



ERGO

Balesetbiztosítás

Ügyféltájékoztató

Általános Balesetbiztosítási Feltételek

Balesetbiztosítás Különös Feltételei

Hatályos 2013. január 1-től

ERGO

Biztosítani annyi, mint megérteni.

Hallott-e már róla, hogy évente több mint 80.000 személyi sérüléses baleset történik hazánkban?

- ebből több mint 24.000 közlekedési baleset
 - melyek közül 1.000 halálos kimenetelű
- közel 26.000 otthoni baleset
 - melyek közül 2.100 halálos kimenetelű
- és több mint 21.000 munkahelyi baleset
 - melyek közül 2.000 halálos kimenetelű



Nagyon sok ember egzisztenciáját teheti tönkre egy baleset, amelynek következménye lehet:

- azonnali, nagy összegű egészségügyi kiadás;
- megváltozott életvitel;
- keresetkiesés, amely hosszú éveken keresztül is fennállhat.



A következmények enyhítése az Ön kezében van.

Az ERGO Balesetbiztosítás az alábbi segítséget nyújtja:

- akár 50.000 forintos térítés csonttörés esetén;
- többnapos kórházi kezelés esetén napi térítés az első naptól, akár 185 napon át;
- a 15. táppénzes naptól napi jövedelemkiegészítés, akár 300 napon keresztül;
- maradandó egészségkárosodás esetén progresszív, egyszeri, nagy összegű szolgáltatás;
- azonnali jelentős anyagi segítség a családnak egy váratlan tragédia esetén.



Tartalomjegyzék

Ügyfélértékelő	4	Balesetbiztosítás Különös Feltételei	15
Általános Balesetbiztosítási Feltételek	5	I. Általános rendelkezések	15
I. Általános rendelkezések	5	II. Biztosított kockázatok	15
II. A biztosítási szerződés alanyai	5	Baleseti halál	15
III. A biztosítási szerződés létrejötte	5	Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás és funkciócsökkenés	15
IV. A biztosítási szerződés hatályba lépése, a kockázatviselés kezdete	6	Baleseti kórházi napidíj	16
V. A biztosítási szerződés tartama, területi hatálya	6	Csonttörés	17
VI. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei	7	Baleseti keresőképtelenség napidíja	17
VII. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	7	Záradékok	18
VIII. A biztosítási esemény	8	Változásbejelentő/Módosítási kérelem	19
IX. Általános kizárások	8	Adatlap kedvezményezett jelölésére	20
X. A biztosítási díj	9	Szolgáltatási igénybejelentő lap balesetbiztosításokhoz	21
XI. A díjfizetés elmulasztásának következményei	9	A leggyakrabban feltett kérdések	23
XII. Értékkövetés	10		
XIII. A biztosítási szerződés módosítása	10		
XIV. A biztosító szolgáltatása	10		
XV. A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól	10		
XVI. Családi balesetbiztosítás általános feltételei	11		
XVII. Csoportos balesetbiztosítás általános feltételei	11		
XVIII. Személyes adatok kezelése	12		
XIX. Vegyes és záró rendelkezések	13		

Ügyféltájékoztató

A balesetbiztosítási szerződés jellemzőiről az ERGO Versicherung Aktiengesellschaft Magyarországi Fióktelepe Általános Balesetbiztosítási Feltételei és a Balesetbiztosítás Különös Feltételei adnak tájékoztatást.

A biztosítási időszakkal és tartammal, a kockázatviselés kezdetével, a biztosítási eseménnyel, a díjfizetéssel, a díjmódosítás módjával, idejével, a biztosító szolgáltatásával, annak teljesítési módjával, idejével, a szerződés megszűnésének eseteivel, a szerződés felmondásának feltételeivel, a biztosító mentesülésének feltételeivel, az alkalmazott kizárásokkal, az értékkövetés módjával és mértékével kapcsolatos részletes szabályokat a fenti feltételek tartalmazzák.

A könnyebb tájékozódás érdekében e szabályokra vonatkozó rendelkezéseket szürke háttérrel jelöltük, ezért a biztosítási ajánlat aláírása előtt szíveskedjék ezeket a részeket fokozott figyelemmel áttanulmányozni.

Az Ön biztosítója az ERGO Versicherung Aktiengesellschaft Magyarországi Fióktelepe (röviden: ERGO Versicherung Fióktelepe). A Fióktelep Magyarország területén, az alapítója tevékenységi engedélye alapján jogosult biztosítási tevékenységet folytatni.

Az ERGO Versicherung Fióktelepét az ausztriai székhelyű ERGO Versicherung Aktiengesellschaft alapította. Az alapító cégformája részvénytársaság, székhelye: AT-1110 Wien, Modecenterstrasse 17.; nyilvántartási száma: FN 101528 g. A Cégjegyzéket vezető hatóság megnevezése és címe: Handelsgericht Wien, AT-1030 Wien, Marxergasse 1/a.; a biztosító felügyeleti szervének megnevezése és címe: Österreichische Finanzmarktaufsicht, AT-1090 Wien, Otto Wagner Platz 5.

Az ügyfelek az esetleges panaszukat az ERGO Versicherung Aktiengesellschaft Magyarországi Fióktelepe székhelyén (1082 Budapest, Futó utca 47-53. III. emelet, levelezési cím: 1428 Budapest Pf. 5.), a +36 1 877 1111-es telefon- illetve +36 1 877 1110-es faxszámon, szóban, írásban vagy e-mailen az ergo@ergo.hu címen adhatják elő.

A biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszosnak a panasz kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban tájékoztatást adni. A panasz elutasítása esetén az ügyfelek a Pénzügyi Szerve-

zetek Állami Felügyeletéről (PSZÁF) szóló törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a felügyeleti szervnél, a PSZÁF-nál (1013 Budapest, Krisztina körút 39., postacíme: 1534 Budapest, BKKP Pf.: 777., tel.: +36 1 489 9100) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhetnek vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhatnak vagy a Pénzügyi Békéltető Testület (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., postacíme: 1525 Budapest, BKKP Pf.: 172.) eljárását kezdeményezhetik. A panasz vagy a jogvita rendezésének sikertelensége esetén a bírói út igénybevétele is lehetséges.

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító csak a feladatai ellátásához szükséges (a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatással összefüggő) adatokat, mint biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosult kezelni. Biztosítási titoknak minősül minden olyan - államtitoknak és szolgálati titoknak nem minősülő - a biztosító rendelkezésére álló adat, amely a biztosító ügyfeleinek (ide értve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosítási titok tekintetében időbeli korlátozás nélkül - kivéve, ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító és a biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

A balesetbiztosítási szerződésre és az abból fakadó igények érvényesítésére a magyar jog szabályait kell alkalmazni. Javasoljuk, hogy a biztosítási ajánlat aláírása előtt ismerje meg, gondosan tanulmányozza át a szerződési feltételeinket, szükség esetén kérjen segítséget megbízott közvetítőinktől. Tájékoztatjuk, hogy szerződéses jogviszonyunk fennállása alatt az egymáshoz intézett jognyilatkozatok csak írásban érvényesek.

ERGO Versicherung Aktiengesellschaft
Magyarországi Fióktelepe

Biztosító neve:	ERGO Versicherung Aktiengesellschaft Magyarországi Fióktelepe	
Cégformája:	Fióktelep	
Székhelyének állama:	Magyarország	
Biztosító székhelye:	1082 Budapest, Futó u. 47-53.	
Cégjegyzékszám:	Cg. 01-17-000758	
Biztosító levelezési címe:	1428 Budapest Pf. 5.	
Internetes honlapja:	www.ergo.hu	
Panaszkezelő szervezeti egység:	ERGO Versicherung Aktiengesellschaft Magyarországi Fióktelepe Ügyfélszolgálat, 1082 Budapest, Futó u. 47-53. III. emelet	
Telefon:	+36 1 877 1111	Fax: +36 1 877 1110
E-mail:	ergo@ergo.hu	

Általános Balesetbiztosítási Feltételek

I. Általános rendelkezések

1. Az ERGO Versicherung Aktiengesellschaft Magyarországi Fióktelepe (a továbbiakban: biztosító) díjfizetés ellenében a létrejött biztosítási szerződésben foglalt szolgáltatást nyújtja.
2. A biztosítóval kötött balesetbiztosításra a jelen Általános Balesetbiztosítási Feltételek (továbbiakban: általános feltételek) és a Balesetbiztosítás Különös Feltételei (továbbiakban: különös feltételek, együttesen biztosítási feltételek), a biztosítási szerződés szerves és elválaszthatatlan részét képező biztosítási ajánlat, a biztosító részére tett nyilatkozatok, a biztosítási kötvény, valamint a mindenkor hatályos magyar jogszabályok az irányadók.
3. A szerződés nyelve magyar. A szerződő kérésére a biztosító vállalhatja, írásbeli vállalása esetén pedig köteles idegen nyelven elkészíteni és átadni a szükséges okiratokat, de az iratok magyar nyelvű szövege tekintendő a hiteles szövegnek.

II. A biztosítási szerződés alanyai

1. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében viseli a biztosítási kockázatot és vállalja a szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítését.
2. A szerződő (biztosítást kötő fél) az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és kötelezettséget vállal a biztosítási díj megfizetésére és aki a biztosítási díjat megfizeti. Szerződő lehet természetes személy, jogi személy, illetőleg jogi személyiség nélküli gazdálkodó szervezet, aki/amely az érdekkörébe tartozó természetes személyre vagy személyekre a biztosítóval a biztosítási szerződésben meghatározott feltételek szerint a biztosítást megköti. A szerződő és a biztosított írásbeli beleegyezésével harmadik személy a biztosító hozzájárulásával a szerződésbe új szerződőként beléphet (szerződőcsere).
3. A biztosított az a természetes személy, akinek az életére vagy egészségi állapotára a biztosítási védelem kiterjed. Amennyiben a szerződő és a biztosított egymástól eltérő személy, akkor a szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A szerződő írásbeli hozzájárulásával a biztosított a szerződésbe szerződő félként bármikor beléphet. A belépésről a biztosítót írásban értesíteni kell. A biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet. Ebben az esetben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított és a szerződő egyetemlegesen felelős.
4. A biztosítási szerződést a biztosított személyére akkor lehet megkötni, ha a biztosítási szerződés lejáratakor a biztosított életkora (lejáratkori életkor) nem több, mint

a biztosító hatályos Díjszabásában meghatározott legmagasabb életkor.

