Biztosító kérheti a Biztosított állapotleírását tartalmazó Kezelőorvosi állapotleírás című nyomtatvány kitöltését is.
 - 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén:
 - a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozata és a határozat mellékletei - így különösen az **Orvosszakértői intézet szakvéleménye**;
 - a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a biztosítási esemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével, a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával és lefolyásával.
 - Baleseti eredetű kórházi napi térítés esetén:
 - kórházi zárójelentés;
 - intenzív osztály zárójelentése – amennyiben történt ilyen ellátás;
 - Csonttörés csontrepedés esetén:
 - a a csonttörést, illetve csontrepedést igazoló röntgenlelet vagy orvosi dokumentum, fogtörés esetén a fogtörést igazoló röntgenfelvétel és lelet.
 - A 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás, baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás lineáris térítéssel, csonttörés, csontrepedés, baleseti kórházi napi térítés, kiemelt kockázatú betegségek, baleseti műtéti térítés (egyösszegű), baleseti költségtérítés, speciális balesetek, égési sérülés (egyösszegű), fertőző betegségek, speciális műtétek, baleseti kórházi térítés (egyösszegű) 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 A biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételül orvosi vizsgálatot írhat elő – ennek előírása esetén a biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.
 - kiemelt kockázatú betegségek esetén:
 - kórházi zárójelentés,
 - ha műtét is történt, akkor műtéti leírás, amennyiben ilyen készült.

Továbbá az alábbiakban meghatározott dokumentumokat:

- **szívizomelhalás** esetén a) friss szívizomelhalásra utaló EKG elváltozás dokumentumát (jelen Feltételek szempontjából csak azok a szívizomelhalások tekinthetők a kockázatviselési körbe tartozónak, melyeknél a koszorúér-elzáródással okozati összefüggésben a hagyományos – 12 elvezetéses – EKG felvétel bármelyik elvezetésében kóros, korábban nem észlelt Q hullám – szélessége meghaladja a 40 ms-ot, amplitúdója az R hullám amplitúdójának 25%-át) és b) az úgynevezett szívizomspecifikus enzimszintek kórjelző mértékű emelkedését tartalmazó orvosi dokumentumot – bármelyik intracelluláris enzim (CPK, CKMB, SGOT, LDH, alfa-HBDH) szintjének szignifikáns, jól dokumentált emelkedése ezen feltétel megvalósulásaként értékelendő.
- **rosszindulatú daganat** esetén a pozitív (a sejtek rosszindulatú elfajulására és a folyamat invazív terjedésére utaló) szövettani vizsgálati lelet másolatát.
- **agyi érkatasztrófa** esetén a hiteles dokumentummal igazolható érkatasztrófa után 30 nappal is fennálló, az érkatasztrófával okozati összefüggésben álló szervi központi idegrendszeri károsodást jelző tüneteket igazoló egészségügyi dokumentumok másolatát.
- **krónikus veseelégtelenség** esetén a legalább 60 nap óta tartó rendszeres művesekezelést igazoló – a dialízist végző egészségügyi intézmény által kiállított – egészségügyi dokumentumok másolatát.
- **szívkoszorúér-műtét esetén** a műtét megtörténtét igazoló zárójelentés másolatát.
- **szervátültetés esetén** a műtéti beavatkozás megtörténtét igazoló egészségügyi dokumentum másolatát.
- **AIDS** esetén a) legalább két mérési eredmény, amely igazolja, hogy a CD4+ sejt szám a kritikus érték alatt marad és b) az ehhez járó opportunista fertőzést igazoló dokumentum.
- **Szívbillentyű műtét esetén** a) kardiológiai betegség teljes dokumentációja, b) a nyitott mellkasi műtét zárójelentése, c) a műtétet legalább 30 nappal követő kardiológiai kontrollvizsgálat eredménye.
- **Nyitott mellkasi aorta és/vagy hasi aorta műtét esetén** a műtétet vezető betegséggel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum.
- **Haemofilia esetén** a betegséggel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum, beleértve a faktorpótlásra vonatkozó dokumentációt is.
- **Colitis ulcerosa esetén** a) betegséggel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum b) műtét zárójelentése műtéti leírással.
- **Crohn betegség esetén** a) a betegséggel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum b) műtét zárójelentése műtéti leírással.
- **Hallás elvesztése esetén** a) a halláselvesztéssel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum, b) a biztosítási eseményt alátámasztó audiogrammok.
- **Látás elvesztése esetén** a) a látásromlás kezdetétől a szolgáltatási igény benyújtásáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum, b) az Orvosszakértői Intézet szakvéleménye.
- Baleseti/Speciális műtét esetén:
 - műtéti leírás,
 - kórházi zárójelentés, ambuláns lap.
- Baleseti költségtérítés esetén:
 - kifizetéseket igazoló a biztosított nevére szóló eredeti számlák (a biztosító nyugtát nem fogad el), a hozzájuk kapcsolódó egészségügyi dokumentummal (ambuláns lap stb.)
 - szállítási költség esetén (saját személyautóval) a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- Speciális balesetek esetén:

- A balesettel kapcsolatos bármely biztosítási eseménnyel összefüggésben benyújtandó dokumentumokon túl:
- **szúrt, vágott sérülés esetén** ín és/vagy idegsérülés esetén az elvégzett sebészeti beavatkozás dokumentációjának másolata,
- **a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás** esetén a szerológiai vizsgálat eredményének másolata, **kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór** esetén a szerológiai vizsgálat eredménye, valamint a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum is.
- Égési sérülés esetén:
 - a kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap másolata, amennyiben az égési sérülés következményeként a biztosított kórházi fekvőbeteg gyógykezelésben, illetve járóbeteg-ellátásban részesült,
- Fertőző betegségek esetén:
 - **rotavírus fertőzés** esetén a szerológiai vizsgálat eredménye
 - **szalmonella fertőzés** esetén a **szalmonella fertőzést** igazoló széklet tenyésztés eredménye,
 - fertőzés következtében kialakuló **agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás** esetén a szerológiai vizsgálat eredménye.
- A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához **jogosult bekérni** az alábbi dokumentumok másolatát is, amennyiben azok a szolgáltatási igény jogalapjának fennállásának bizonyításához és/vagy az igény összezszerőségének megállapításához szükségesek.
 - **kezelőorvos, házi orvos nyilatkozatait** a biztosítási esemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismeretének pontos időpontjával;
 - külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okiratnak, valamint bármilyen szolgáltatási igény tárgyában a Biztosító teljesítéséhez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített **magyar nyelvű hiteles fordítása**;
 - A biztosított vagy a kedvezményezett jogosult a szolgáltatási igényét egyéb okmányokkal, dokumentumokkal is igazolni a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. Így például jogosult arra is, hogy a büntetőeljárásban és a szabálysértési eljárásban hozott jogerős határozatot is benyújtsa a biztosítónak;
 - 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 balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények);
 - 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;
 - 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;
 - 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);
 - a Biztosított születésének időpontját igazoló hivatalos dokumentum;
 - a kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat másolatát (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,

- házastársi viszony, illetve mostohagyermek esetén a házassági anyakönyvi kivonat,
- élettársi viszony esetén a legalább egy éves együttélést igazoló, két tanú által aláírt nyilatkozat,
- gyermek Biztosított esetén születési anyakönyvi kivonat,
- örökbefogadott gyermek esetén az örökbefogadásról szóló határozat,
- nevelt gyermek esetén nevelőszülői minőséget igazoló okirat.

A Biztosító kérheti a fenti 5.8. pontban felsorolt dokumentumok eredeti példányának bemutatását és bármely a Biztosított, illetve a szolgáltatási igény érvényesítője által megválasztott adathordozón történő benyújtását.

A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához – a szolgáltatási igény Biztosítóhoz való beérkezését követő 15 napon belül indított megkeresése alapján – egyéb iratokat is beszerezhet, melyről a Biztosítottat, illetve a szolgáltatási igény érvényesítőjét tájékoztatja.

6. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatkezelésből kizárt események

