



APRIL TÁPPÉNZ BIZTOSÍTÁS

ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ, ÁLTALÁNOS ÉS KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK

A jelen **TAPASZF121101** sz. Ügyféléltájékoztató és Általános Szerződési Feltételek (a továbbiakban: **Szerződési feltételek**) az APRIL Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételekre vonatkoznak.

ACE EUROPEAN GROUP LIMITED biztosító társaság (székhelye: The ACE Building, 100 Leadenhall Street, London EC3A 3BP, Egyesült Királyság, nyilvántartó cégbeírás neve: Companies House, cégjegyzékszám: 1112892) ("ACE") melynek képviselőjét Magyarországon az ACE European Group Limited Magyarországi Fióktelepe látja el (a továbbiakban: Biztosító) (székhely: 1016 Budapest, Hegyalja út 7-13.; cégjegyzékszám: Cg. 01-17-000467; nyilvántartja a Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság; képviselőre jogosult: Dudás Péter; telefonszáma: (06 1) 487-4087, levelezési címe: 1016 Budapest Hegyalja út 7-13.), amely a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete („PSZÁF”) által regisztrált biztosítói fióktelep

Az ACE European Group Limited biztosítási tevékenységét a Pénzügyi Szolgáltatások Felügyelete (25 THE NORTH COLONNADE CANARY WHARF LONDON E14 5HS) vagy a helyébe lépő illetékes hatóság engedélyével és felügyelete mellett folytatja, és biztosítási szolgáltatásait Magyarországon a ACE European Group Limited Magyarországi Fióktelepén keresztül nyújtja.

Az ACE European Group Limited (a továbbiakban: Biztosító) a jelen Szerződési feltételek alapján arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási díj megfizetése ellenében a jelen Általános és Különös Szerződési Feltételekben (a továbbiakban: Szerződési Feltételek) meghatározott Biztosítási Események bekövetkezése esetén biztosítási szolgáltatást nyújt a Biztosítási Kötvényben megnevezett Biztosított(ak) vagy Kedvezményezett(ek) számára a meghatározott Biztosítási Összegek erejéig.

1. MEGHATÁROZÁSOK

SZOLGÁLTATÁSI TÁBLA: A jelen Általános Szerződési Feltételekben és Ügyféléltájékoztatóban szereplő táblázat, mely tartalmazza a biztosítási kockázatokat, Biztosítási Összegeket és Kiegészítő szolgáltatásokat.

AJÁNLAT: A Szerződő és a Biztosított(ak) által aláírt, és az Ügyintéző részére visszaküldött jognyilatkozat, amely igazolja, hogy a Szerződő kezdeményezi a Biztosítási Szerződés létrejöttét.

Az Ajánlat megérkezését majd a Biztosító általi kockázatelbírálást követően Ügyintéző papíralapú Kötvényt állít ki, amely igazolja a jelen Általános Szerződési Feltételek szerint létrejött Biztosítási Szerződés érvényességét.

AKUT BETEGSÉG: Olyan váratlan, előzmény nélkül fellépő betegség, kór, vagy sérülés, amely várhatóan gyorsan reagál arra a kezelésre, amelynek célja a betegséget, kórt vagy sérülést közvetlenül megelőző egészségügyi állapot visszaállítása vagy a teljes gyógyulás elérése.

BALESET: Az a hirtelen fellépő, váratlan, 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.

Nem minősül Balesetnek:

- A csontok patológiás törései, a sokszor ismétlődő (habituális) ficam,
- A porckorongsérv kialakulása, kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- A hasi sérv kialakulása, kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- Az ízületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása, kivéve, ha a károsodás az egyébként ép ízületet kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY: A kockázatviselés ideje alatt, az esetleges Várakozási Időt követően a Biztosító részéről a Kedvezményezett felé fennálló fizetési kötelezettségét kiváltó, a Külön Szerződési feltételekben meghatározott alábbi események egyike.

- KERESŐKÉPTELENSÉG
- BALESETI HALÁL
- BALESETBŐL SZÁRMAZÓ ROKKANTSÁG

BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG: A Biztosítási Esemény bekövetkeztekor érvényben lévő biztosítási Kötvényben Biztosítási Eseményenként meghatározott szolgáltatási összeg.

BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS: A Szerződő és a Biztosító között létrejött biztosítási jogviszony, amely az Ajánlat Ügyintézőhöz való beérkezésére visszamenő hatállyal jön létre.

DIAGNÓZIS: Egy egészségügyi állapot Szakorvos általi egyértelmű felfedezése és azonosítása, a tüneteknek megfelelő diagnosztikai módszerek, (pl. röntgen, vérvétel stb.) alkalmazásával.

HAVI JÖVEDELEM: A Biztosított az Ajánlat aláírását közvetlenül megelőző és az alábbiak szerint számított (amennyiben nem áll még rendelkezésre, legfeljebb egy hónappal korábban kiállított) havi átlagjövedelme:

- a) Munkavállalók vagy közalkalmazottak illetve köztisztviselők esetén hivatalos jövedelemigazolással vagy bérfizetési jegyzékkel igazolt, az ajánlattétel napját megelőző három hónapban elért **nettó** (minden adó és járulék levonása utáni) ténylegesen kifizetett jövedelmének havi átlaga. A választható havi Biztosítási Összeg ennek az átlagnak maximum a 70%-a lehet Keresőképtelenség fedezet esetében.

HAVI VÁLLALKOZÁSI KÖLTSÉGEK: Azon vállalkozók esetében, akik egyedüli tulajdonosok a vállalkozásukban, a következő 3 tétel egyikeként, vagy összegének a 100%-a (amennyiben léteznek), de maximum a kötvényen szereplő Biztosítási összeg:

- Vállalkozók esetén a hivatalos járuléki bevallással igazolt, az ajánlattétel napját megelőző három hónapban elért TB járulékalap átlaga 70%-a.
- **Bérleti díj:** A vállalkozás céljából használt iroda, rendelő, raktár vagy műhely az ajánlattétel napját közvetlenül megelőző hat hónap nettó bérleti díjának az átlaga, beleértve a hozzátartozó rezsi költséget.
- **Bérköltség:** Az alkalmazottak, az ajánlattétel napját közvetlenül megelőző, hat havi bruttó munkabérének átlaga szorozva 1.3-del.

JAVALLAT: Valamely Korábban Meglévő Betegsége vagy Állapotra, illetve valamely Kapcsolódó Egészségügyi Állapotra nézve Háziorvossal vagy Szakorvossal folytatott bármilyen konzultáció során kapott orvosi utasítás, beleértve recept felírását vagy ismételt felírását is.

KAPCSOLÓDÓ EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOT: Bármilyen olyan tünet, betegség vagy sérülés, amely ésszerű orvosi szakvélemény alapján egy másik tünehez, betegséghez vagy sérüléshez kapcsolódik.

KOMPLIKÁCIÓ: Olyan előre nem látható, váratlan esemény, amely az eredeti Műtét vagy a Biztosított egészségügyi állapota miatt, illetve amely a Kórházi felvétel után következik be.

KORÁBBAN MEGLEVŐ BETEGSÉGEK ÉS ÁLLAPOTOK: Azok az egészségügyi problémák, egészségkárosodás, műtét vagy állapot, amelyek az ajánlattétel időpontját megelőzően bizonyíthatóan fennálltak, és arról a Biztosított tudott vagy tudnia kellett. Tipikusan ide tartoznak azok az esetek, amelyekre nézve a Biztosított Diagnózist, Javallatot vagy kezelést kapott, továbbá azok a meglévő betegségek vagy állapotok is, amelyeknél a Biztosított már észlelte a tüneteket, tudatában volt azoknak a Szerződés hatályba lépése előtt, függetlenül attól, hogy az adott betegséget diagnosztizálták-e vagy sem. Ide tartoznak továbbá a maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek meglévő károsodásaiból, továbbá ezen szervek és testrészek korlátozott funkcionalitásából adódó betegségek vagy állapotok.

KÓRHÁZ: Kórháznak minősül az adott ország tisztiorvosi és szakmai felügyelete által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Magyarországon kórháznak minősülnek az illetékes minisztérium és az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által engedélyezett és nyilvántartott kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak, valamint a fegyveres testületek kórházai.

Jelen Szerződési feltételek szempontjából nem minősülnek Kórháznak a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek, a rehabilitációs központok és a szanatóriumok, valamint az idült, gyógyíthatatlan betegségekben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők, utógondozó szanatóriumok, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, valamint a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógy-, pszichiátriai- és gondozóintézetei és az egyébként Kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.

KÖTVÉNY: Az Ügyintéző által kiállított okmány, amely igazolja a Biztosítási Szerződés jelen Általános szerződési feltételek szerinti létrejöttét és érvényességét.

HOZZÁTARTOZÓ: a házastárs, a bejegyzett élettárs, az egyenes ágbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér, az élettárs, az egyenes ágbeli rokon házastársa, bejegyzett élettársa, jegyes, a házastárs és bejegyzett élettárs egyenes ágbeli rokona és testvére, valamint a testvér házastársa, bejegyzett élettársa.

MAXIMÁLIS SZOLGÁLTATÁS: A maximális Biztosítási Összeg egyszeri folyósítása a káreseményre, vagy a Biztosítási Összeg folyósításának maximális időtartama káreseményenként.