5. A biztosított belépési életkora a biztosítási szerződés első biztosítási évfordulójának naptári éve és a biztosított születési éve közötti különbség, lejáratkori életkora pedig a biztosítási tartam végének naptári éve és a biztosított születési éve közötti különbség. A biztosított legalacsonyabb és legmagasabb belépési életkorát a biztosító hatályos Díjszabása tartalmazza.
6. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselője köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
7. Nem biztosítható személy, aki:
 - a) 50%-ot elérő vagy meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodással rendelkezik;
 - b) súlyos idegrendszeri betegségben szenved (pl.: Parkinson-kór, sclerosis multiplex, Alzheimer-kór, skizofrénia, pszichiátriai gyógykezelés, pánikbetegség, depresszió);
 - c) hivatásos sportoló;
 - d) alkohol-, gyógyszer- vagy drogfüggő;
 - e) mindkét szemére vak;
 - f) mindkét fülére súlyosan halláskárosult;
 - g) AIDS-ben szenved;
 - h) a 75. életévét betöltötte.

Amennyiben a biztosított a tartam alatt nem biztosíthatóvá válik, a biztosítási szerződés megszűnik.

8. A kedvezményezett az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult. A biztosított írásbeli hozzájárulásával a szerződő az ajánlattételkor, illetve a biztosítás tartama alatt bármikor kedvezményezettet jelölhet, valamint azt módosíthatja. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. Amennyiben a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elhalálozik, a kedvezményezett kijelölése hatályát veszti. Ha a biztosítási szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg vagy ha a kedvezményezett jelölés érvénytelen, illetve hatályát veszítette, akkor a biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje a biztosított, a haláleseti szolgáltatás kedvezményezettje(i) pedig a biztosított örököse(i).
9. A szerződő a biztosított hozzájárulásával a szolgáltatási összeget engedményezheti valamely, a szerződésben meghatározott hitelintézet részére, a szerződőnek e hitelintézettel fennálló jogviszonyából folyó kötelezettsége teljesítésének biztosítékaul. A kötelezettség teljesítésén felül fennmaradó összegre nézve más kedvezményezett személy is jelölhető.

III. A biztosítási szerződés létrejötte

1. A biztosítási szerződés megkötésére a szerződő tesz írásbeli ajánlatot a biztosító részére. A biztosítási szerződés

a szerződő és a biztosító közötti írásbeli megállapodással jön létre.

2. A biztosítási szerződés az ajánlatnak a biztosító általi elfogadása időpontjában, illetve - ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem kifogásolja -, a módosító javaslatnak a szerződő általi kézhezvételekor jön létre.
3. Ha a biztosítási ajánlat megtételekor a szerződő megfizeti az első biztosítási díjnak, illetve a biztosítás egyszeri díjának megfelelő összegű díjat, akkor azt a biztosító kamatmentes előlegként kezeli. Amennyiben a szerződés létrejön, a biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. Amennyiben a szerződés nem jön létre, a biztosító az előleget a szerződő részére visszautalja.
4. Az ajánlat elbírálása során a biztosító a kockázatelbírálást végez. Ennek során kérheti a biztosított(ak) egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát, illetve a biztosított egyéb írásbeli nyilatkozatát. A biztosítónak jogában áll ellenőrizni az előtte ily módon ismertté vált adatokat. A biztosított az elvégzett orvosi vizsgálat eredményét az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
5. A szerződő és a biztosított nyilatkozatai, a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszok, valamint az orvosi vizsgálat eredménye az ajánlat, illetőleg a biztosítási szerződés részét képezik. A szerződő és a biztosított köteles a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kitölteni.
6. A kockázatelbírálás eredményétől függően a biztosító az ajánlatot elfogadja (az ajánlattal megegyező vagy attól eltérő tartalommal) vagy elutasítja. Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja.
7. Amennyiben a kötvény tartalma eltér az ajánlattól és a szerződő az eltérést a kötvény kézhezvételétől számított 15 napon belül nem kifogásolja, akkor a biztosítási szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. A biztosító köteles a kötvény átadásakor az eltérésre a szerződő figyelmét írásban felhívni. Amennyiben a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre. Ha a szerződő az eltérést a kötvény kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban elutasítja (kifogásolja), a szerződés nem jön létre.
8. A biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító a szerződő ajánlatára annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadás időpontjára visszamenő hatállyal az ajánlatnak megfelelő tartalommal jön létre.
9. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött biztosítási szerződés eltér a jelen biztosítási feltételektől és a hatályos Díjszabástól, a biztosító az ajánlatnak a biztosító székhelyére való megérkezését követő 15 napon belül írásban javasolhatja, hogy a biztosítási szerződést a jelen biztosítási feltételeknek és a hatályos Díjszabásnak megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító a biztosítási szerződést

a módosító javaslatnak a szerződő általi elutasításától, illetve a módosító javaslat kézbesítésétől számított 15 napon belül 30 napos felmondási idővel felmondhatja. Ebben az esetben a biztosító a biztosítás díját a szerződőnek visszautalja.

10. A biztosító az ajánlatot a biztosító kockázatelbírálásra jogosult szervének történő átadásától számított 15 napon belül írásban elutasíthatja, az ezen időszakban bekövetkezett károkért helytállni nem tartozik. Az elutasítást e határidőn belül kell a szerződővel közölni. Az elutasítást a biztosító nem köteles megindokolni. Az iratok, valamint a biztosító által végeztetett orvosi vizsgálatok leletei a biztosító tulajdonát képezik.

IV. A biztosítási szerződés hatályba lépése, a kockázatviselés kezdete

1. A biztosítási szerződés a biztosítási ajánlaton kockázatviselés kezdeteként megjelölt napon 0:00 órakor lép hatályba és kezdődik a biztosító kockázatviselése, feltéve, hogy a szerződő az első díjat megfizette, a felek ettől eltérően nem állapodtak meg és a szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön. Az első díj megfizetettnek minősül, ha azt a biztosító képviselője átvételi elismervénnyel igazoltan átvette vagy egyéb esetekben, ha az a biztosító számlájára azonosítható módon beérkezett.
2. A biztosítási ajánlaton feltüntetett kockázatviselési kezdet nem lehet korábbi, mint a biztosítási ajánlat szerződő általi aláírását követő nap 0:00 órája. A felek ettől eltérő, későbbi kockázatviselési kezdő időpontban is megállapodhatnak.
3. A felek erre irányuló kifejezett nyilatkozatukkal a biztosítási szerződés létrejöttére és a biztosító kockázatviselésének kezdetére vonatkozóan a jelen általános feltételekben foglalt rendelkezésektől eltérően is megállapodhatnak.

V. A biztosítási szerződés tartama, területi hatálya

1. A biztosítási szerződés, ha a felek írásban másként nem állapodnak meg, határozott, egyéves időtartamra jön létre.
2. A biztosítás automatikusan további egy évre meghosszabbodik, amennyiben egyik fél sem nyilatkozik írásban ettől eltérően a lejárati előtt 30 nappal.
3. A biztosítási időszak 1 év, amely a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számítva egy évig tart. A felek a biztosítási időszakra vonatkozóan ettől eltérően is megállapodhatnak. A biztosítási évforduló, amennyiben a kockázatviselés kezdete a hónap első napjára esik, a kockázatviselés kezdetének naptári napjával azonos nap, egyéb esetben az azt követő hónap elseje.
4. A biztosítási szerződés nem tarthat tovább, mint amely naptári évben a biztosított életkora eléri a Díjszabásban meghatározott legmagasabb lejárati életkort.

5. A biztosító kockázatviselése megszűnik a biztosítási szerződés megszűnésének napján 0:00 órakor.
6. A biztosító kockázatviselése a biztosítás tartamán belül a Földön bekövetkező biztosítási eseményekre terjed ki.

VI. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

1. A biztosítási szerződés megszűnik:
 - a) a biztosítási szerződésben meghatározott lejáratú időpontban;
 - b) a biztosított halála esetén, a haláleset bekövetkezését követő napon;
 - c) amennyiben a biztosított a jelen általános feltételek II. 7. pontja szerint a biztosítási tartam alatt nem biztosíthatóvá válik, a nem biztosíthatóságra okot adó körülmény beálltát követő hónap első napján 0:00 órakor;
 - d) a biztosító felmondásával a jelen általános feltételek III. 9. pontjában meghatározott esetben (hallgatólagosan létrejött szerződés utólagos felmondása);
 - e) a jelen általános feltételek VII. 4. pontjában meghatározott esetben (helytelenül megadott életkor miatti megszűnés);
 - f) a biztosító felmondásával a jelen általános feltételek VII. 7. pontjában meghatározott esetben (új tények tudomásszerzése utáni felmondás);
 - g) a díjfizetés elmulasztásának következményeként a jelen általános feltételek XI. 1. pontjában meghatározott esetben;
 - h) amennyiben a biztosított biztosító által megállapított, balesetből eredő maradandó egészségkárosodásának mértéke a 100%-ot elérte és a biztosító a szolgáltatást teljesítette;
 - i) a szerződő felmondásával, melyet a szerződő a biztosított hozzájárulásával, írásbeli nyilatkozatban, a lejárat előtt legalább 30 nappal kezdeményezhet a biztosítónál.
2. Ha biztosítási esemény következik be, a biztosító az egész évre járó díj megfizetését követelheti, a biztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben pedig annak a hónapnak az utolsó napjáig járó díjakat, amelyben a kockázatviselése véget ért.
3. A megszűnt biztosítási szerződést a biztosítási díj utólagos befizetése nem hozza újból létre, az ekkor befizetett díjat a biztosító a szerződőnek 30 napon belül kamatmentesen visszafizeti.
4. A megszűnt biztosítási szerződést az eredeti feltételeknek megfelelően újból hatályba léptetni nem lehet.