6.1 A Biztosító mentesülése

- 1) Ha a Biztosított a jelen Feltételek 3. pontjában szabályozott közlési- és változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:
 - a) a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítotti jogviszony kezdetekor ismerte;
 - b) a Biztosított a közlési és változásbejelentési kötelezettségét megsértette, de az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítotti jogviszony fennállása alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a Biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a jelen Feltételek 3. pontjában szabályozott szerződésmódosítási illetve szerződés megszüntetési lehetőségével;
 - c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
- 2) A Biztosító mentesül a haláleseti szolgáltatás teljesítése alól, ha
 - a) a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal ok-okozati összefüggésben vesztette életét;
 - b) a biztosítási esemény ok-okozati összefüggésben áll a Biztosított két éven belül bekövetkező öngyilkosságával, még akkor is, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be. A két évet az adott Biztosított biztosítotti jogviszonyának létrejöttének időpontjától kell számítani;
 - c) a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.
- 3) A Biztosító – a haláleseti kockázat kivételével - mentesül a szolgáltatás teljesítése alól ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Biztosított, illetve a vele közös háztartásban élő hozzátartozója, vagy Vállalkozáshoz kapcsolódó Biztosított esetén a Vállalkozás üzletvezetésére jogosult tagja vagy a Vállalkozás alkalmazottja, tagja vagy megbízottja okozta.
- 4) A Biztosító mentesül a baleseti halál szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.
- 5) 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 (kárenyhítési kötelezettség). Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az öt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá. A Biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. Ha a Biztosított a kármegelőzési illetve kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

6.2 A kockázatviselésből kizárt események

1) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:

- a) kóros elmeállapot;
- b) ionizáló sugárzás;
- c) nukleáris energia;
- d) HIV-fertőzés;
- e) 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.

Jelen Feltételek 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.

2) A Biztosító kockázatviselése a jelen Feltételek 6.2. pont (1) bekezdés e) alpontjában 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 eseményein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek abban az esetben, ha a Biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.

3) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel részben vagy egészben ok-okozati összefüggésben álló eseményekre:

- a) a Biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, illetve veleszületett rendellenessége, szerzett fogyatékosága, amely a Biztosító rá vonatkozó 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 maradandó egészségkárosodása.

Jelen bekezdés vonatkozásában veleszületett rendellenességnek, illetve szerzett fogyatékoságnak minősül a testi és/vagy a szellemi épség bármely fokú hiánya.

4) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel részben vagy egészben ok-okozati összefüggésben álló eseményekre:

- a) a lelki működés zavaraira és/vagy pszichiátriai megbetegedésekre;
- b) a Biztosított által magának szándékosan okozott testi sérülésekre, akkor is, ha azt a Biztosított zavart tudatállapotában követte el.

5) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett eseményre, ha

- a) az esemény a Biztosított rendszeres alkohol-fogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták;
- b) a Biztosított az esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt. Ha történt véralkohol vizsgálat, a jelen pont szempontjából alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció;
- c) a Biztosított olyan gépjárművet vezetett, amely nem rendelkezett érvényes forgalmi engedéllyel, vagy amelynek vezetéséhez nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett;
- d) a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában alkohol fogyasztása ellenére vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.

6) A Biztosító kockázatviselése a 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás és a kiemelt kockázatú betegségek vonatkozásában nem terjed ki

- a) a terhességre és a szülésre, ha a fogamzás a Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselését megelőzően történt. A Biztosító úgy tekint, hogy a fogamzás a kockázatviselést megelőzően történt, ha a Biztosító kockázatviselése és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kiskönyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 285 nap szerepel.
- b) a művi terhesség-megszakítás eseteire, kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások, megfelelő diagnosztikai vizsgálattal alátámasztott fejlődési rendellenesség a magzatnál, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit;
- c) azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben: mesterséges megtermékenyítés (annak bármely formája); kizárólag a meddőség megszüntetése miatti eseményekre; olyan meddőségi kezelési eljárásokkal kapcsolatos eseményekre, amelyek célja a nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások, a sterilizáció; nemi jelleg megváltoztatása; esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei; fogpótlás;

Amennyiben a Biztosítottnál a fenti a), b), c) alpontokban felsorolt események következményeként életmentő beavatkozás szükséges, akkor a Biztosító az orvosi beavatkozást igénylő állapot miatti eseményekre kiterjed.

- d) azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
 - d1) 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
 - d2) krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, 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;
 - d3) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

7) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek részben vagy egészben ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított jelen bekezdésben meghatározott sporttevékenységével.

- a) Autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, go-kart sport, quad, auto-crash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.
- b) Privát-/sportrepülés/repülősportok: pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés.
- c) Egyéb sportok: bűvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf, hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, bázisugrás, bungee jumping (mélybe ugrás).

(8) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek részben vagy egészben ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított jelen bekezdésben meghatározott műtétjével.