MUNKAVISZONY: egy határozatlan idejű, Magyarországon bejegyzett munkáltatóval fennálló, a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, legalább heti 30 órás munkavégzési kötelezettséggel járó következő jogviszony, továbbá: közszolgálati jogviszony, közalkalmazotti jogviszony, bírósági és igazságügyi, valamint ügyészégi szolgálati viszony, a Biztosított bedolgozó - és az 1994. június 1-jét megelőzően létesített - ezzel egy tekintet alá eső bedolgozó jogviszony, a

hivatásos nevelőszülői jogviszony, a szövetkezeti tag munkavégzésre irányuló Munkaviszony jellegű jogviszonya, fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjának szolgálati viszonya.

ÖNRÉSZESEDÉSI IDŐSZAK: A Biztosítási esemény bekövetkezését követő időszak, melyre a Biztosítónak nem áll fenn szolgáltatási kötelezettsége.

ORVOS: Bármely megfelelő szakmai képzettséggel rendelkező és nyilvántartásba vett orvos, ide nem értve a Szerződőt, a Biztosítottat vagy azok Közeli Hozzá tartozóját. Ezen belül:

HÁZIORVOS: Az a személy, aki a jogszabályban meghatározott háziorvosi szakképzettséggel és praxissal rendelkezik.

SAKORVOS: Az a személy, aki a jogszabályban meghatározott szakképzettséggel és engedéllyel rendelkezik az igény alapjául szolgáló baleseti sérülés vagy betegség szakellátásra, kórházi kezelésére, gyógyítására.

PORTÁL: Az Ügyintéző vagy online partnerei által működtetett az Internet közcélú hálózaton (www.april.hu , www.netrisk.hu , www.biztositas.hu stb.) Domain nevek alatt elérhető, biztosítási szerződések online megkötését lehetővé tevő biztosítási Portál, melyen keresztül a jelen Szerződési Feltételekre utalással a biztosítási szerződés megköthető.

VÁRAKOZÁSI IDŐ: Az Ajánlattételt követő időszak, amely alatt bekövetkező Biztosítási Esemény esetén a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.

A Várakozási Idő alatt bekövetkezett Biztosítási Eseménynek kell tekinteni azt is, amikor az egyes Biztosítási Eseménynek csak valamely eleme (pl. a Betegség diagnosztizálása vagy a Baleset bekövetkezése) következik be a Várakozási Idő alatt, még akkor is, ha a Biztosítási Esemény további elemei (pl. a Keresőképtelenség kezdete vagy a Műtét dátuma) csak a Várakozási Idő leteltét követően következnek be.

Várakozási Időszak alatt bekövetkezett Biztosítási Esemény esetén a Biztosító nem téríti vissza a biztosítási díjat, tekintettel arra, hogy a Biztosítási Esemény a Várakozási Idő elteltét követően is bekövetkezhet.

2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

2.1. Biztosító

Az ACE European Group Limited („ACE”) (székhelye: The ACE Building, 100 Leadenhall Street, London EC3A 3BP, Egyesült Királyság, nyilvántartó cégbíróság neve: Companies House, cégjegyzékszám: 1112892), amely a Magyar Köztársaság területén biztosítási tevékenységét az ACE European Group Limited Magyarországi Fióktelepén (1016 Budapest, Hegyalja út 7-13., cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság, mint Cégbíróság Cg. 01-17-000467; telefonszáma: (06 -1) 487-4087, levelezési címe: 1016 Budapest Hegyalja út 7-13.) keresztül fejti ki („Biztosító”). A Biztosító tevékenységét a Pénzügyi Szolgáltatások Felügyelete (25 THE NORTH COLONNADE CANARY WHARF LONDON E14 5HS) engedélyével és felügyelete mellett folytatja. A Biztosító a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a jelen Szerződési feltételekben és a Szolgáltatási táblázatban meghatározott szolgáltatás(ok) teljesítésére kötelezettséget vállal.

2.2. Ügyintéző

Az Ügyintéző az April CEE Development Kft (amelynek neve 2013. január 1-jétől APRIL Hungary Kft-re módosul) (1096 Budapest, Haller utca 2.), amely többes ügynöki minőségben a Biztosító megbízásából a Biztosítási Szerződést közvetíti és a Biztosító megbízásából közreműködik az Ajánlatok adminisztrálásában, a biztosítási díjak beszedésében, továbbá a károk regisztrálásában és rendezésében. Minden, az Ügyintézőnek küldött információt úgy kell tekinteni, mintha a Biztosító közvetlenül értesült volna róla.

2.3. Szerződő

A Szerződő az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, a Biztosítási Szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, aki felé a Biztosító vagy az Ügyintéző a Biztosítási Szerződéssel kapcsolatos valamennyi jognyilatkozatot teszi és aki a Biztosítási Díj fizetésére kötelezettséget vállal. Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, a Biztosítási Szerződés megkötéséhez és módosításához, illetve a Kedvezményezett jelöléshez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

2.4. Biztosított

A Biztosított az a természetes személy, akinek az életével, illetve egészségével, testi épségével kapcsolatos Biztosítási Eseményre a szerződés létrejön.

Biztosítottak lehetnek a Biztosítási Kötvényben Biztosítottként feltüntetett természetes személyek, akik az Ajánlat aláírásakor az alábbi feltételeknek együttesen eleget tesznek:

2.4.1. Általános Befogadási Feltételek:

- Állandó magyarországi lakóhellyel rendelkező Magyarországon tartózkodó személy.
- Akinek életkora az ajánlattétel napján (a pontos születési dátumtól számítva) meghaladja a 18. évet, de nem éri el az 55. évet.
- Nem nyugdíjas, nem rokkantnyugdíjas, illetve nem kap rokkantsággal összefüggésben járadékot.
- Nem keresőképtelen, nincs táppénzes állományban (betegállományban) betegségből vagy balesetből eredően.
- Az ajánlattételt megelőző 3 évben nem volt balesetből adódó betegállományban több mint egymást követő 60 napig, ill. nem volt betegségből adódó betegállományban több mint egymást követő 30 napig.
- Nincs munkaképesség-csökkenése és nem is nyújtott be munkaképesség-csökkenés megállapítására irányuló kérelmet.
- Vállalkozás esetében a Havi Vállalkozási Költségek definíciója alatt részletezett valamelyik tétel meglétét igazolja

2.4.2. Egészségi Befogadási Feltételek

- Nincs maradandó egészségkárosodása, ill. krónikus betegsége, amellyel kapcsolatban az ajánlattételt megelőző 12 hónapban több, mint egymást követő 30 napos gyógyszeres, gyógyászati vagy orvosi kezelést kapott, ill. orvosi felügyelet alatt volt.
- Kórházi fekvőbeteg gyógykezelését nem tervezik és erre vonatkozó orvosi javaslat sem áll fenn.
- Nem volt és jelenleg sem kábítószer-élvező, nem alkoholfüggő.
- Az ajánlattételt megelőző három hónapban nem végeztek rajta / nem jegyezték elő sebészeti beavatkozást vagy orvosi vizsgálatokat, nem részesült fekvőbeteg ellátásban sem kórházban sem egyéb egészségügyi intézményben.
- Nem részesült / részesül az alábbi okok miatt kezelésben/kontrollvizsgálatokban:
 - daganatos (rákos) megbetegedések.
 - szív, keringési, érrendszeri megbetegedések; stroke.
 - vérképző-, nyirok- és immunrendszeri megbetegedések; AIDS.
 - anyagcsere, emésztő rendszeri megbetegedések, cukorbetegség.
 - vese- vagy májkárosodás, veseelégtelenség, májgyulladás.
 - légzőszervi megbetegedések.
 - súlyos fertőző betegségek (például TBC, malária).
 - súlyos sérülések (például koponya-, agysérülés, bénulás, ízületi sérülések).

Amennyiben a Szerződő és a Biztosított különböző személy, a Biztosítási Szerződés megkötéséhez és módosításához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

Jelen Általános Szerződési Feltételekben meghatározott feltételeknek meg nem felelő személyekre kötött Biztosítási Szerződés semmis. A biztosíthatóságot a Biztosító a kárigény elbírálásakor ellenőrzi. Ha a Biztosító megállapítja, hogy az adott személy nem tesz eleget a jelen Általános Szerződési Feltételekben meghatározott feltételeknek, akkor a már befizetett biztosítási díjakat a Biztosító általános biztosítási költségtérítés jogcímén megtartja.

2.6. Kedvezményezett

A Kedvezményezett a jelen Szerződési feltételek szerinti biztosítási szolgáltatás jogosultja. Baleseti halál esetére a Biztosított teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt írásbeli nyilatkozattal bármikor Kedvezményezettet jelölhet meg, akinek a Biztosított halála esetén a Biztosító kifizeti a Biztosítási Összeget. Kedvezményezett megjelölésének hiányában a Biztosító a Biztosított halála esetén a Biztosított – akár végrendeleti, akár törvényes – örököseinek fizeti ki a baleseti halálra vonatkozó Biztosítási Összeget. A baleseti halálon kívüli biztosítási események esetén a Kedvezményezett a Biztosított maga.