VII. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

1. A biztosítási szerződés alapján a szerződő biztosítási díj fizetésére köteles.

2. A szerződő a biztosított hozzájárulásával jogosult a biztosítási szerződés szerinti jognyilatkozatok megtételére. A szerződő jogosult biztosítási szerződésével kapcsolatban a biztosítótól adatot, információt kérni, figyelemmel a személyes adatok kezelésére vonatkozó szabályokra is.
3. A közlési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított az ajánlattételkor köteles minden olyan körülményt közölni a biztosítóval, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A felek közlési kötelezettségüknek azzal tesznek eleget, ha a biztosító által írásban feltett kérdésekre a valóságnak megfelelően és hiánytalanul válaszolnak, valamint a biztosító által rendszeresített nyomtatványon szereplő nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően teszik meg. A kockázatelbírálás során esetlegesen elvégzett orvosi vizsgálat a szerződőt és a biztosítottat közlési kötelezettségük alól nem mentesíti.
4. Amennyiben a biztosított tényleges születési évszáma alapján a biztosítási szerződés nem jöhetett volna létre, akkor a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, a biztosítási szerződés megszűnik és a biztosító a befizetett díjat a felmerült költségeivel csökkentetten 15 napon belül visszafizeti a szerződőnek.
5. A változás-bejelentési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt köteles az ajánlatban közölni, illetve a szerződésben meghatározott lényeges körülményekben bekövetkezett változásokat, annak megtörténtétől számított 15 napon belül írásban bejelenteni a biztosítónak. Lényegesnek minősül az a körülmény, amelyre vonatkozóan a biztosító a szerződés megkötésekor írásban kérdést tett fel és amelyekről írásbeli bejelentést kér, illetve amelyekre vonatkozóan nyilatkozattételi kötelezettséget írt elő. Így lényeges körülmény különösen a szerződő vagy a biztosított neve, lakcíme, székhelye, postai címe, továbbá a biztosított foglalkozása, sporttevékenysége. A biztosított köteles a biztosítási szerződés tartama alatt a jelen általános feltételek II. 7. pontjában meghatározott, a biztosíthatóságot kizáró állapotok beálltát, az annak megtörténtétől számított 15 napon belül írásban bejelenteni a biztosítónak. Ezekben az esetekben a biztosítási szerződés a jelen általános feltételek VI. 1. c) pontjában körülírt módon megszűnik.
6. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség a szerződőt és a biztosítottat egyaránt terheli. Amennyiben a szerződő és a biztosított a közlési és változás-bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a biztosító mentesülhet a szolgáltatási kötelezettség alól a jelen feltételek XV. 3. pontjában körülírt módon.
7. Amennyiben a biztosító a biztosítási szerződés létrejöttétől után szerez tudomást a biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a biztosítási szerződésben meghatározott lényeges körülményekben bekövetkezett változásokat a szerződő vagy a biztosított bejelenti, akkor a biztosító a tudomásszerzéstől, illetve a kézhezvételtől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetve amennyiben

a biztosítási feltételek és a hatályos Díjszabás alapján a kockázatot nem vállalhatja, a szerződést 30 napos határidő betartásával írásban felmondhatja. Amennyiben a szerződő nem fogadja el a módosító javaslatot vagy arra 30 napon belül nem válaszol, a biztosítási szerződés a módosító javaslat kézhezvételét követő 30. napon megszűnik. Ha a biztosító e jogaival nem él, a biztosítási szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.

8. A biztosított a baleset bekövetkeztekor köteles a bekövetkezett biztosítási esemény következményeit a tőle telhető módon enyhíteni. Haladéktalanul köteles orvoshoz fordulni, orvosi segítséget igénybe venni.
9. A biztosító köteles a biztosítási szerződés alapján a biztosítási feltételekben meghatározott szolgáltatások nyújtására, a szerződő biztosítási szerződésére vonatkozóan bejelentett, a biztosítási feltételeknek megfelelő igények végrehajtására.

VIII. A biztosítási esemény

1. A jelen általános feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződésben biztosítási esemény a biztosítottat ért baleset.
2. A baleset olyan, a biztosított akaratán kívüli, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következménye a biztosított egészségkárosodása.
3. Balesetnek minősülnek a jelen általános feltételek szerint:
 - a) vízbefúlás;
 - b) égés, leforrázás, villámcsapás, vagy elektromos áram által kiváltott hatás;
 - c) gázok vagy gőzök belégzése, mérgező vagy maró hatású anyagok szervezetbe való bekerülése, kivéve, ha ezek a hatások fokozatosan következnek be;
 - d) a végtagon és a gerincoszlopon található izmok, inak, szalagok és hüvelyek szakadása, a tervezett mozgásfolyamattól való hirtelen eltérés következtében.
4. Balesetnek minősül továbbá:
 - a) a gyermekbénulás vagy a kullancscsípés következtében keletkező agyhártya- és/vagy agyvelőgyulladás, ha a betegség szerológiai megállapításra került, és az legkorábban a kockázatviselés kezdetét követő 15. nap után, legkésőbb azonban a kockázatviselés megszűnését követő 15 napon belül lép fel.
A betegség kezdetének (a biztosítási esemény időpontjának) azt a napot kell tekinteni, amikor a gyermekbénulásként, vagy agyhártya- és/vagy agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz;
 - b) a veszettség, amennyiben sor került a betegség megállapítására, és az legkorábban a kockázatviselés kezdetét követő 60. nap után, legkésőbb azonban a kockázatviselés megszűnését követő 60 napon belül lép fel.
A betegség kezdetének azt a napot kell tekinteni, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség

miatt először fordultak orvoshoz;

- c) a tetanuszfertőzés, amennyiben sor került a betegség megállapítására, és az legkorábban a kockázatviselés kezdetét követő 20. nap után, legkésőbb azonban a kockázatviselés megszűnését követő 20 napon belül lép fel.
A betegség kezdetének azt a napot kell tekinteni, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
5. Jelen általános feltételek alkalmazásában:
 - a) munkabaleset a biztosítottat foglalkozása körében végzett munka vagy díjazásért végzett tevékenység közben vagy azzal összefüggésben érő, a társadalombiztosítási és a munkavédelmi jogszabályok szerint munkabalesetnek minősülő esemény;
 - b) úti baleset a biztosítottat a lakóhelyéről a munkahelyre és a munkahelyről a lakóhelyre vezető úton érő baleset, mindkét esetben közvetlen haladással megszakítás nélküli útvonalon.
6. Nem minősülnek balesetnek:
 - a) a megemelése, a rándulás, a patológiás törés, fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a hőguta;
 - b) az emberről vagy állatról áttérjedt bakteriális- vagy vírusfertőzés, akkor sem, ha azokat balesetszerű fizikális ok váltotta ki, kivéve, ha a záradékok vagy a különös feltételek másként rendelkeznek;
 - c) a biztosított foglalkozási betegsége (foglalkozási ártalmak);
 - d) az öncsonkítás, az öngyilkosság és ezek kísérlete, akkor sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be;
 - e) a betegség, a fertőző betegség pedig nem minősül baleset következményének, kivéve, ha jelen feltételek ettől eltérően nem rendelkeznek;
 - f) a porckorongsérv kialakulása, kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém mechanikus behatás következménye;
 - g) a hasi sérv kialakulása, kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém mechanikus behatás következménye.

IX. Általános kizárások

1. A jelen általános feltételek szerint a biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbi eseményekre:
 - a) légi járművek használata - ideértve a segédmotoros vitorlázó repülőgépet és olyan ultralight légi járművet, amely személyszállítási felhasználásra engedélyezett - és ejtőernyős ugrás, kivéve, ha a biztosított utasszállító repülőgép utasaként szenved el a balesetet;
 - b) a biztosított által elkövetett bűncselekmény vagy annak kísérlete során elszenvedett baleset;
 - c) háborús cselekménnyel közvetlenül vagy közvetve összefüggő baleset;

- d) belső zavargással összefüggő baleset, ha a biztosított a rendzavarók oldalán lépett fel;
 - e) ionizáló sugárzással vagy atomenergia hatásával összefüggő baleset;
 - f) a biztosítottat ért szívinfarktus, agyvérzés vagy epilepsziás roham következtében fellépő baleset;
 - g) amennyiben a biztosított kábítószer, gyógyszert vagy alkoholt fogyasztott, és ezen szerek lényegesen korlátozták a biztosítottat, tudatzavart, fizikai teljesítőképesség-csökkenést okoztak és ezzel összefüggésben baleset éri;
 - h) amennyiben a biztosított önmagának gyógyeljárást vagy beavatkozást hajt végre, vagy ezen tevékenységek nem orvos általi elvégzésének veti magát alá, és ezzel összefüggésben baleset éri;
 - i) a biztosítottat sportolóként ért baleset.
2. A biztosítottat sportolóként ért balesetnek minősül:
- a) külön megállapodás hiányában a versenysportolót edzésen vagy bármilyen versenyen való részvétel során ért baleset;
 - b) a gépi erővel hajtott szárazföldi, légi- vagy vízi járművel sportversenyen vagy ilyen versenyre való felkészülés edzésén való részvétel során a biztosítottat ért baleset;
 - c) a sífutás, síugrás, bób és síbób sportág országos vagy nemzetközi versenyén, valamint ilyen versenyre való felkészülés edzésén való részvétel során a biztosítottat ért baleset;
 - d) az UIAA (Union Internationale des Associations d'Alpinisme) skáláján legalább 4. nehézségi fokot elérő hegy-, jég-, szikla-, gleccser-, szabad-, verseny-, falmászás vagy barlangászás során a biztosítottat ért baleset;
 - e) a lovaspóló, díjugratás, akadálylovaglás, versenylovaglás, tereplovaglás, ügetőverseny és egyéb lovas sportág versenyén, valamint ilyen versenyre való felkészülés edzésén való részvétel során a biztosítottat ért baleset.
3. A felek erre irányuló kifejezett nyilatkozatukkal a biztosító kockázatviselésének kiterjesztésére vonatkozóan a jelen általános feltételekben foglalt rendelkezésektől eltérően is megállapodhatnak.