- a) lézeres látásjavító szaruhártya műtétek,
- b) érkatéterezés diagnosztikus célból,
- c) bőr és nyálkahártya és azok alatti szövetek sérülésének (pl. varrat, idegentest eltávolítás) ellátása,

- d) bőr, nyálkahártya és azok alatti kötőszövet elváltozásainak műtéti eltávolítása (pl. anyajegy, szemölcs, lipoma),
- e) nyitott testüregekből (pl. tápcsatorna, orr, légcső, hörgő, húgyhólyag, hüvely) és szemből idegtestet eltávolítás,
- f) endoszkópos beavatkozások (pl. otoscopya, rhinoscopya, bronchoscopya, gastroscopya, colonoscopya, cystoscopya, ureteroscopya, colposcopya, hysteroscopya, stb) diagnosztikus célból, szövettani mintavétellel vagy anélkül,
- g) arthroscopya diagnosztikus célból,
- h) fogászati beavatkozások,
- i) esztétikai beavatkozások, műtétek,
- j) meddőség, terhesség, szülés miatti beavatkozások, műtétek,
- k) percutan szövettani mintavétel, punctio, drain az agy kivételével bármely szervből.

7. A panaszok bejelentése – panasz fórum

A Biztosítási szerződéssel és az adott Biztosítottak biztosítotti jogviszonyával kapcsolatban felmerült panaszokat „A Generali Biztosító Zrt. Ügyféltájékoztatója és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” elnevezésű dokumentumban rögzítettek szerint a Biztosítónál lehet bejelenteni.

8. Egyéb rendelkezések

8.1. Irányadó jog és jogvita esetén alkalmazandó eljárás

- 1) A Biztosító, a Szerződő és a Biztosítottak jogviszonyára a magyar jog rendelkezései, a jelen Feltételek, „A Generali Biztosító Zrt. Ügyféltájékoztatója és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” elnevezésű dokumentum, az ezekben nem szabályozott kérdésekben pedig a Polgári Törvénykönyv, valamint a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény, valamint egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadóak.
- 2) A Biztosító, a Szerződő és a Biztosított kapcsolattartása, valamint a Szerződő és a Biztosítottak, tájékoztatása magyar nyelven történik.

9. Elévülés

A Biztosítási szerződés, illetőleg a biztosítotti jogviszony alapján érvényesíthető igények elévülési ideje két év.

10. Jelen Feltételek Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő rendelkezései

10.1 A Biztosított belépése a Biztosítási szerződésbe

A Ptk. 6:442.§ (3) bekezdése alapján a Biztosított a Szerződő helyébe nem léphet a Biztosítási szerződésben.

10.2. A Biztosítási szerződés létrejötte, módosítása és megszűnése

- a) Jelen Feltételek 2.2. pont 1) bekezdése értelmében – eltérően a Ptk. 6:443. § (1) bekezdésétől – a Biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre.
- b) Jelen Feltételek 2.2. pont 2) bekezdése alapján – eltérően a Ptk. 6:475. §-tól – a Biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához és megszüntetéséhez a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.
- c) Jelen Feltételek 2.5. pont 4) bekezdése alapján – eltérően a Ptk. 6:483. § szakaszától és a Ptk. 6:490. § szakaszától – a Biztosító a Biztosítási szerződést rendes felmondással megszüntetheti.

10.3. A biztosítotti jogviszony kezdete (a Biztosítási szerződés hatályának kiterjesztése)

Jelen Feltételek 2.2. és 2.4. pontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:444.§-ában foglalt, a fogyasztói biztosítási szerződésekre irányadó szabályoktól – a biztosítotti jogviszony a Biztosító ráutaló magatartásával (hallgatólagosan) nem jön létre.

10.4. Közlési és változásbejelentési kötelezettség

Jelen Feltételek 3. pont alapján - eltérően a Ptk. 6:446.§ (3) bekezdésétől és a 6:482. § (1) és (2) bekezdésétől - a Biztosító a közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait a Biztosítási szerződés tartama alatt korlátlanul gyakorolhatja

Jelen Feltételek 3. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:446.§ (2) bekezdésétől – ha a Szerződő/Biztosított a Biztosító módosító javaslatára annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a Biztosítási szerződés (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) a módosító javaslatban foglaltak szerint módosul a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon, feltéve, hogy a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő/Biztosított figyelmét felhívta.