Ha a Szerződő és a Biztosított különböző személy, a Kedvezményezett megnevezéséhez vagy új Kedvezményezett kijelöléséhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

3. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, , KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE, BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK, TARTAM, KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

3.1. A biztosítási szerződés létrejötte

A Biztosítási Szerződés megkötését a Szerződő kezdeményezi, melyet papíralapon Ajánlattal vagy elektronikus úton, adatainak online módon való közlésével tehet meg. Elektronikus megrendelés esetén is a Szerződő és a Biztosított(ak) kötelesek az elküldött Ajánlatot kinyomtatni és aláírni.

A Biztosítási Szerződés a felek írásbeli megállapodásával jön létre.

A Szerződő és a Biztosított/ak aláírásával ellátott Ajánlat Ügyintézőhöz való beérkezését követően az Ügyintéző kiállítja a papíralapú Kötvényt, majd eljuttatja azt a Szerződő címére. A Szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító a papíralapon átadott

Ajánlatra („Ajánlattétel”) 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az Ajánlatnak a Biztosító vagy Ügyintézője részére történt átadás időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.

A Biztosítási Szerződés azon a napon jön létre, amikor a Szerződő számára hozzáférhetővé válik az Ügyintéző által a Biztosító megbízásából és nevében kiállított Kötvény, mely a Szerződő Ajánlata Biztosító általi elfogadásának minősül.

A Biztosító minden esetben fenntartja a jogot az Ajánlat indoklás nélküli elutasítására.

3.2. Kockázatviselés kezdete

A Biztosító kockázatviselése – amely egyben a biztosítás technikai kezdete – főszabály szerint az Ajánlattételt követő nap 0 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítás díja az Ügyintéző számlájára legkésőbb a biztosítás kezdetétől számított 30. naptári napig beérkezett, kivéve azt az esetet, ha a Biztosító – közvetlenül vagy az Ügyintéző útján - az Ajánlat kézbesítésétől számított tizenöt (15) naptári napon belül közli a Biztosítóval szerződéskötési szándékának elutasítását.

Azon kockázatok esetén ugyanakkor, amelyekre vonatkozóan a jelen Általános és Kölcsönös Szerződési Feltételek Várakozási Időt ír elő, a kockázatviselés csak a Várakozási Idő végét követő napon kezdődik meg.

3.3.Kockázatelbírálás

A Biztosító az Ajánlat elfogadása előtt kockázat-elbírálást végez, melyhez a Biztosított egészségi nyilatkozatát és orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát kérheti. A Biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni.

A kockázat-elbírálás eredményeként a Biztosító az Ajánlatot elfogadja, vagy módosító javaslatot tesz arra, vagy azt elutasíthatja. A Biztosító a döntését nem köteles megindokolni.

3.4. Biztosítási tartam és időszak

A Biztosítási Szerződés határozatlan időtartamra jön létre. A tartamon belül a biztosítási időszak egy év. A biztosítási időszak két évforduló közötti időszakot jelent. A biztosítási évforduló minden naptári évben a Biztosítási Szerződés létrejöttének megfelelő naptári nap.

3.5.Területi és időbeli hatály

A biztosítási fedezet az egész világon a nap 24 órájában érvényes.

3.6..Kockázatviselés megszűnése

3.6.1. A Biztosító kockázatviselése és ezzel együtt a Biztosítási Szerződés megszűnik:

- A díjfizetés elmulasztása esetén az első díj esedékességétől számított 30. nap, illetve a folyótólagos díj esedékességétől számított 60. nap elteltével, azzal, hogy az első díj megfizetésének elmulasztása esetén a Biztosítási Szerződés úgy szűnik meg, hogy a Biztosító kockázatviselése meg sem kezdődött.
- Elektronikus szerződéskötés esetén a Szerződő 14 napos felmondási jogának gyakorlása esetén, a biztosítási szerződés létrejöttének napjára visszamenő hatállyal;
- a Biztosítási Szerződés felmondása esetén a felmondást követő biztosítási évfordulóval, amennyiben a Szerződő vagy az Ügyintéző/Biztosító írásban értesítette a másik felet felmondási szándékáról az évfordulót legalább 30 nappal megelőzően. Ebben az esetben a biztosítási díj az évfordulóig megilleti a Biztosítót.
- A Baleseti Halálra vonatkozó jelen Általános Szerződési Feltételek értelmében a kártérítés kifizetésének napján. Ebben az esetben a Biztosítási Díj a Baleseti Halált követő évfordulóig megilleti a Biztosítót.

3.6.2. A Biztosító kockázatviselése adott Biztosított tekintetében megszűnik:

- A Biztosított 65. életének betöltését követő biztosítási évfordulón.
- A Biztosított halálának napján.

3.6.3. A Biztosító kockázatviselése adott kockázatokra vonatkozóan megszűnik az alábbi esetekben:

A Keresőképtelenség kockázatra vonatkozóan a biztosítási fedezet automatikusan megszűnik, amennyiben a Biztosított nyugdíjazása - beleértve a rokkantság miatti nyugdíjazást – bekövetkezik. A fedezet ezen részleges megszűnése a nyugdíjba vonulás, illetve kordedvezményes nyugdíjba vonulás napján a nyugdíjrendszert alakító törvényeknek és megállapodásoknak megfelelően, ill. bármelyik más hasonló megállapodás alapján megállapított napon következik be. A többi kockázatra vonatkozó biztosítási fedezet azonban továbbra is érvényben marad a díjak a fennmaradó fedezetekre vonatkoztatott arányosítása mellett.

3.6.4 Reaktiválás

Amennyiben a Biztosítási Szerződés a díjfizetés elmaradása miatt szűnik meg, a Biztosító az összes alábbi feltétel együttes teljesülése esetén engedélyezheti a Biztosítási Szerződés újra életbe léptetését („Reaktiválását”):

- A Szerződő kérte a Biztosítási Szerződés reaktiválását az erre vonatkozó nyomtatvány kitöltésével, mellyel elfogadja, hogy a Biztosítási Szerződés az esedékes díjak megfizetését követően adott feltételekkel együtt újra életbe lép („Reaktiválás Napja”). A Biztosítónak nem áll fenn szolgáltatási kötelezettsége, amennyiben a Biztosítási Esemény oka vagy alapja olyan esemény, mely a törlést megelőző utolsó díjrendezett nap és a Reaktiválás Napját követő 30. nap között következik be.
- A Reaktiválás feltétele, hogy az Ügyintéző minden esedékes díjat a Biztosítási Szerződés megszűnését követő 30 napon belül megkapjon.

A Biztosítónak jogában áll indoklás nélkül elutasítani a reaktiválási kérelmet.

Reaktiválás esetén a törlést megelőző utolsó díjrendezett nap és a Reaktiválás Napja közötti időszakra a Biztosítót megilleti a Biztosítási Díj, tekintettel arra, hogy reaktiválás esetén a Biztosító kockázatviselése az utolsó díjrendezett nap és a Reaktiválás Napja közötti időszakra visszamenőlegesen kiterjed és a Biztosított biztosítási szerződése a Reaktiválás Napjától a Várakozási idő elengedésével tovább él.

3.7. A Biztosítottak vagy a Biztosítási Összegek módosítása

A Szerződőnek lehetősége van a Biztosítottak vagy a Biztosítási Összegek módosítására, amennyiben az Ügyintézőt legkésőbb a Biztosítási Szerződés évfordulója előtt 30 nappal erről értesíti. A Szerződő kérheti a Biztosítási Összeg emelését vagy csökkentését.

Új kockázat igénylése esetén a Szerződőnek új Ajánlatot kell tennie. Az új kockázatra a Különös Feltételekben meghatározott Várakozási Idő alkalmazandó az új ajánlattétel napjától.

Nem kezdeményezhető a Biztosítási Összeg módosítása, amennyiben a Biztosított Biztosítási Eseményt jelentett be, mindaddig, amíg a Biztosító az adott Biztosítási Eseményhez kapcsolódó szolgáltatási igény(ek) elbírálását nem zárta le.

A Biztosítási Összeg módosulásával a Biztosítási Díj automatikusan az évforduló napján a módosított Biztosítási Összegre meghatározott díjra változik.

Biztosítási Összeg csökkentése esetén az új Biztosítási Összeg az évforduló napján lép hatályba. Biztosítási Összeg megemelése esetén az új Biztosítási Összeg a Biztosítási Szerződés évfordulóját követő 91. napon lép hatályba betegség esetén, illetve azonnali Baleset esetén. Amennyiben az új Biztosítási Összeg hatályba lépését megelőzően olyan esemény történik, mely Biztosítási Eseményt eredményez, a Biztosító a korábbi Biztosítási Összeget fizeti ki a Biztosítási Esemény teljes időtartama alatt.

A Biztosítási Összeg növelése esetén a Szerződő köteles aláírni a Biztosított(ak)kal az erre vonatkozó formanyomtatványt. A módosítás csak akkor kezdeményezhető, ha minden Biztosított megfelel az összes, a 2.4.1. és 2.4.2. pontban felsorolt befogadási feltételnek.

Bármelyik Biztosítási Összeg növelése esetén az új Biztosítási Összeg az igénybejelentés utáni évfordulót követő várakozási idő lejártá után lép hatályba. Ebben az esetben a Várakozási Idő a módosítás igénylése utáni évforduló napján kezdődik.

4. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

4.1. A biztosítás rendszeres, éves díjfizetésű. Az éves díj fedezetet nyújt a teljes éves biztosítási időszakra nézve, akkor is, ha a díj megfizetésére az Ajánlaton megjelölt opció szerinti havi, negyedéves illetve éves részletekben kerül sor.

Havi díjfizetés választása esetén első díjként a Szerződő háromhavi díjat köteles megfizetni.

Csekkes díjfizetés opció választása esetén havi díjfizetési gyakoriság nem választható.

4.2. Amennyiben a Szerződő a Biztosítási Díj megfizetését elmulasztja, a Biztosítási Szerződés jelen Általános Szerződési Feltételek 3.6.1 pontja szerinti időpontokban szűnik meg, kivéve, amennyiben a Biztosító díjfizetési halasztást engedélyezett, ill. a Biztosítási Díj érvényesítésére bírósági eljárást indított.

4.3. Ha olyan Biztosítási Esemény következik be, amelynek jogalapját a Biztosító elismeri, a Biztosító levonja a kifizethető szolgáltatás(ok) összegéből:

(i) a Biztosítási Esemény bekövetkezéséig meg nem fizetett (elmulasztott) díja(ka)t,

(ii) továbbá az éves díj fennmaradó egyenlegét, függetlenül a Szerződő által kiválasztott fizetési gyakoriságtól.

4.4. A Biztosító bármikor jogosult az infláció, az irányadó jogszabályok, illetve a biztosításra vonatkozó egyéb körülmények változása esetén a Biztosítási Szerződés díjszabását módosítani. Az új biztosítási díjszabás minden Szerződőre nézve a Biztosítási Szerződés évfordulóját követő minden időszakra nézve érvényes. Az Ügyintéző a díjszabás módosításáról a Biztosítási Szerződés évfordulója előtt legkésőbb 60 nappal köteles írásban értesíteni minden Szerződőt. Amennyiben a Szerződő az értesítésre annak kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban (levél, fax vagy email útján) nem nyilatkozik, a

Biztosító szerződésmódosítási javaslatát elfogadottnak kell tekinteni, és a következő biztosítási időszakra a Biztosítási Szerződés a módosított díjjal marad hatályban. Amennyiben a Szerződő a fenti időintervallumon belül a módosítást írásban (levél, fax vagy email útján) visszautasítja, akkor a Biztosítási Szerződés az évfordulóval megszűnik.

4.5. A Biztosító – a Szerződő hozzájárulásával – a biztosítás fenntartása érdekében automatikus értékkövető indexet alkalmazhat. Az értékkövetés alapja 5%, melyről a Biztosító $\pm 3\%$ ponttal eltérhet, és melyet biztosítási évfordulókor vesz figyelembe és ennek megfelelően módosítja a Biztosítási Összeget, illetve a biztosítási díjat. Az értékkövetéssel módosított Biztosítási Összeg az előző biztosítási időszak Biztosítási Összegének és az értékkövetési indexszámának szorzata. A Biztosítási Összeg módosításáról a Biztosító a biztosítási évfordulót megelőzően levélben vagy – a Szerződő erre vonatkozó választása szerint – elektronikus levélben értesíti a Szerződőt. Ha a Szerződő az értékkövetést írásos formában nem ellenzi, vagy arra nem nyilatkozik, úgy azt elfogadottnak kell tekinteni.

4.6. Baleseti Halál, Biztosítási Esemény bekövetkezte esetén, amennyiben a Szerződő még nem fizette be a teljes éves Biztosítási Díjat, akkor az a szolgáltatás összegéből levonásra kerül.

4.8. A Biztosított helyzetében bekövetkező bármely olyan változás esetén, amely hatással lehet a Biztosítási Díj meghatározására (különösképpen a Havi Jövedelem és a Havi Vállalkozási Költségek változása), a Biztosított vagy a Szerződő köteles a megváltozott körülményről legkésőbb a változást követő 15. napig az Ügyintézőt írásban tájékoztatni.

- Amennyiben a Biztosított vagy a Szerződő a Biztosítót a fentiekre tájékoztatta, a biztosítási fedezet a következő biztosítási évfordulótól változatlanul fennáll, azt követően pedig a megváltozott körülményeknek megfelelően a következő biztosítási időszakra nézve a biztosítási díj automatikusan módosul.
- Amennyiben a tájékoztatás a fenti határidővel nem történik meg:
 - i) ha a körülményváltozása Biztosítási Összeg csökkenését eredményezné, mind a Biztosítási Összeg, mind a Biztosítási Díj visszamenőleg a körülményváltozást követő biztosítási évfordulónál módosul.
 - ii) ha a körülményváltozása Biztosítási Összeg emelését eredményezné, mind a Biztosítási Összeg, mind a Biztosítási Díj változatlanul megmarad.

5. FEDEZETHALMOZÁS TILALMA

5.1. A Szerződő/Biztosított csak egy biztosítási szerződéssel rendelkezhet a Biztosítónál a jelen Szerződési Feltételek szerinti biztosítási termékre vonatkozóan (biztosítási fedezet halmozásának tilalma). Amennyiben a Biztosított bármely okból mégis egnél több biztosítási szerződéssel rendelkezik:

- a) A Biztosító szolgáltatási kötelezettségére nézve a magasabb Biztosítási Összege(ke)t tartalmazó szerződés az irányadó és a Biztosító ezt az egy szerződést tekinti érvényesnek;
- b) Ha a különböző időpontban kötött szerződések Biztosítási Összegei megegyeznek, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettségére nézve a korábban hatályba lépett Biztosítási Szerződés lesz az irányadó és a Biztosító ezt az egy szerződést tekinti érvényesnek.

5.2. Az 5.1. pont ellenére kötött és a Biztosító által érvénytelennek tekintett szerződés(ek) alapján fizetett Biztosítási Díjakat, a Biztosító az érvénytelen szerződésről való tudomásszerzésétől számított 30 napon belül visszafizeti a Szerződőnek/Biztosítottak.

5.3. Ha a Szerződő/Biztosított jelen Szerződési feltételek alapján megkötött Biztosítási Szerződésén kívül további keresőképtelenségi kockázatokra (is) biztosítási fedezetet nyújtó szerződéssel rendelkezik a Biztosítónál vagy az Ügyintézőnél, a Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a jelen Biztosítási Szerződés szerinti Biztosítási Összeget.

6. SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY ÉS A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

6.1. A szolgáltatási igényt elektronikus levélben, telefonon, faxon vagy levélben az Ügyintéző részére kell bejelenteni az alábbi elérhetőségen:

April CEE Development Kft.

1096 Budapest, Haller utca 2.;

e-mail: info@april.hu

Tel: 06 1 555 64 00

Fax: 06 1 555 64 01

- Keresőképtelenség esetén a betegállomány kezdetétől számítva 30 napon belül,
- A Biztosítási Esemény következményeként bekövetkező Baleseti Halál esetén a Halál dátumát követő 15 naptári napon belül,
- Minden egyéb kockázat esetén a Biztosítási Esemény bekövetkeztét követő 30 naptári napon belül (kivéve, ha a Különös Feltételek az adott kockázatnál ezt másképp határozzák meg).

Késedelmes bejelentés esetén a Biztosító fizetési kötelezettsége nem áll be, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

6.2. Az Ügyintéző a Biztosítottak megküldi a kitöltendő szolgáltatási igénybejelentőt. A Biztosított köteles az eredeti szolgáltatási igénybejelentőt kitöltve és aláírva visszaküldeni és az adott Biztosítási Eseményre vonatkozó pontokban részletezett összes szükséges dokumentumot csatolni, kivéve, ha a Biztosító kifejezetten úgy nyilatkozik, hogy azokat nem igényli, mert a jelzett dokumentumok már a rendelkezésére álltak.

6.3. A szolgáltatási igénybejelentő elbírálását követően a Biztosító vagy az Ügyintéző jogosult bekérni minden olyan egyéb iratot, melyet a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesnek tart, és amelyeket a Különös Biztosítási Feltételek tartalmaznak. A Biztosító emellett fenntartja magának a jogot arra, hogy a Biztosítottat a Biztosító vagy az Ügyintézője által megbízott orvossal megvizsgáltassa.

6.4. A Biztosító az általa jogalapjában és összecszerúségében megalapozottnak tartott szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 naptári napon belül teljesíti. Ha a Biztosító vagy az Ügyintéző által kért dokumentumokat a felszólítás ellenére sem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve a szolgáltatási igényt elutasíthatja.

6.5. A Biztosító Biztosítási Szerződés szerinti szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a Szerződő/Biztosított közlési kötelezettségét megsérti, vagy hamis adatokat szolgáltat, amennyiben a közlési kötelezettség megsértése vagy a hamis adat szolgáltatása miatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak. A már befizetett Biztosítási Díjakat a Biztosító kártérítés jogcímén megtartja. Ez különösen (de nem kizárólag) érvényes az alábbi esetekre:

- Bármely a 2.4. pont alatt részletezett feltétel nem teljesülése.
- Ellentmondás a bejelentett Havi Jövedelem vagy Havi Költségek adataiban (kivéve, ha ennek az ellentmondásnak nincsen hatása a Biztosított által kiválasztott Biztosítási Összegre). Ilyenkor csak a Keresőképtelenséget tartalmazó fedezet semmis.