X. A biztosítási díj

1. A biztosítási díj a biztosító által vállalt kockázatviselés ellenértéke. A biztosítási szerződés rendszeres vagy egyszeri díjas.
2. A szerződő azon a napon teljesíti a díjfizetési kötelezettségét, amikor az első díjat a biztosító képviselőjének készpénzben megfizette, illetve amikor a szerződő által megfizetett díj a biztosító számlájára azonosítható módon beérkezett.
3. A biztosítási szerződés díja a kockázatviselés kezdetétől számítva illeti meg a biztosítót. Az első díj a szerződés létrejöttkor esedékes, kivéve, ha a felek az első díj

megfizetésére halasztásban állapodtak meg. Minden későbbi díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre az vonatkozik.

4. A rendszeres díjas biztosítási szerződés biztosítási évre meghatározott éves díja féléves, negyedéves vagy havi gyakorisággal is megfizethető, kivéve, ha a biztosító hatályos Díjszabása másként nem rendelkezik. A díjfizetési gyakoriságot a szerződő az ajánlatban jelöli meg. A szerződő a biztosítási tartam alatt írásban kérheti a díjfizetési gyakoriság módosítását a következő díjfizetési esedékesség előtt legalább 30 nappal.
5. Az egyszeri díjas biztosítási szerződés egyszeri díja egy összegben fizethető meg.
6. A biztosítás díja megfizethető készpénzáttutalási megbízáson (csekk), banki átutalással vagy rendszeres díjas biztosítási szerződés esetén csoportos beszedési megbízással. A díjfizetés módját a szerződő az ajánlatban jelöli meg. Rendszeres díjas biztosítási szerződés esetén a szerződő a biztosítási tartam alatt írásban kérheti a díjfizetés módjának módosítását a következő díjfizetési esedékesség előtt legalább 15 nappal.
7. A biztosítási díj a biztosított foglalkozása, tevékenysége, egészségi állapota, a biztosítás időtartama és a biztosítási összeg alapján kerül meghatározásra. Fokozott kockázat esetén pótdíj vagy speciális feltételek kerülhetnek meghatározásra.
8. Amennyiben a biztosítónak tévesen adtak meg a felek a biztosítási kockázatviselés szempontjából lényeges adatot, és ezért az alacsonyabb biztosítási díj megállapítására került sor, a biztosítási esemény bekövetkeztekor a kockázat tényleges veszélyességének és a ténylegesen befizetett díjnak megfelelő szolgáltatást teljesíti a biztosító. Ha a megállapított díj meghaladja a szükséges mértéket, akkor a biztosító a díjtöbbletet visszafizeti a szerződőnek.
9. A biztosítási díj a biztosítási szerződés tartama alatt változhat értékkövetéskor, a kockázatviselés szempontjából lényeges körülmény megváltozásakor vagy a biztosítási szolgáltatások szerződő általi módosításakor.

XI. A díjfizetés elmulasztásának következményei

1. Amennyiben a szerződő nem fizeti meg az esedékes díjat az esedékesség időpontjában és a díjfizetés tekintetében halasztást sem kapott, illetve a biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette, a biztosítási szerződés az első elmaradt díj esedékességétől számított 30 nap elteltével megszűnik. Ez a határidő további 30 nappal meghosszabbodik, ha a biztosító a szerződőt írásban felhívja a díj megfizetésére és tájékoztatja, hogy a meghosszabbított határidő eredménytelen eltelte esetén a biztosítási szerződés megszűnik.
2. Ha azon időszak alatt következik be biztosítási esemény, amíg a biztosító a kockázatot viseli, de a szerződőnek díjfizetési elmaradása van, a biztosító a teljesítendő szolgáltatásból levonja a meg nem fizetett biztosítási díjat.

XII. Értékkövetés (indexálás)

1. A biztosítási szerződés jelen általános feltételek V. 2. pontjában körülírt automatikus meghosszabbodásával egyidejűleg a biztosító a biztosítási szerződés értékének megőrzése érdekében - a kárgyakoriságtól függetlenül - felajánlja a szerződőnek az értékkövetés lehetőségét.
2. Az értékkövetésre a biztosítási évforduló napján kerülhet sor. A szerződő a biztosító által felajánlott mértékkel növelheti biztosítási szerződésének biztosítási összegét, mellyel arányosan nő a biztosítási szerződés díja is.
3. Szerződő az értékkövetést az ajánlattételkor vagy a tartam alatt bármikor választhatja.
4. A biztosító minden biztosítási évforduló előtt egy hónappal értesítést küld a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási díjról és biztosítási összegekről. A szerződőnek jogában áll a biztosító értékkövetésre vonatkozó ajánlatát annak kézhezvételét követő 30 napon belül írásban elutasítani. Amennyiben a szerződő a határidőn belül írásban elutasítja a módosítási javaslatot, a biztosítási szerződés az utoljára érvényes feltételekkel marad fenn. Amennyiben a szerződő elfogadja a módosító javaslatot, a biztosítási szerződés a következő biztosítási év kezdetétől a biztosító által tett módosításokkal lép hatályba.
5. A biztosító bizonyos összeghatár elérésénél orvosi vizsgálatot kérhet. Az orvosi vizsgálat eredményeként a díjemelési igényt a vizsgálati eredmények biztosítóhoz történő beérkezését követő 15 napon belül a biztosító elutasíthatja.
6. Az értékkövetés alapjául az indexálás időpontjában a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) által kiadott fogyasztói árindexben közzétett mutatószámok szolgálnak. Amennyiben a fogyasztói árindex valamely évben 5% vagy annál kevesebb, a biztosító a következő évben 5% értékkövetést ajánl fel.
7. Egyszeri díjas szerződéseknél, valamint azoknál a szerződéseknél, melyekre a szerződőnek már díjfizetési kötelezettsége nincs, az értékkövetés nem alkalmazható.

XIII. A biztosítási szerződés módosítása

1. A szerződő a biztosított írásbeli hozzájárulásával jogosult a rendszeres díjas biztosítási szerződés biztosítási összegeinek értékkövetéstől független növelésére vagy csökkentésére. A biztosító a biztosítási összegek növelési szándékával kapcsolatban jogosult kockázatelbírálást végezni, ennek keretében orvosi vizsgálatot is kérhet. Az elbírálás alapján a biztosító jogosult a kérést elfogadni vagy indoklás nélkül elutasítani. A módosítás a szerződő kérelmének a biztosító általi elfogadását követő díjfizetési esedékességtől kezdődően hatályos.
2. A biztosítási összegek csökkentése esetén a módosított biztosítási összegek nem lehetnek kisebbek a biztosító mindenkor hatályos Díjszabásában meghatározott értéknél.

3. A szerződő a biztosított írásbeli hozzájárulásával kérheti a biztosítási szerződésbe új biztosítási kockázat(ok) kötését, illetve meglévő biztosítási kockázat(ok) megszüntetését. A biztosító ebben az esetben is jogosult kockázatelbírálást végezni, illetve figyelembe venni a mindenkor hatályos Díjszabásban a biztosítási kockázatokra vonatkozó szabályokat. A biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződéssel kapcsolatos igény teljesítése esetén az elfogadást követő díjfizetési esedékességtől kezdődően módosul.
4. A biztosító írásban tájékoztatja a szerződőt a biztosítási összegek emeléséről vagy csökkentéséről, illetve a biztosítási kockázat(ok) felvételéről vagy megszűnéséről legkésőbb a módosítások hatályát követő 30 napon belül.

XIV. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási szerződéssel kötelezettséget vállal arra, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén teljesíti a biztosítási szerződésben, illetve a különös feltételekben meghatározott, biztosított kockázatonként eltérő szolgáltatást.
2. A biztosítási eseményt a különös feltételekben leírt határidőn belül és dokumentumok benyújtásával kell írásban bejelenteni a biztosítónak. Amennyiben a biztosító által kért dokumentumokat felkérés ellenére nem vagy csak hiányosan nyújtják be, a biztosító a rendelkezésére álló iratok alapján dönt a szolgáltatási igényről, illetve elrendelheti a biztosított személy orvosi vizsgálatát is. Az orvosi vizsgálat költségeit a biztosító, az orvosi vizsgálaton történő megjelenéssel kapcsolatos felmerült költségeket a biztosított viseli.
3. A biztosító a szolgáltatást az igény elbírálásához szükséges valamennyi irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti, amennyiben a különös feltételek ettől eltérően nem rendelkeznek.
4. A biztosító a biztosítási szolgáltatást egyösszegben, átutalással teljesíti. Ha a kedvezményezett(ek) a szolgáltatást ettől eltérő módon kéri teljesíteni, az ezzel kapcsolatban felmerülő költségeket a biztosító a kedvezményezett(ek)re áthárítja, és azzal a szolgáltatási összeget csökkenti.