10.5. A kockázatviselés kezdete és megszűnése

Jelen Feltételek 2.5. pont 3) bekezdés b) alpontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:449.§ (1) bekezdésétől – az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya a biztosítási szolgáltatási díj 60 napos késedelme esetén, a 60. késedelmes napon 0 órakor, a Biztosító vagy a Bank külön ezirányú felszólítása, illetve teljesítési póthatáridő tűzése nélkül is megszűnik. A 2.5. pont 3) bekezdés b) alpontjában foglaltak irányadók abban az esetben is, ha az esedékes biztosítási szolgáltatási díjat a Díjfizető csak részlegesen fizeti meg.

10.6. Elévülési idő

A jelen Feltételek 9. pontjában foglalt elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. A Biztosítási szerződésből eredő igények 2 év elteltével évülnek el.

„A” melléklet

Maradandó egészségkárosodás

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás lineáris térítéssel biztosítási kockázatra vonatkozó, a biztosítás feltételeiben hivatkozott táblázat 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 vállizülettől 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 ízlelőképesség teljes elvesztése	5%

„B” melléklet

A Biztosított/Családi csomag esetén a Főbiztosított az alábbi biztosítási szolgáltatási csomagok közül választhat.

Egyéni csomagok:

Kockázatok / Biztosítási szolgáltatási csomagok	Biztosítási szolgáltatási csomagokhoz tartozó Biztosítási összegek			
	Standard Biztosítás Egyéni csomag	Optimum Biztosítás Egyéni csomag	Optimum Plusz Biztosítás Egyéni csomag	Prémium Biztosítás Egyéni csomag
Baleseti halál	5 000 000	10 000 000	15 000 000	25 000 000
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás lineáris térítéssel	1 500 000	2 500 000	4 000 000	5 000 000
Halál	2 500 000	3 500 000	5 000 000	8 500 000
69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás	2 500 000	3 000 000	4 000 000	5 000 000
Kiemelt kockázatú betegségek	-	500 000	750 000	2 500 000
Csonttörés, csontrepedés	-	-	20 000	50 000
Baleseti kórházi napi térítés	-	-	-	10 000

Családi csomagok:

Kockázatok / Biztosítási szolgáltatási csomagok	Biztosítási szolgáltatási csomagokhoz tartozó Biztosítási összegek			
	Standard Biztosítás Családi csomag	Optimum Biztosítás Családi csomag	Optimum Plusz Biztosítás Családi csomag	Prémium Biztosítás Családi csomag
Baleseti halál	5 000 000	10 000 000	15 000 000	25 000 000
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás lineáris térítéssel	1 500 000	2 500 000	4 000 000	5 000 000
Halál	2 500 000	3 500 000	5 000 000	8 500 000
69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás	2 500 000	3 000 000	4 000 000	5 000 000
Kiemelt kockázatú betegségek	-	500 000	750 000	2 500 000
Csonttörés, csontrepedés	-	-	20 000	50 000
Baleseti kórházi napi térítés	-	-	-	10 000
Családi csomagok - Gyermek fedezetei/Biztosítási összegek				
Kockázatok / Biztosítási szolgáltatási csomagok	Standard Biztosítás Családi csomag	Optimum Biztosítás Családi csomag	Optimum Plusz Biztosítás Családi csomag	Prémium Biztosítás Családi csomag
Kiemelt kockázatú betegségek	1 000 000	1 500 000	2 000 000	2 500 000
Baleseti költségtérítés	300 000	500 000	750 000	1 500 000
Baleseti műtéti térítés (egyösszegű)	100 000	250 000	550 000	1 350 000
Égési sérülés (egyösszegű)	100 000	250 000	550 000	1 350 000
Speciális balesetek	50 000	65 000	75 000	150 000
Fertőző betegségek	30 000	40 000	50 000	65 000
Speciális műtétek	30 000	40 000	50 000	65 000
Csonttörés, csontrepedés	20 000	30 000	40 000	50 000

Senior csomagok:

Kockázatok / Biztosítási szolgáltatási csomagok	Biztosítási szolgáltatási csomagokhoz tartozó Biztosítási összegek	
	Senior Baleseti csomag	Senior Teljes csomag
Halál	-	750 000 Ft
Csonttörlés, csontrepedés	150 000 Ft	100 000 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás lineáris térítéssel	2 500 000 Ft	2 000 000 Ft
Baleseti halál	2 500 000 Ft	2 000 000 Ft
Baleseti kórházi térítés - egyösszegű (3 napot meghaladó kórházi tartózkodás)	400 000 Ft	150 000 Ft
Baleseti műtéti térítés (egyösszegű)	400 000 Ft	150 000 Ft