7. A SZERZŐDŐ ÉS A BIZTOSÍTOTT(AK) BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSSEL KAPCSOLATOS JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

7.1. A Szerződő és a Biztosított(ak) kötelesek az Ajánlat aláírásakor és a Biztosítási Szerződés teljes időtartama alatt:

- A valóságnak megfelelően válaszolni a Biztosító, illetve az Ügyintéző által feltett összes kérdésre.
- A valóságnak megfelelően és hiánytalanul közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítási kockázat vállalása szempontjából lényeges.
- A változás bekövetkeztétől számított 15 napon belül be kell jelenteni minden olyan változást, amely kihatással lehet a biztosítási kockázatra, különösen, de nem kizárólag a Keresőképtelenségben bekövetkezett változásokat, ha a Havi Jövedelem vagy a Havi Költségek több, mint 10%-kal csökkent a utolsó bejelentett Havi Jövedelemhez vagy Havi Költségekhez képest.

A jelen 7.1. pontban meghatározott közlési és változás bejelentési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító fizetési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy

- az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy
- az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a Biztosítási Esemény bekövetkeztében nem hatott közre.

7.2. A kockázatvállalást megelőzően a Biztosító vagy az Ügyintéző jogosult a közölt információkat ellenőrizni és a Biztosított(ak) tevékenységére és életkörülményeire nézve további kérdéseket feltenni, továbbá jogosult a Biztosított(ak) egészségi állapotára vonatkozó orvosi vizsgálatot kezdeményezni. A vizsgálat költségét a Biztosító viseli.

Abban az esetben, ha bizonyos körülményekről a Szerződő vagy a Biztosított(ak) nem, vagy nem a valóságnak megfelelően nyilatkozott, a Biztosító a kockázatvállalást elutasíthatja.

8. ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK ÉS MENTESÜLÉSEK

A jelen Szerződési feltételek alapján nem minősül Biztosítási Eseménynek és ez okból a Biztosítót nem terheli szolgáltatási kötelezettség a Biztosítottat ért olyan Balesetért vagy betegségért, amelynek oka részben vagy egészben közvetve vagy közvetlenül:

1. Háború, polgárháború, harci cselekmények, zavargások, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, kormány elleni puccs, vagy puccskísérlés.
2. Vegyi szennyeződés, ionizáló sugárzás, nukleáris energia.
3. Atom-, biológiai vagy vegyi fegyver alkalmazása, vagy ilyen anyagok fenyegető vagy pusztító célú bevetésének kihatása.
4. Bármilyen idegi, érzelmi, mentális, személyiségbeli vagy elmebeli rendellenesség, pszichológiai vagy pszichiátriai probléma elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül (pszichikai állapot, elmezavar, depresszió stb.).
5. Poszt-traumás stressz betegség és ehhez kapcsolódó mentális vagy idegrendszeri rendellenességek.

6. Olyan kórházi ápolás, amelynek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a Biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása.
7. Bármiféle pihenőkúra, valamint hosszú idejű gyógykezelés gyógy-intézményben (pl.: nyugdíjas otthonok, utókezelési központok, detoxikáló központok stb.).
8. Kizárólagosan kozmetikai célú és ezekkel összefüggésben, vagy ezek komplikációjaként szükségessé váló vizsgálatok, operáció vagy kezelés, fogykúra kezelés, terhesség elősegítése, illetve impotencia kezelése.
9. Bármilyen Korábban Meglévő Betegség/Sérülés.
10. Hivatásos katonai szolgálat hazai vagy nemzetközi szervezeteknél.
11. Öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet, öncsonkítás, függetlenül a Biztosított elmebeli állapotától.
12. Légi utazásban való részvétel, kivéve, ha olyan repülőgépen utasként vesz benne részt a Biztosított, amelyet megfelelő engedéllyel rendelkező légitársaság vagy repülőgépbérlettel foglalkozó társaság bocsát rendelkezésre és üzemeltet.
13. A Biztosított hivatásszerűen üzött bármilyen sporttevékenysége (kivéve szellemi sportok). Hivatásos sportoló az a Biztosított, aki sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet.
14. A következő sporttevékenységek:
- a) légi sportok (sportrepülés, magánrepülő vezetés, léghajózás, gumikötél ugrás, (bungee-jumping), sárkány és ultrakönnyű repülés, siklóernyőzés, siklórepülés, ejtőernyős ugrás, motoros vitorlázó repülés, vitorlázó repülés, hőlégballonozás, paplanrepülés);
 - b) búvárkodás 40 m alatt légzőkészülékkel;
 - c) vadvízi evezés;
 - d) szörf;
 - e) hegy-vagy sziklamászás,
 - f) magashegyi expedíció,
 - g) barlangászat,
 - h) barlangi expedíció,
 - i) falmászás;
 - j) autó- motor-motorcsónak sportok (autóversenyzés, roncsautó, sport, go-kart, MotoCross, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival);
 - k) síugrás, sí akrobatika, kijelölt pályán kívüli sísportok;
 - l) félkezes, illetve nyílttengeri vitorlázás;
 - m) bikaviadal.
15. A Biztosított következő veszélyes tevékenységekben történő részvétele vagy ilyen tevékenység gyakorlása:
- Bányászati tevékenységgel, robbanószerkezetekkel folytatott tevékenységgel összefüggésben, illetve a következő foglalkozások körében bekövetkezett biztosítási események: robbantómester, cirkuszművész, ipari alpinista, épületek homlokzatának tisztító, aknakereső és tűzszerész, állatkerti gondozó, ragadozó állatokat tartó, bármely védelmi alakulat különleges egységei (kommandósok is), ács, magasfeszültséggel dolgozó villanyszerelő. pénzszállító, testőr, fegyveres őr, nyílt tengeri tevékenység, versenypilóta, búvár.
16. A Biztosított bármilyen jogellenes cselekménye vagy bűncselekménye.
17. Bármilyen alkohol-, drog- vagy oldószertfogyasztás, illetve kábítószerrel való visszaélés.
18. A Biztosított gyógyszerhasználat, kivéve, ha az adott gyógyszert erre jogosult orvos írta fel, és azt a Biztosított az előírt mennyiségben vette be, kivéve, ha a felírt gyógyszer maga gyógyszer-, alkohol vagy egyéb drogfüggőség kezelésére szolgál.
19. HIV-vírussal való fertőzöttség, valamint AIDS, ARC (AIDS vírussal kapcsolatos- komplex) megbetegedés.
20. Ismétlődő megterhelésből vagy megerőltetésből fakadó sérülés vagy megbetegedés, illetve bármilyen olyan sérülés, amely fokozatosan alakul ki.
21. A Szakorvosi Javallat kérésének elmulasztása, vagy ennek be nem tartása.
22. Robbanóanyaggal, mérgező vegyszerekkel, mélytengeri merüléssel, vagy 20 méteren felüli magasságban való munkavégzés.
23. Bármilyen szexuális úton terjedő betegség.
24. Minden, kizárólag a Biztosított kérésére végzett sebészeti beavatkozás, amely orvosiilag nem indokolt és nem a Biztosított életminőségének fenntartására irányul.

A Biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól

1. A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, amennyiben a Szerződő (Biztosított) a biztosítási szerződés megkötése során közlési kötelezettségének, illetve változás-bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, kivéve, ha bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a biztosítás megkötésekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a Biztosítási Esemény bekövetkezésében.

2. Amennyiben a szolgáltatási igény benyújtásakor vagy azt követően a Biztosított nem tesz eleget a Biztosító által kért (további) dokumentumok benyújtásának, illetve nem járul hozzá, hogy a Biztosító hozzáférhessen orvosi véleményekhez, eredményekhez, a Biztosító részben, vagy egészben mentesülhet a Biztosítási Összeg kifizetése alól.

3. A Biztosított a Biztosítási Esemény bekövetkezésekor úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Mentesül a Biztosító a Biztosítási Összeg kifizetése alól annyiban, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.

4. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a baleseti halál a Kedvezményezett szándékos magatartása miatt következett be.

5. A Biztosító mentesül továbbá a szolgáltatási kötelezettség alól, ha bizonyítást nyer, hogy a Biztosítási Eseményt a Biztosított jogellenesen, szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozta.

A Biztosított súlyosan gondatlan magatartásának minősül különösen:

a) Ha a Biztosítási Esemény a Biztosított alkohol-fogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,

b) Ha a Biztosítási Esemény idején a Biztosított bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a Biztosítási Esemény bekövetkezésében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 0,8 g/l-t meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,0 g/l-t meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció,

c) Ha a Biztosított olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett,

d) Ha a Biztosítási Esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll azzal, hogy a Biztosított a Biztosítási Esemény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti szabályt megszegett.