XV. A biztosító mentesülése szolgáltatási kötelezettsége alól

1. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól,
 - a) amennyiben a biztosítási esemény a kedvezményezett szándékos magatartása, vagy a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása következtében történt;
 - b) amennyiben a biztosított a baleset bekövetkeztét követően orvosi segítséget nem, vagy nem haladéktalanul vesz igénybe, illetőleg ha nem veti magát alá a szakszerű orvosi kezelésnek.

2. Súlyos gondatlanságnak minősül, ha:
- a baleset időpontjában a biztosított ittas állapotban volt;
 - a biztosítási esemény kábítószer-fogyasztás, illetve kábító vagy bódító hatású szerek hatása alatt következett be, kivéve, ha az utóbbit a kezelőorvos utasítására rendeltetésszerűen szedte;
 - az adott gépjármű-kategóriára érvényes jogosítvány nélkül vagy ittas állapotban vezetett gépjárművet;
 - a biztosított olyan gyógyszert szedett, amelyet számára nem orvos rendelt

és ezen tények bármelyike a biztosítási esemény bekövetkezésében közrehatott.

Ittas állapotnak minősül az 1,6 ezrelék feletti, gépjármű-vezetés esetén a 0,8 ezrelék feletti véralkohol szint.

3. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a szerződő vagy a biztosított a jelen általános feltételek VII. 3. és 5. pontjában körülírt közlési és változás-bejelentési kötelezettségét megsérti, kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:
- az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy
 - az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítási szerződés tartama alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a jelen általános feltételek VII. 7. pontjában szabályozott szerződésmódosítási, illetve felmondási lehetőségével vagy
 - az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító szolgáltatási kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig már öt év eltelt.
4. A biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a jelen általános feltételek XIV. 2. pontjában körülírt szolgáltatási igény bejelentési kötelezettséget a szerződő, a biztosított, illetve a kedvezményezett(ek) elmulasztják vagy késedelmesen történik a bejelentés és emiatt a biztosítási esemény megítélése szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
5. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a biztosítottat ért munkahelyi baleset arra vezethető vissza, hogy a biztosított a munkavédelmi előírásokat megszegte.
6. Fenti körülmények bizonyítása azt a felet terheli, aki azokra hivatkozik.

XVI. Családi balesetbiztosítás általános feltételei

1. Családi balesetbiztosítás esetén a biztosítási védelem kiterjed az ajánlaton megjelölt főbiztosítottra, annak házastársára vagy élettársára, illetve a vér szerinti, mostoha- vagy adoptált gyermekeire, feltéve, hogy mindannyian a főbiztosítottal egy háztartásban élnek,

a gyermekek 18. életévüket még nem töltötték be és nem rendelkeznek önálló jövedelemmel.

2. Biztosítottak az ajánlaton név szerint feltüntetett személyek minősülnek. Amennyiben a tartam során a biztosított személyek köre változik, úgy azt írásban be kell jelenteni a biztosítónak.
3. A családi balesetbiztosítás a biztosítottakra nézve azonos biztosítási összegeket tartalmaz. A biztosított kockázatokon belüli korlátozásokat a különös feltételek tartalmazzák.

XVII. Csoportos balesetbiztosítás általános feltételei

- A biztosítottak körét a szerződő határozza meg.
- A csoportos balesetbiztosítás esetén a biztosítottak a szerződés megkötéséhez hozzájáruló nyilatkozatot tesznek. A felek megállapodása alapján a szerződés a biztosítottak egészségi nyilatkozatával, orvosi vizsgálatával vagy ezek nélkül jöhet létre.
- A jognyilatkozatokat a szerződőhöz kell intézni, a szerződő pedig köteles a megfelelő jognyilatkozatok megtételére, a biztosítottak tájékoztatására.
- A csoportos balesetbiztosítás a biztosított csoportokra nézve azonos szolgáltatásokat és biztosítási összegeket tartalmaz.
- Az tekinthető biztosítottnak, akire nézve ajánlatot tettek, a szerződés megkötésekor biztosítható volt és a biztosítottak névsorában szerepel. A biztosítottak listáját, a hozzájáruló nyilatkozatokat a szerződő kezeli és szükség esetén a biztosító rendelkezésére bocsátja.
- Új biztosítottat a tartam alatt bármikor be lehet jelenteni. Ellenkező megállapodás hiányában az új biztosított tekintetében a biztosító kockázatviselésének kezdete a hozzájáruló nyilatkozat biztosított általi aláírását követő nap 0:00 órája.
- Csoportos balesetbiztosítási szerződést a szerződő írásban benyújtott ajánlattal és a baleseti kockázat elbírálásához szükséges, a biztosító által igényelt iratokkal kezdeményezi.
- A biztosítási díjat a biztosítottak foglalkozása vagy tevékenysége, illetve a szerződő tevékenységének veszélyosztályba sorolásával, a kedvezmények és pótlékok alapján a biztosító állapítja meg. A szerződő, illetőleg a biztosítottak által végzett tevékenység alapján a biztosító pótlékot állapíthat meg. A felek megállapodása szerint a szerződő tartam-, illetőleg létszámkedvezményben részesülhet.
- A biztosítottak számának évközi változása követéséről szerződő felek a biztosítási szerződésben állapodnak meg. Ellenkező megállapodás hiányában a biztosítottak létszámának az adott biztosítási év alatti, illetőleg egy évnél rövidebb szerződés esetében a szerződés tartama alatti változásából eredő díjkülönbözetet a felek utólag, a biztosítási évfordulót követő, illetőleg a szerződés lejártát követő 30 napon belül számolják el.

XVIII. Személyes adatok kezelése

1. A biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 153-155. §-a értelmében:
 - a) biztosítási titok minden olyan, a biztosító és a biztosításközvetítő rendelkezésére álló, minősített adatot nem tartalmazó adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik;
 - b) a biztosító és biztosításközvetítői biztosítási titokként kötelesek kezelni a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett által bármilyen formában megadott személyes adatot, valamint a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatással összefüggő törvényben rögzített adatokat. Az ilyen, biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító csak akkor adhatja ki harmadik személynek, ha a biztosító ügyfele vagy törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan meghatározva erre vonatkozóan írásban felmentést ad.
2. A biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti, melyet a biztosított a biztosítási ajánlat egészségi nyilatkozatának kitöltésével és aláírásával ad meg.
3. A biztosító titoktartási kötelezettsége nem áll fenn a feladatkörében eljáró Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletével szemben; a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel szemben; a büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval szemben; a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel szemben; az adóhatósággal szemben, ha adóügyben az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli; a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal szemben; a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal szemben; a feladatkörében eljáró gyámhatósággal szemben; az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal szemben; a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervvel szemben; a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal szemben; az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval szemben; a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben; a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával szemben; továbbá a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósággal szemben.
4. A törvény szerint, ha a fentebb felsorolt szervek közül közigazgatási szervek vagy az igazságszolgáltatás szervei írásbeli megkereséssel fordulnak a biztosítóhoz, akkor a szerveknek az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját kell megjelölniük. A többi szerv vagy személy megkeresése esetén a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját kell megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.
5. A biztosító, a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószerrel visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbanószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben. A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.
6. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben sem, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-főkapitányság – a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkerő által aláírt titoktartási záradékot.
8. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által

- támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.
9. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg, vagy a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.
 10. A biztosító a továbbított adatokról nyilvántartást vezet. A biztosító a feladatai ellátásához jogosult kezelni a biztosított (szerződő, kedvezményezett) személyi adatait, a biztosítási összeget, az egészségi állapottal összefüggő adatokat, a kifizetett biztosítási összeget, a kifizetés idejét, a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő valamennyi lényeges tény és körülményt.
 11. A biztosító a biztosított (szerződő, kedvezményezett) kérelmére tájékoztatást ad az érintett személy általa kezelt, illetve az általa megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatairól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevéről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá - az érintett személyes adatainak továbbítása esetén - az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről. Törvény az adattovábbításról való tájékoztatást kizárhatja. A biztosító köteles a biztosított (szerződő, kedvezményezett) által kezdeményezett adathelyesbítést átvezetni.
 12. A biztosító a biztosítási titoknak minősülő adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, továbbá azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító törölni köteles minden olyan, az ügyfeleivel, a volt ügyfeleivel, létre nem jött szerződésekkel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelésével kapcsolatban az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
 13. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

XIX. Vegyes és záró rendelkezések

1. A biztosítási szerződésből eredő követelések a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított két év után évülnek el. Az elévülési idő leteltével a biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.
2. A nyilatkozatokra vonatkozó szabályok:
 - a) szerződő felek nyilatkozatainak érvényességéhez írásbeli alak szükséges. A szóbeli közlések nem hatnak ki a szerződés tartalmára, hatályára, vagy érvényességére;

- b) amennyiben a biztosító valamely nyilatkozatot a szerződő, a biztosított vagy a szerződés egyéb jogosultja részére, annak utolsó ismert címére ajánlott levélben küld el, akkor ez a címzett címére történő megérkezéskor minősül kézbesítettnek.
 - c) a szerződő egy hónapnál hosszabb külföldi tartózkodása esetén magyarországi kézbesítési megbízottat köteles írásban bejelenteni, ennek hiányában a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.
3. Nem tekinthető ajánlattételnek az a nyilatkozat, amikor a biztosítási szándékot nem a biztosító erre a célra készült ajánlati formanyomtatványán írják alá, mivel a biztosításra vonatkozó lényeges adatok így nem kerülnek teljes körűen közlésre, kivéve, ha a felek ettől eltérően nem állapodtak meg.
 4. A biztosítóhoz eljuttatott jognyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha teljes körűen tartalmazza azokat az adatokat, amelyek a jognyilatkozat, illetve az általa kiváltani szándékozott jogcselekmény érvényességéhez szükségesek és az a biztosító székhelyére megérkezik. Már létrejött biztosítási szerződés esetében az írásbeli jognyilatkozatok akkor hatályosak a biztosítóval szemben, ha az érintett szerződés és a jognyilatkozat tartalma, a jognyilatkozatot tevő személye egyértelműen beazonosítható, valamint, ha a jognyilatkozatot tevő személy az adott szerződés keretében ilyen nyilatkozat megtételére jogosult. A határidők csak a biztosítóval szemben hatályos jognyilatkozatok alapján számíthatók. A biztosítóhoz faxon eljuttatott nyilatkozattal egyidejűleg a nyilatkozatot levélpostai küldeményként is meg kell küldeni.
 5. A biztosítási kötvény megsemmisülése vagy elvesztése esetén a biztosító a szerződő kérésére tartalmában az eredeti kötvénnyel megegyező új biztosítási kötvényt állít ki, "másodlat" megjelöléssel. A másodlat kiállításával összefüggő költségek a kérelmezőt terhelik.
 6. A biztosítási szerződésre és az abból fakadó igények érvényesítésre a magyar jog szabályait, a Polgári Törvénykönyvet (a továbbiakban: Ptk.), a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről és az adózás rendjéről szóló mindenkor hatályos jogszabályokat kell alkalmazni.
 7. Amennyiben a biztosítási termékre jellemző különös feltételek eltérnek a jelen általános feltételektől, az eltérések tekintetében a különös feltételek szerint kell eljárni.
 8. Jelen általános feltételek értelmében:
 - a) hivatásos (profi) sportolónak minősül az, aki sport-szervezettel munkaviszony vagy egyéb kereső tevékenységre irányuló jogviszony keretében vagy egyéni vállalkozóként jövedelemszerzés céljából sporttevékenységet végez és a sportági, szakmai egyesület, illetve a sportegyesület feltételeinek megfelelően megszerzett hivatásos (profi) sportolói engedéllyel rendelkezik;
 - b) versenysportolónak minősül az, aki nem hivatásos (nem profi) sportolóként végzi a sporttevékenységet, feltéve, hogy versenyeken (bajnokságokon, mérkő-

zéseken) is részt vesz, a verseny jellegétől függetlenül;

- c) szabadidős sportoló, aki nem hivatásos (profí) sportolóként, és nem versenysportolóként végzi sporttevékenységét;
- d) háborúnak minősül a háború (hadüzenettel vagy anélkül), a határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, a törvényes kormány elleni puccs vagy

puccskísérlet, a népi megmozdulás, az idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), a kommandótámadás, a terrorcselekmény. Kommandótámadás és terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.

Balesetbiztosítás Különös Feltételei

I. Általános rész

1. Az ERGO Versicherung Aktiengesellschaft Magyarországi Fióktelepe díjfizetés ellenében a Balesetbiztosítás Különös Feltételei alapján a biztosítási szerződésben leírt biztosítási szolgáltatást nyújtja.
2. A jelen feltételben nem részletezett kérdésekben a biztosító Általános Balesetbiztosítási Feltételei és a Ptk. rendelkezései irányadók.
3. A biztosító kockázatviselése a II. pontban felsorolt biztosított kockázatok közül kizárólag csak azokra terjed ki, melyeket a biztosítási ajánlaton és a biztosítási kötvényen megjelöltek. A szolgáltatás további bővítésére és szűkítésére vonatkozó rendelkezéseket a jelen feltétel záradékai tartalmazzák. A záradékok szerinti megállapodás csak akkor érvényes, ha arról a felek megállapodtak és ez a biztosítási ajánlaton és a biztosítási kötvényen szerepel.

II. Biztosított kockázatok

Baleseti halál

1. A biztosító szolgáltatása
 - 1.1. A biztosító a biztosítási szerződésben baleseti halál eseteire meghatározott biztosítási összeget teljesíti a biztosítási szerződésben megjelölt kedvezményezett(ek)nek, ha a biztosított a kockázatviselés időtartama alatt elszenvedett biztosítási eseménynek minősülő balesettől számított egy éven belül a balesettel okozati összefüggésben meghal.
 - 1.2. Családi balesetbiztosítás esetén gyermek elhalálozása-kor a biztosító szolgáltatása a temetés számlával igazolt költségének megtérítésére, de legfeljebb 500.000 Ft-ig terjed.
2. A biztosító teljesítésének feltételei
 - 2.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény megtörtén-tétől számított 15 naptári napon belül, írásban kell beje-lenteni a biztosítónak.
 - 2.2. A biztosítási esemény bekövetkezésekor az alábbi doku-mentumokat kell a biztosító rendelkezésére bocsátani:
 - a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;
 - b) az utolsó biztosítási kötvényt;
 - c) a biztosított halotti anyakönyvi kivonatát, halottvizs-gálati bizonyítványt;
 - d) a baleset kezdetének és a következménye lefolyásá-nak tisztázásához szükséges orvosi dokumentumo-kat, leleteket;
 - e) a baleset körülményeinek tisztázásához szükséges dokumentumokat: baleseti jegyzőkönyvet, rendőrség-i határozatot, bírói határozatot;
 - f) a kedvezményezett személyazonosságát igazoló okmányokat;
 - g) a jogerős hagyatékátadó végzést vagy az örökösö-ségi bizonyítványt.

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás és funkciócsökkenés

1. A biztosító szolgáltatása
 - 1.1. A biztosító a biztosítási szerződésben baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás és funkciócsökkenés (továbbiakban együttesen: maradandó egészségkároso-dás) eseteire meghatározott biztosítási összeg egészség-károsodás mértékének megfelelő részét teljesíti a szerző-désben megjelölt kedvezményezett(ek)nek, amennyiben a biztosított a kockázatviselés tartama alatt elszenv-de, biztosítási eseménynek minősülő balesettől számí-tott két éven belül, a balesettel okozati összefüggésben maradandó egészségkárosodást vagy funkciócsökkenést szenved el.
 - 1.2. Maradandó egészségkárosodásnak a szokásos életvitelt korlátozó mértékű, csökkent testi és/vagy szellemi műkö-dőképeség tekintendő.
 - 1.3. A maradandó egészségkárosodás mértéke véglegesen akkor állapítható meg, ha a biztosított egészségi állapota orvosi szempontból egyensúlyba kerül és stabilnak mondható. Maradandó egészségkárosodás megállapítá-sánál nem irányadó a biztosított munkaképességének változása és/vagy az a körülmény, hogy már nem képes egy adott sporttevékenységet folytatni. A baleset következtében fellépő hátrányos esztétikai következmények és egyéb (pl. szociális, anyagi) hátrá-nyok nem adnak alapot a biztosítási szolgáltatásra.
 - 1.4. A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító állapítja meg, az független egyéb intézmény(ek) vagy a társadalombiztosító által megállapított mértéktől. Az egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek és érzékszervek károsodása

- | | |
|--|-----|
| a) egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 70% |
| b) egyik felső végtag könyökízület felett való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 65% |
| c) az egyik felső végtag könyökízület alatti vagy az egyik kéz teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 60% |
| d) egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 20% |
| e) egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 10% |
| f) bármely más ujj elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 5% |
| g) egyik alsó végtag csípőízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 70% |
| h) egyik alsó végtag részleges amputációja vagy a térdízület teljes működésképtelensége | 60% |
| i) alsó lábszár vagy egyik lábfej teljes amputációja | 50% |
| j) egyik lábfej boka szintjében való teljes műkö-désképtelensége vagy teljes elvesztése | 30% |

- k) egy nagylábujj teljes működésképtelensége vagy teljes elvesztése 5%
- l) bármelyik másik lábujj működésképtelensége vagy teljes elvesztése 2%
- m) mindkét szem látóképességének elvesztése 100%
- n) egyik szem látóképességének elvesztése 35%
- o) egyik szem látóképességének elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette 65%
- p) mindkét fül hallóképességének elvesztése 60%
- q) egyik fül hallóképességének elvesztése 15%
- r) egyik fül hallóképességének elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette 45%
- s) szaglóérzék elvesztése 10%
- t) ízlelőérzék elvesztése 5%
- 1.5. Az előző pontban felsorolt testrészek és szervek részleges elvesztése esetén a biztosító az előző pont szerinti százalékos mértékeket arányosan állapítja meg. Az alsó és felső végtagok korlátozott működésképtelensége, az érzékszervek részleges károsodása esetén a biztosító a funkciócsökkenéssel arányosan alkalmazza a teljes végtagra vagy érzékszervre vonatkozó százalékos mértéket.
- 1.6. A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa állapítja meg a bekövetkező funkciócsökkenés alapján, amennyiben annak mértéke az 1.4. pontban meghatározottak alapján nem állapítható meg.
- 1.7. A biztosító a maradandó egészségkárosodás megállapításakor a károsodás fokából kizárja a már korábban károsodott szerveket, testrészeket; a megállapított egészségkárosodás mértékéből levonja a korábbi károsodás mértékét.
- 1.8. Maradandó egészségkárosodási igény már nem terjeszthető elő, amennyiben a biztosított a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül a baleset következtében elhalálozik.
- 1.9. A biztosító az egészségkárosodás mértékét a hozzá benyújtott utolsó orvosi leletek alapján állapítja meg, amennyiben a baleset bekövetkezésétől számított egy év eltelt és a biztosító az egészségkárosodási mértéket még nem állapította meg, továbbá a biztosított a baleset következtében elhalálozik.
- 1.10. A biztosított kérheti a biztosítótól, hogy a baleset alapján öt megillető minimális összeget fizesse ki, amennyiben a biztosító már megállapította a szolgáltatási kötelezettségét, de a károsodás foka még nem tisztázható.
- 1.11 Maradandó egészségkárosodás esetén:
- a) a maradandó egészségkárosodási igény mértékének megállapításakor a biztosító akkor veszi figyelembe a korábbi egészségkárosodás fokát, ha a balesettel érintett testrész vagy szerv azonos. A biztosító az előzetesen fennálló egészségkárosodást a 1.4. - 1.6. pontok szerint állapítja meg;

- b) idegrendszeri zavar esetében a biztosító akkor teljesít, ha az idegrendszeri zavar a baleset által okozott szervi károsodásra vezethető vissza. Lelki eredetű zavarok (neurózis, pszicho-neurózis) a jelen feltételek szerint nem baleseti következményűek;
- c) porckorongsérv esetében a biztosító abban az esetben teljesít, ha a porckorongsérv a gerincoszlopot ért közvetlen mechanikai hatásra vezethető vissza és nem a balesetet megelőzően már fennállt tünetek rosszabbodtak;
- d) bármilyen hasi sérv vagy lágyéksérv esetében a biztosító akkor teljesít, ha azt hirtelen fellépő, külső mechanikus hatás okozta.