6. Azt, hogy a fenti körülmények valamelyike fennáll, annak a félnek kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

9. ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

9.1. A Szerződő és a Biztosított(ak) tájékoztatása

Amennyiben a Szerződőnek vagy a Biztosított(ak)nak a Biztosítási Szerződés feltételeivel, záradékaival, különösképpen a belépéssel, vagy a Biztosító szolgáltatási kötelezettségével kapcsolatban további információra van szüksége, akkor kérdéseit közvetlenül a Biztosítóhoz vagy az Ügyintézőhöz intézheti. Az Ügyintéző általános kapcsolattartója jogosult és köteles megvizsgálni, és megválaszolni az összes felmerülő kérést. Abban az esetben, ha a válasz nem felel meg a Szerződő vagy a Biztosított(ak) elvárásainak, akkor az érintettek panasszal írásban a Biztosító alábbi címén élhetnek:

ACE European Group Ltd. Magyarországi Fióktelepe

1016 Budapest, Hegyalja út 7-13.

e-mail: acehungary@acegroup.com

tel: +36 1 487 4087

fax: +36 1 487 4081

9.2. Kommunikáció a Szerződővel

Az Ügyintéző illetve a Biztosító a Szerződővel a jelen Általános Szerződési Feltételek szerint írásban közlendő küldeményt a Szerződő által az Ajánlaton megadott levelezési címre, minden egyéb közleményt a Szerződő választása szerint, az általa megadott elektronikus levélcímre vagy levelezési címre küldi meg. A Szerződő fenti adatában bekövetkezett változást köteles haladéktalanul az Ügyintéző vagy a Biztosító részére bejelenteni. Az Ügyintéző, illetve a Biztosító a közlemények megküldésére vonatkozó kötelezettségét mindaddig joghatályosan teljesíti, amíg a címzett fél a címében bekövetkezett változást be nem jelenti.

9.3. Adatvédelem

9.3.1. Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett).

9.3.2. Az Ügyintéző és a Biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. E célokkal összefüggésben az Ügyintéző és a Biztosító a tudomására jutott adatokat a Bit. értelmében az érintett külön hozzájárulása nélkül kezelheti. Ez a felhatalmazás kizárólag azokra a személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

9.3.3. A Biztosított a igénybejelentő nyomtatványon tett írásbeli nyilatkozatával hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a Biztosított igénybejelentése során közölt személyes, valamint egészségi állapotával összefüggő (különleges) adatait a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges mértékben kezelje, azokat a tevékenység kiszervezése esetén a vele szerződéses kapcsolatban álló, a biztosítási titok megtartásának kötelezettségét előíró jogszabályi rendelkezéseket betartó más gazdálkodó szervezetnek (ideértve különösen az Ügyintézőt) átadja. A Biztosított ugyanezen nyilatkozat keretében felhatalmazza az egészségügyi és személyes adatait kezelő betegellátókat, az egészségügyi ellátó hálózat intézményeit és intézményvezetőit, mindenkori háziorvosát, továbbá mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszerészeket, természetgyógyászokat és gyógykezelésével foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve akik kezelték, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat (OEP), a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, nyomozó hatóságokat, és egyéb intézményeket, hogy az egészségügyi és személyes adatokat a Biztosító, vagy annak kárrendezési megbízottja írásbeli megkeresésére a Biztosítónak, illetve kárrendezési megbízottjának átadják. A Biztosító írásbeli megkeresése tartalmazza a kért adatoknak, az adatkérés céljának és jogalapjának egyidejű megjelölését is. A Biztosító egészségügyi adatnak tekinti a Biztosított egészségi állapotával összefüggő, valamint az egészségbiztosítási ellátásra vonatkozó adatokat. A Biztosított ugyanezen nyilatkozat keretében elismeri, hogy tájékoztatást kapott arról, hogy a biztosítási titkot képező személyes és egészségügyi adatait a Biztosító kárrendezési tevékenység céljából a kárrendezési megbízottjával, a szerződéses kapcsolatban álló orvosok részére is átadja. A fentiek szerinti felhatalmazás a felsorolt szervek, személyek által nyilvántartott, a Biztosított gyógykezelésével kapcsolatos valamennyi adatra vonatkozik, mely nyilatkozat egyben az orvosi titoktartásra vonatkozó felmentésnek is minősül.

9.3.4. Ha a személyes adat egészségi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és kizárólag az érintett írásos hozzájárulása alapján kezelhető.

9.3.5. Az adatszolgáltatás önkéntes, de az ajánlattétel során igényelt személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a Biztosítási Szerződés létrejöttéhez.

9.3.6. Az adatkezelés időtartama: az Ügyintéző és a Biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a Biztosítási Szerződés fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási szerződéssel kapcsolatban általa, vagy vele szemben igény érvényesíthető.

9.3.7. Az Ügyintéző és a Biztosító egyes biztosítási szolgáltatások nyújtása során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a biztosítási szolgáltatás nyújtásához szükség van a megbízott speciális szakértelmére, vagy amikor a külső közreműködő bevonásával a Biztosító a szolgáltatását azonos minőségben, ám alacsonyabb költségekkel és kedvezőbb áron nyújthatja. A Biztosító megbízásából ilyen esetben eljáró külső közreműködő személyes adatokat kezel, és a törvény alapján titoktartás kötelezi. A Biztosító a Biztosított kárigényeinek feldolgozásával, elbírálásával, adminisztrációjával és rendezésével az Ügyintézőt bízta meg, mely a hozzá kiszervezett kárrendezési tevékenység tekintetében a Biztosító adatfeldolgozójának minősül, s mely a kiszervezett tevékenység végzőjeként a Szerződő kifejezett felhatalmazása nélkül is jogosult a biztosítási titoknak minősülő ügyfeladatok kezelésére.

9.3.8. Ha jogszabály másként nem rendelkezik, az Ügyintéző és a Biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján továbbíthatja harmadik személynek.

9.3.9. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,

b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,

c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,

e) adóügyben az adóhatósággal, ha a Biztosítót törvényben meghatározott nyilatkozattételi vagy adatszolgáltatási kötelezettség terheli,

f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

g) a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli Biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítési, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,

j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervekkel,

k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,

m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,

n) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,

o) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs Hatósággal szemben, ha az a)-j) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), n) és o) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

9.3.10. Az érintett tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, valamint kérheti személyes adatainak helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelés kivételével – törlését. A valóságnak meg nem felelő adatot az Ügyintéző és a Biztosító köteles helyesbíteni.

9.3.11. Az érintett kérelmére az Ügyintéző és a Biztosító tájékoztatást ad:

- az általa kezelt adatokról, illetve
- a megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatokról,
- az adatkezelés céljáról,
- az adatkezelés jogalapjáról,
- az adatkezelés időtartamáról,
- az adatfeldolgozó nevről, címéről (székhelyéről), adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá arról, hogy
- kik és milyen célból kapják meg vagy kaphatják meg az adatokat.

9.3.12. Az adatvédelmi kérdésekben történő tájékoztatás iránti kérelmeket az Ügyintéző vagy a Biztosító székhelyére kell eljuttatni.

9.3.13. Az Ügyintézőnek és a Biztosítónak az érintettel szemben fennálló tájékoztatási kötelezettségét kizárólag adatkezelést szabályozó jogszabály korlátozhatja.

9.3.14. Az Ügyintéző és a Biztosító a létre nem jött biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a jogviszony létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban vele szemben, vagy általa igény érvényesíthető.

9.3.15. Az Ügyintéző és a Biztosító köteles törölni az ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy a létre nem jött szerződéssel kapcsolatos minden olyan személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényes alap.

9.3.16. Az érintett jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat.

9.4. Elévülés

A jelen Általános szerződési feltételek alapján létrejött Biztosítási Szerződésekből fakadó szolgáltatási igények az esedékességtől számított 1 (egy) év elteltével elévülnek.

Az elévülés kezdeti dátuma a lenti igények tekintetében a következő:

- Keresőképtelenség esetén a hivatalos betegállomány első napja.

- Egyéb kockázatok tekintetében:

- Baleset esetén a Baleset napja.
- Betegség esetén a Diagnózis napja.

9.5. Eljárás panasz esetén

A Biztosító szolgáltatásával kapcsolatos panasszal elsősorban az ACE European Group Limited Magyarországi Fióktelepének vezetőjéhez lehet fordulni (1016 Budapest, Hegyalja út 7-13. Tel: 487-4087). Emellett a Biztosított a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéről szóló törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeleténél (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület (levelezési cím: H-1525 Budapest, BKKP Postafiók: 172.) eljárását kezdeményezheti.

9.6. Irányadó jog, eljáró bíróság

1. A jelen Biztosítási szerződésre a magyar jog az irányadó.

2. A felek a Biztosítási szerződésből és az annak megkötését megelőző tárgyalásokból eredő, azokon alapuló vagy azokkal kapcsolatos – így különösen a Szerződés érvényességével, hatályával, teljesítésével, megszegésével, felmondásával vagy értelmezésével összefüggő – jogviták esetén az illetékes magyar bírósághoz fordulhatnak.

9.7. Hatályba lépés

Jelen Általános Szerződési Feltételek **2012. október 15.** napján lépnek hatályba.

KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK

10. KERESŐKÉPTELENSÉG

10.1. A Biztosítási Esemény

Jelen Különös Szerződési feltételek értelmében Biztosítási Eseménynek minősül a Biztosítottnak a biztosítási időszak során és a Várakozási időt követően bekövetkezett váratlan megbetegedése, vagy elszenvedett Balesete (kivéve a 8. valamint a 10.8. pont alatti részletezett okokból eredő vagy azokkal kapcsolatosan kizárt eseményeket), melynek következtében a Keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos, vagy kórház hitelt érdemlően igazoltan, a Biztosítottat saját jogából keresőképtelennek minősíti.

10.2. A Biztosítási Esemény időpontja

A Keresőképtelenség 10.1. pontban leírtak szerinti első napja.

10.3. Várakozási Idő

Keresőképtelenség esetén Várakozási Időnek minősül az ajánlattétel napját követő 91 nap, betegség esetén. A Várakozási idő alatt bekövetkezett betegség esetén a Biztosító nem nyújt fedezetet. Baleset esetére a Biztosító nem köt ki Várakozási Időt.

10.4. Önrészesedési Időszak

A Biztosítási Esemény bekövetkezésétől számított első 30 nap vonatkozásában a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.

10.5. A Biztosító szolgáltatása és a Biztosítási Összeg

Keresőképtelenség esetén a Biztosító szolgáltatásának havi összege a Kötvényen szereplő Biztosítási Összeg.

Abban az esetben, ha a Keresőképtelenség első vagy utolsó időszaka nem teljes hónap, a Biztosító a Keresőképtelenség ezen tört időszakának minden egyes napjára a Keresőképtelenség havi Biztosítási Összegének 1/30-ad részét fizeti.

A 10.4. pontban meghatározott Önrészesedési Időszakot követően a Biztosító havi Biztosítási Összeget fizet a Biztosított részére minden Keresőképtelenségben töltött naptári hónap végén. A Maximális Szolgáltatás időtartama káreseményenként 6 hónap, az Önrészesedési Időszak lejárataától számítva.

Amennyiben a Biztosított újból munkába áll és a munkában töltött időszak nem haladja meg a 6 (hat) hónapot, és egy ezt megelőző Baleset vagy betegség miatt ismét keresőképtelenné válik, akkor a munkával töltött időszakot a Biztosítási Összeg kifizetésének időszakos szüneteltetésének tekintik. Ha pedig a munkában töltött időszak meghaladja a 6 hónapot, új Biztosítási Eseménynek számít, új Önrészesedési Időszakkal és új Maximális Szolgáltatási Időszakkal.

Amennyiben ugyanazon káresemény kapcsán a Maximális Szolgáltatási Időszakra járó Biztosítási Összeg a Biztosított részére már kifizetésre került, akkor a Biztosított kizárólag abban az esetben jogosult új szolgáltatási igényre (és válik újból jogosulttá az Önrészesedési Időszak leteltét követően a Maximális Szolgáltatási Időszakra), amennyiben a Keresőképtelenséget okozó Biztosítási Eseményt követően megszakítás nélkül 6 hónapig aktív munkaviszonnyal rendelkezett.

10.6. A Biztosítási Összeg módosítása

Amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 3 hónapban a Biztosított Havi Jövedelmében vagy Havi Költségeiben az utolsó bejelentett Havi Jövedelemhez vagy Havi Költségeihez képest több, mint 10%-os csökkenés következett be, köteles erről az Ügyintézőt vagy a Biztosítót legkésőbb a Biztosítási Szerződés évfordulója előtt 30 naptári nappal értesíteni és megküldeni az utolsó 3 hónapra vonatkozó adatokat. Ebben az esetben az Ügyintéző vagy a Biztosító biztosításmódosítási ajánlatot tesz a Szerződőnek. Amennyiben a Szerződő ezt nem fogadja el, a Biztosítási Szerződés az évfordulókor megszűnik.

10.7. Kárigény bejelentése, a bejelentéshez szükséges dokumentumok

A kitöltött Szolgáltatási Igénybejelentővel együtt az alábbi dokumentumokat kell az Ügyintézőhöz eljuttatni Keresőképtelenség esetén a szolgáltatási igény benyújtásakor:

- Munkavállalók esetén: Az ajánlaton feltüntetett Havi Jövedelmet igazoló, illetve a Biztosítási Esemény előtti évfordulót megelőző három utolsó havi bérjegyzék másolatát, illetve a munkáltató által kiállított azonos tartalommal bíró jövedelemigazolást.
- Vállalkozók esetén:
 - a. A vállalkozás céljából használt iroda, rendelő, raktár vagy műhely az ajánlattételt megelőző, illetve a Biztosítási Esemény előtti évfordulót közvetlenül megelőző három hónap nettó bérleti díját és rezsit igazoló számláját.

- b. A alkalmazott(ak)nak az Ajánlat aláírását, illetve a Biztosítási Esemény előtti évfordulót közvetlenül megelőző három hónap bérjegyzékét, illetve a munkáltató által kiállított azonos tartalommal bíró jövedelemigazolást.
 - c. Amennyiben az a.) vagy b.) pontokban meghatározottak nem állnak rendelkezésre, akkor az illetékes egészségbiztosítási hatósághoz (TB) lejelentett utolsó 3 havi jövedelem igazolását.
- A Biztosított személyi igazolványa és lakcímkártyája (ha van) mindkét oldalának másolatát.
 - Munkáltatói igazolást (Munkavállalók esetén), amely igazolja a Munkaviszonyt.
 - Keresőképtelenségi igazolás(ok) („Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” és az „Orvosi igazolás folyamatos Keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatványok) másolatát, ez utóbbi bemutatása *minden hónapban* feltétele a havi biztosítási szolgáltatás kifizetésének.
 - A Biztosítási Esemény időpontjától a Balesettel vagy betegséggel kapcsolatosan keletkezett valamennyi orvosi dokumentumot.
 - Ha kórházi ápolás is történt: a kórházi zárójelentés másolatát.
 - A kezelőorvos, háziorvos orvosi nyilatkozatát a Biztosítási Esemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével, ill. első diagnosztizálásuk pontos időpontjával.
 - A Biztosított személy által gépjármű vezetése során bekövetkezett Baleset esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély mindkét oldalának másolatát.
 - Balesetnél véralkohol- vizsgálat eredményét (ha készült).
 - Közlekedési vagy munkahelyi baleset esetén eredeti rendőrségi/munkahelyi jegyzőkönyv másolatát (ha készült).
 - Munkáltatói által kiállított havi bérjegyzék a keresőképtelen állomány időszakára vonatkozóan (Munkavállalók esetén);
 - A Keresőképtelenséget illetően a Biztosító megvizsgálhatja a Keresőképtelenség fenntartásának indokoltságát. A Biztosító a vizsgálat során az indokoltság megállapításához egyéb orvosi dokumentumokat is bekérhet.

10.8. A Keresőképtelenségre vonatkozó speciális kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki:

- Az Általános Szerződési Feltételek 8. pontjában részletezett eseményekre.
- Olyan megbetegedésekre illetve Balesetekre, amelyek megállapítására az ajánlattételt megelőzően került sor, illetve amelyek ezt megelőző egészségkárosodás fokozódásának eredményei, a Korábban Meglevő Betegségek és Állapotok definíciója szerint.
- A következők miatt bekövetkező keresőképtelenségre: depresszió vagy krónikus fáradtság szindróma vagy fibromyalgia szindróma, pszichiátriai, neuropszichiátriai vagy mentális természetű panasz kivéve, ha ez a munkaképtelenség több, mint 15 nap folyamatos kórházi kezelést eredményezett vagy, amennyiben a Biztosítottat bírósági határozatot követően gondnokság alá helyezték. Ebben az esetben az Önrészesedési Időszak a Keresőképtelenség első napján kezdődik, de a kártérítés csak a kórházi tartozódás időtartamára vonatkozik.
- A következők miatt bekövetkező keresőképtelenségre: porckorong elmozdulása, gerincsérv, csigolya vagy gyöki rendellenesség következtében: hátfájás, lumbágó, isiász, spondilózis, diszkopátia, porckorong rendellenesség, alsó végtagba sugárzó fájdalom, idegfájdalom, a nyaki, a háti, az ágyéki vagy a keresztcsonti gerinc fájdalma, kivéve a Keresőképtelenség időtartama alatt műtéti beavatkozást szükségessé tevő eseteket. Ebben az esetben az Önrészesedési Időszak a Keresőképtelenség első napján kezdődik, de a kártérítés csak a kórházi tartozódás időtartamára vonatkozik.
- Terhességre, vetélésre vagy abortuszra és az ezekkel az eseményekkel kapcsolatos komplikációkra.
- Nem saját jogú keresőképtelenségre (pl.: szülő gyermeke miatti keresőképtelensége).
- Olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat.
- Olyan keresőképtelenségre, amely nem a Biztosított egészségi állapota miatt következett be.
- Laboratóriumi vizsgálattal, mikrobiológiai, biokémiai eszközökkel, képalkotó vagy invazív eljárásokkal nem kimutatható betegségek miatti keresőképtelenségre.
- A krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozásával (különösen geriátriai, gyógyterápiás, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra), kivéve a krónikus betegségek kóriszmésésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotromlás elhárításával kapcsolatos kezelésekkkel összefüggésben lévő keresőképtelenségre.
- Azon táppénzes esetekre, amikor a táppénzen való tartózkodásra közegészségügyi, járványügyi vagy állategészségügyi zárlat miatt kerül sor.