1.12. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke nem állapítható meg egyértelműen, a biztosított és a biztosító is jogosult arra, hogy kérje az egészségkárosodás mértékének újbóli megállapítását a baleset megtörténtétől számított két éven belül.

2. A biztosító teljesítésének feltételei

2.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény megtörténtétől számított 15 naptári napon belül, írásban kell bejelenteni a biztosítónak.

2.2. A biztosítási esemény bekövetkezésekor az alábbi dokumentumokat kell a biztosító rendelkezésére bocsátani:

- a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;
- b) a baleset kezdetének és a következménye lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumokat, leleteket;
- c) a baleset körülményeinek tisztázásához szükséges dokumentumokat: baleseti jegyzőkönyvet, rendőrségi határozatot, bírói határozatot.

Baleseti kórházi napidíj

1. A biztosító szolgáltatása

1.1. A biztosító a biztosítási szerződésben baleseti kórházi napidíjként meghatározott biztosítási összeget teljesíti a szerződésben megjelölt kedvezményezettnek, ha a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, egy napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul a biztosítási eseménynek minősülő baleset következtében a balesetet követő két évben. (Egy napot meghaladó a kórházi kezelés, ha a kórházba történő felvétel és a kórházból történő elbocsátás eltérő naptári napra esik).

A biztosítási esemény a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentésben meghatározott dátummal végződik.

1.2. Kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvőbeteg gyógyintézetek).

1.3. Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi intézmények által nyújtott ellátásra:

- a) tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok;
- b) idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei;

- c) gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok;
- d) fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- e) ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

1.4. A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított baleset miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül, a baleset napjától számított két éven belül maximum 185 napra a hatályos biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeget teljesít.

1.5. Több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is a biztosító szolgáltatása két éven belül összesen 185 napra korlátozódik.

2. A biztosító teljesítésének feltételei

2.1. A szolgáltatási igényt a kórházi ellátás befejezését követő 15 naptári napon belül, írásban kell bejelenteni a biztosítónak.

2.2. A biztosítási esemény bekövetkezésekor az alábbi dokumentumokat kell a biztosító rendelkezésére bocsátani:

- a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;
- b) a kórházi zárójelentés másolatát;
- c) amennyiben készült, baleseti jegyzőkönyvet, illetve rendőrségi jegyzőkönyv másolatát.

Csonttörés

1. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a biztosítási szerződésben csonttörésre meghatározott biztosítási összeget teljesíti - a törések számától függetlenül - a szerződésben megjelölt kedvezményezettnek, ha a biztosított a biztosítási eseménynek minősülő baleset következtében csonttörést vagy csontrepedést szenved. Jelen feltételek szempontjából a fogtörés, a porcsérülés és a szalagszakadás nem minősül csonttörésnek.

2. A biztosító teljesítésének feltételei

2.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 15 naptári napon belül, írásban kell bejelenteni a biztosítónak.

2.2. A biztosítási esemény bekövetkezésekor az alábbi dokumentumokat kell a biztosító rendelkezésére bocsátani:

- a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;
- b) a csonttörést igazoló röntgenleletet vagy orvosi igazolás másolatát;

- c) amennyiben készült, baleseti jegyzőkönyvet, illetve rendőrségi jegyzőkönyv másolatát.

Baleseti keresőképtelenség napidíja

1. A biztosító szolgáltatása

1.1. A biztosító a biztosítási szerződésben baleseti keresőképtelenség napidíjaként meghatározott biztosítási összeget teljesíti a szerződésben megjelölt kedvezményezettnek, ha a biztosított a biztosítási eseménynek minősülő baleset következtében a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.

1.2. A folyamatos keresőképtelenség első 14 napjára a biztosító nem teljesít szolgáltatást (önrész).

1.3. A biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget teljesíti a keresőképtelenség 15. napjától minden naptári napra, amelyen a biztosított baleset miatt orvosilag indokolt keresőképtelen állományban van, a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb összesen 300 napra.

1.4. A biztosító egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is legfeljebb összesen 300 napra teljesít szolgáltatást.

1.5. Családi balesetbiztosítás esetén jelen szolgáltatás csak a főbiztosítottra terjed ki.

2. A biztosító teljesítésének feltételei

2.1. A szolgáltatási igényt először az ön rész leteltétől számított 15 naptári napon belül, majd ezt követően 14 napos időközönként, írásban kell bejelenteni a biztosítónak.

2.2. A biztosítási esemény bekövetkezésekor az alábbi dokumentumokat kell a biztosító rendelkezésére bocsátani:

- a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;
- b) a keresőképtelenség megállapítására jogosult szerv által a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatványok másolatát;
- c) ha kórházi ápolás is történt, a kórházi zárójelentést;
- d) baleset körülményeinek tisztázásához szükséges dokumentumokat: baleseti jegyzőkönyvet, rendőrségi határozatot, bírói határozatot.

Záradékok

2499 Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás progresszív szolgáltatással

Ezen záradék keretében a biztosító a biztosítási kötvényen baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra megjelölt biztosítási összeg alapján progresszív szolgáltatást teljesít az egészségkárosodás mértéke szerint:

- a) 1-20% közötti rokkantsági fok esetében a biztosítási összeg rokkantsági foknak megfelelő százalékát;
- b) 21-40% közötti rokkantsági fok esetén a biztosítási összeg 20%-át és a 20%-on felüli rész kétszeresének megfelelő %-nyi részt;
- c) 41-60% közötti rokkantsági fok esetén a 40%-os rokkantsági fokra a b) pont szerinti összeget és a 40%-on felüli rész háromszorosának megfelelő %-nyi részt;
- d) 61-80% közötti rokkantsági fok esetén a 60%-os rokkantsági fokra a c) pont szerinti összeget és a 60%-on felüli rész négyszeresének megfelelő %-nyi részt;
- e) 81-99% közötti rokkantsági fok esetén a 80%-os rokkantsági fokra a d) pont szerinti összeget és a 80%-on felüli rész hatszorosának megfelelő %-nyi részt;

- f) 100% rokkantság esetén a biztosítási összeg 400%-át teljesíti a biztosító.

A progresszív szolgáltatás a kötvény szerinti biztosítási összeg 400%-át nem haladhatja meg.

A progresszív szolgáltatásra való jogosultság előfeltétele, hogy a baleset bekövetkezése évében a biztosított legfeljebb a 65. életévét töltse be. Amennyiben a biztosított ezen életkort betöltötte, a fenti többlétszolgáltatás a biztosítottat nem illeti meg, a biztosító ezzel egyidejűleg a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget 17%-kal megnöveli, majd a megnövelt biztosítási összeg egészségkárosodás mértékével megegyező részét teljesíti.

2500 Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodási szolgáltatás 30%-os egészségkárosodási foktól

Ezen záradék keretében a biztosítási szerződés egyéb részeinek változatlan érvényben maradása mellett baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra a biztosító nem teljesít szolgáltatást, amennyiben a biztosított maradandó baleseti egészségkárosodásának mértéke nem éri el a 30%-ot.

Változásbejelentő / Módosítási kérelem

Szerződő neve: Szül. ideje:

Lakcíme: Kötvényszám:

Biztosítási szerződés módosításának hatálya*: év hónap **01 napja**

Az alábbi változtatásokat, illetve módosításokat kérem a Biztosítótól: (A megfelelőt kérjük X-el jelölni)

Módosítás típusa:	Mire módosuljon?
Lakcímváltozás ☐ igen ☐ nem	Új lakcím: IRSZ: Település: Községi neve: Szám/em./ajtó:
Névváltozás ☐ igen ☐ nem	Új név: (Személyi igazolvány másolatát kérjük mellékelni!)
Elérhetőség változása ☐ igen ☐ nem	Telefonszám: E-mail cím:
Díjfizetés módjának változtatása ☐ igen ☐ nem	☐ csekk ☐ csoportos beszédés ☐ átutalás (Csoportos beszédés esetén kérjük, hogy a „Felhatalmazás Csoportos Beszedési Megbízás Teljesítésére” című nyomtatványt is kitölteni szíveskedjék!)
Fizetési gyakoriság módosítása ☐ igen ☐ nem	☐ éves ☐ féléves ☐ negyedéves ☐ havi
Biztosítási összeg módosítása ☐ igen ☐ nem	☐ csökkentés ☐ növelés Új biztosítási összeg: Ft
Engedményezett kölcsönügylet adatainak módosítása ☐ igen ☐ nem	Új hitelszerződés száma: Új hitelszerződés kezdete: Új hitel összege: Új hitelszerződés vége:

* Csak a módosítási kérelem aláírását követő hónap jelölhető meg!