A Biztosító elrendelheti a Biztosított személy orvosi vizsgálatát is. Ha a Biztosított az orvosi vizsgálaton nem jelenik meg, a Biztosító a rendelkezésére álló adatok alapján hoz döntést. Az orvosi vizsgálat költségeit a Biztosító viseli.

10.9. A szolgáltatás megszűnése

A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége azonnali hatállyal megszűnik:

- a Biztosított teljes vagy részleges munkába állása esetén.
- a Maximális Szolgáltatási összeg kifizetésével.

11. ROKKANTSÁG (MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS)

11.1. Biztosítási Esemény

Ha a kockázatviselés tartama alatt a Biztosítottat Baleset éri, melynek eredményeként a Biztosított a Balesetet követő 1 éven belül az alábbiakban meghatározott Maradandó Egészségkárosodást szenved, a Biztosító az egészségkárosodás mértékével arányos szolgáltatást nyújtja. A Szolgáltatási Táblázatban a 100 %-os Biztosítási Összeg kerül feltüntetésre.

11.2. Az Egészségkárosodás megállapítása

Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza (a továbbiakban: Egészségkárosodás).

Maradandó az Egészségkárosodás akkor, ha az orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető (a továbbiakban: Maradandó Egészségkárosodás). 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.

A Baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak. A Biztosítót az Egészségkárosodás maradandó jellegének, illetve az Egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvos-szakértői testületek (pl. Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal) határozata nem köti.

Az Egészségkárosodás fokát a Biztosító orvosa állapítja meg a MABISZ balesetbiztosítási orvos-szakértői útmutatójának és az adott eset összes körülményének figyelembe vételével aszerint, hogy a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

Amennyiben a Biztosító orvosának véleménye alapján a Biztosítási Esemény bekövetkezése nem várható, a Biztosítottnak joga van Biztosítási Eseményenként, a kockázatviselés tartama alatt, a bejelentett Baleset napjától számított 2 évig, évenként egy alkalommal a Maradandó Egészségkárosodás orvosi megállapítását kérni, feltéve, hogy a Biztosított Baleset miatti Egészségkárosodásának mértéke a Biztosító orvosának vizsgálata óta változott. A Biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentésével és a megfelelő kezelés ellenére kialakult állapotváltozást igazoló orvosi iratainak benyújtásával kezdeményezheti a Maradandó Egészségkárosodás megállapítását.

Amennyiben a Biztosítási Esemény bekövetkezésekor a már meglévő sérülés, Egészségkárosodás közrehatott a Biztosítási Eseménnyel összefüggő Maradandó Egészségkárosodás kialakulásában, a Biztosító a Maradandó Egészségkárosodás fokát a meglévő Egészségkárosodás mértékével csökkenti.

11.3. A Biztosítási Esemény időpontja

A Biztosítási Esemény időpontja a Baleset bekövetkezésének a napja.

11.4. A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító a Biztosítási Esemény bekövetkezése esetén a Maradandó Egészségkárosodás mértékének megállapításakor hatályos Kötvényben, ennek hiányában a Biztosítási Szerződés megszűnésekor hatályban volt Kötvényben rögzített Biztosítási Összegnek a Maradandó Egészségkárosodás mértékével megegyező százalékát nyújtja szolgáltatásként.

A térítés mértékét (az Egészségkárosodás fokát) a Biztosító orvosa az alábbi táblázat alapján állapítja meg:

Testi Sérülés jellege és mértéke		
A.	Egy vagy több végtag elvesztése	100%
B.	Látás elvesztése egy vagy mindkét szem esetében	100%
C.	Beszédképesség elvesztése	100%
D.	Hallás elvesztése mindkét fül esetén	100%
E.	Szellemi képesség elvesztése	100%
F.	Hallás elvesztése egyik fül esetén	25%
H.	Az alábbiak működésképtelensége:	
	i) a hát vagy gerinc nyak alatti része a gerincvelő Testi Sérülése nélkül	40%
	ii) a nyak vagy a nyaki gerinc a gerincvelő Testi Sérülése nélkül	30%
	iii) váll, könyök vagy csukló	25%
	iv) csípő, térd vagy boka	20%
I.	Az alábbiak elvesztése vagy működésképtelensége:	
	i) hüvelykujj	30%
	ii) mutatóujj	20%
	iii) bármely más ujj	10%
	iv) nagy lábujj	15%
	v) bármely más lábujj	5%

Ha az Egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, úgy a szolgáltatást a szerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A Maradandó Egészségkárosodás mértékét – a táblázat figyelembevételével a Biztosító orvosa állapítja meg.

A fenti táblázatban megadott az egészségkárosodási százalékos szolgáltatások összegződhetnek, a biztosítási szolgáltatás felső határa a Biztosítási Összeg.

Ha a Biztosított halála a Balesetet követő egy éven belül, ugyanazon Balesetből kifolyólag következik be és a Baleseti Maradandó Egészségkárosodásra már kifizetésre került a térítés, baleseti halál szolgáltatásra igény már nem támasztható.

Maradandó Egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a Balesetet követő 15 napon belül meghal.

Ha a Biztosító kifizette a Baleseti Maradandó Egészségkárosodásra adható 50 %-os Egészségkárosodásnak megfelelő biztosítási összeget, úgy a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított részére megszűnik.

11.5. A Biztosítási Összeg

A Biztosítási Összeg a Szolgáltatási táblázatban meghatározott maximum összeg, amely a Biztosított Maradandó Egészségkárosodása esetén az Egészségkárosodásnak a Biztosító orvos-szakértője által megállapított mértéke alapján a fenti táblázat figyelembevételével kerül kifizetésre.

11.6. A szolgáltatási igény bejelentése, a bejelentéshez szükséges dokumentumok

A szolgáltatási igény előterjesztésekor a kitöltött Igénybejelentő Nyomtatvánnyal együtt az alábbi dokumentumokat kell az Ügyintézőnek eljuttatni:

- A Biztosított személyi igazolványa mindkét oldalának fénymásolatát;
- Véralkohol-vizsgálati eredményt (ha készült);
- Baleset esetén eredeti rendőrségi/munkahelyi jegyzőkönyv másolatát (ha készült);
- A Balesettel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentumot a Biztosítási Esemény időpontjától;
- Gépjármű Biztosított általi vezetése során bekövetkezett Biztosítási Esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély mindkét oldalának másolatát;
- a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) első fokú orvosi bizottságának szakvéleményét (ha készült).

A Biztosító elrendelheti a Biztosított személyes orvosi vizsgálatát is. Ha a Biztosított az orvosi vizsgálaton nem jelenik meg, a Biztosító a rendelkezésére álló adatok alapján hoz döntést. A személyes orvosi vizsgálat költségeit a Biztosító viseli.

12. BALESETI HALÁL

12.1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt elszenvedett Balesete, melynek következtében a Baleset dátumától számított 1 (egy) éven belül meghal.

12.2. Biztosítási esemény időpontja

A **Baleset** bekövetkezésének a napja. Amennyiben a Biztosított eltűnik, és holtak nyilvánítják, és a halál okaként Balesetet jelölnek meg, úgy a Biztosítási Esemény időpontja a holtak nyilvánításról szóló határozatban megjelölt nap.

12.3. A Biztosító szolgáltatása

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt Baleset miatt meghal, a Biztosító kifizeti a Kedvezményezettnek vagy ennek hiányában a Biztosított örökösének az Egyszeri Szolgáltatási Összeget. Holtak nyilvánítás esetében a kifizetés előtt a Kedvezményezettnek vagy az örökösnek aláírásával kötelezettséget kell vállalnia arra, hogy amennyiben kiderül, hogy a holtak nyilvánított Biztosított mégis életben van, a Biztosító által kifizetett biztosítási összeget a Biztosítónak visszafizeti.

12.4. Kárigény bejelentése, a bejelentéshez szükséges dokumentumok

A szolgáltatási igény előterjesztésekor a kitöltött Kárbejelentő lappal együtt az alábbi dokumentumokat kell a **Biztosítónak** eljuttatni:

- A **Biztosított** halotti anyakönyvi kivonatának másolatát;
- Halott-vizsgálati bizonyítvány másolatát, a halál ok megjelölésével;
- Boncjegyzőkönyv másolatát (ha készült);
- Külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeit leíró a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítását;
- Véralkohol vizsgálati eredményt (ha készült);
- **Baleset** esetén eredeti rendőrségi/munkahelyi jegyzőkönyv másolatát (ha készült);

- Amennyiben a Biztosítási Eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást befejező határozatot, feltéve, hogy az a jogalap, vagy az összecszerűség megállapításához szükséges (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot);
- **Balesettel** kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentumot a Biztosítási Esemény időpontjától;
- Gépjármű **Biztosított** általi vezetése során bekövetkezett Biztosítási Esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély mindkét oldalának másolata;
- Jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolatát (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a **Kedvezményezett** név szerint nem nevezték meg).
- Amennyiben korábban Kedvezményezettek lettek megnevezve, a Kedvezményezettek személyi igazolványának és lakcím kártyájának a másolatát, illetve bankszámlaszámaikat.