Dátum:.....

.....
Szerződő aláírása

.....
Biztosított aláírása

Alulírott hitelintézet ezúton hozzájárulok a fent megnevezett kötvényszámú biztosítási szerződés fenti tartalommal történő módosításához.

Dátum:.....

.....
Hitelintézet aláírása

A Biztosító igazolja, hogy a fenti módosításokat végrehajtotta.

Dátum:.....

.....
Biztosító aláírása

A nyomtatványt kérjük olvashatóan kitölteni!

Adatlap kedvezményezett jelölésére

Szerződő adatai: Név:
Szül. idő:
Anyja neve:

Kötvényszám

vagy ajánlat aláírásának dátuma:

Biztosítási módozat: Balesetbiztosítás

Kedvezményezett jelölése a biztosított életében esedékes szolgáltatásokra

1. Kedvezményezett	Kedvezményezettség aránya: %
Név:	
Születéskori név:	
Születési helye, ideje:	
Anyja neve:	
2. Kedvezményezett	Kedvezményezettség aránya: %
Név:	
Születéskori név:	
Születési helye, ideje:	
Anyja neve:	

Kedvezményezett jelölése a biztosított elhalálása esetére

1. Kedvezményezett	Kedvezményezettség aránya: %
Név:	
Születéskori név:	
Születési helye, ideje:	
Anyja neve:	
2. Kedvezményezett	Kedvezményezettség aránya: %
Név:	
Születéskori név:	
Születési helye, ideje:	
Anyja neve:	

Dátum:

.....

Szerződő aláírása

.....

Biztosított aláírása

A nyomtatványt kérjük olvashatóan kitölteni!

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ LAP BALESETBIZTOSÍTÁSOKHOZ

Kötvényszám:

Kárszám (Biztosító tölti ki):

Biztosított adatai	Neve: (nőknél leánykori név is)	Szül. dátum:
	Lakcíme:	Anyja neve:

Baleset körülményei:	Baleset helye:	Baleset időpontja:
	Elhalálozás időpontja és helye (amennyiben a biztosított a baleset következtében elhalálozott):	
	Baleset részletes leírása (hol, hogyan történt a baleset):	
	A balesettel kapcsolatban az első kezelésben hol és mikor részesült (orvos, szakrendelés, kórház neve és címe)?	
	Történt-e rendőrségi vagy egyéb hatósági intézkedés a balesettel kapcsolatban? ☐ igen ☐ nem	Történt-e véralkohol vizsgálat? ☐ igen (eredménye:.....) ☐ nem
	A jelenleg sérült testrész a mostani balesetet megelőzően betegség vagy baleset miatt sérült volt-e már? ☐ igen ☐ nem	

Bejelentő adatai: (ha eltér a biztosított személytől)	Neve:	Telefonszáma:
	Címe:	Milyen minőségben teszi a bejelentést? Az igénybejelentő elhunytal való rokon (vagy egyéb) kapcsolata:

Balesetbiztosítási szolgáltatás igényléséhez minden esetben kérjük csatolni az alábbi iratokat:

- rendőrségi vagy hatósági intézkedés jegyzőkönyve, ha készült ilyen,
- véralkohol vizsgálat eredménye, ha készült.

Balesetbiztosítási szolgáltatás igénylésének jellege: (kérjük X-szel jelölni)	Az alább megjelölt iratokat, dokumentumokat kérjük csatolni az igényelt szolgáltatás jellegének megfelelően:	A csatolt dokumentumokat kérjük X-szel jelölni!
☐ Csonttörés	- röntgen lelet	☐
☐ Baleseti kórházi napidíj	- kórházi zárójelentés	☐
☐ Baleseti keresőképtelenség napidíja	- a baleset után készült valamennyi orvosi lelet - a táppénzes állomány igazolása	☐ ☐
☐ Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás	- a baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció	☐
☐ Baleseti halál	- a baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció - halotti anyakönyvi kivonat - halottvizsgálati bizonyítvány - boncolási jegyzőkönyv (amennyiben történt boncolás) - rendőrségi, vagy hatósági jogerős határozat	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Nyilatkozat

Aláírással igazolom, hogy a Szolgáltatási igénybejelentőben rögzített összes adat a valóságnak megfelel. Az egészségi állapotom, illetőleg a betegségem következményei tekintetében felmentést adok a biztosítóval szembeni orvosi titoktartás alól a vizsgálo- és kezelőorvosaimnak, az engem ellátásban részesítő egészségügyi intézményeknek, az állapotomat elbíráló társadalombiztosítási szervnek és egyéb hatóságoknak.

Bejelentés dátuma:

Bejelentő / biztosított aláírása
(kiskorú esetén a törvényes képviselő aláírása)

Érkeztetés a biztosítónál:	Díjjal fedezve:-ig
P.H.	Kárügyintéző aláírása:

A leggyakrabban feltett kérdések

Az ERGO Versicherung Fióktelepe szeretné felhívni figyelmét néhány, balesetbiztosítása szempontjából fontos információra. A kérdések pontos megválaszolásában segítenek a feltételek hivatkozott szakaszai.

Mi számít balesetnek?

A baleset olyan, a biztosított akaratán kívüli, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következménye a biztosított egészségkárosodása. ÁBF VIII.

Kit véd a családi biztosításom?

Családi balesetbiztosítás esetén a biztosítási védelem kiterjed az ajánlaton megjelölt főbiztosítottra, annak házastársára vagy élettársára, illetve a vér szerinti, mostoha- vagy adoptált gyermekeire, feltéve, hogy mindannyian a főbiztosítottal egy háztartásban élnek, a gyermekek 18. életévüket még nem töltötték be és nem rendelkeznek önálló jövedelemmel. ÁBF XVI.

Mire terjed ki a biztosításom?

Biztosítása a biztosítási kötvényben meghatározott biztosított kockázatok esetén nyújt védelmet, mely kockázatok leírása a Balesetbiztosítás Különös Feltételeiben található. BKF

Mikor kezdődik a biztosító kockázatviselése?

A biztosítási ajánlaton kockázatviselés kezdeteként megjelölt nap 0:00 órája, amennyiben a biztosítási szerződés érvényesen létrejön és befizetem az első díjat. ÁBF IV.

Milyen kötelezettségeim vannak?

Közlési és változásbejelentési, mely alapján köteles vagyok a biztosítás elvállalása szempontjából minden lényeges körülményt a biztosítóval közölni, az esetleges változásokat később bejelenteni. Kárenyhítési, azaz a baleset bekövetkezése után haladéktalanul orvoshoz kell fordulni. Változások vagy módosítási igényei bejelentéséhez használhatja ezen feltételfüzet perforált, kitéphető „Változásbejelentő” és „Kedvezményezett jelölő” lapjait is ÁBF VII.

Miért van szükség értékkövetésre?

Az értékkövetés alkalmazásával a biztosítási szerződés hatálybalépésekor érvényes biztosítási összegek értékállóan dősségét az áremelkedések körülményei között is meg lehet őrizni, így a szolgáltatás később is megőrzi vásárlóértékét. ÁBF XII.

Mikor esedékes a biztosítási díj?

A balesetbiztosítás első díja a szerződés létrejöttkor esedékes, és a kockázatviselés kezdetétől jár. Minden későbbi díj annak az időszaknak (év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. ÁBF X.

Mi történik, ha késve fizetem a díjat?

A biztosító figyelmeztető levelet küld részemre, hogy elmaradásomat pótoljam. Amennyiben ezt nem teljesítem, az elmaradástól számított 30. napon - illetve a biztosító levelében megjelölt időpontban - a biztosításom megszűnik. ÁBF XI.

Hogyan jelentsem be, ha baleset ért?

A baleset bekövetkezése után haladéktalanul forduljon orvoshoz!

A balesetek azon eseteit és következményeit, melyekre biztosítása kiterjed, biztosítási kötvénye és a biztosítási feltételek határozzák meg.

Szolgáltatási igényét Ön vagy hozzátartozója a balesettől számított 15 napon belül jelentse be a biztosítónak az alábbi módokon:

**ERGO Versicherung Fióktelepe,
1082 Budapest, Futó u. 47-53. címre, illetve
a +36 1 877 1110 faxra küldött levélben
vagy a www.ergo.hu honlapon keresztül.**

A bejelentéshez használhatja ezen feltételfüzet perforált, kitéphető „Szolgáltatási igénybejelentő” lapját is.

A bejelentéshez szükséges egyéb dokumentumok listáját a Balesetbiztosítás Különös Feltételei tartalmazzák.

ÁBF XIV., BKF

Mit térít a biztosító?

A biztosító a Balesetbiztosítás Különös Feltételei és a biztosítási kötvény alapján meghatározható szolgáltatást nyújtja. BKF

Mikor fizet a biztosító?

Ha a kárrendezési eljárás során megállapítást nyert, hogy a biztosítási esemény bekövetkezett és a jogalap tisztázott, a biztosító szolgáltatása a kárrendezéshez szükséges utolsó okirat kézhezvételét követő 15 napon belül esedékes.

ÁBF XIV.

Kinek fizet a biztosító?

A biztosító szolgáltatására a biztosított jogosult, kivéve, ha más kedvezményezettet vagy engedményt (pl. hitelintézet) jelöltek meg. ÁBF II.

ERGO Versicherung Fióktelepe

1082 Budapest, Futó utca 47-53.

Telefon: +36 1 877 1111; Fax: +36 1 877 1110

e-mail: ergo@ergo.hu

www.ergo.hu

Bankszámlaszám: 14100000-20841749-01000008



ERGO