

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra (rokkantságra) vonatkozó (50%-tól, emelt térítéssel) biztosítást tartalmazó részére érvényesek feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen biztosítási feltételekben (a továbbiakban: különös feltételek) nem szabályozott kérdésekre a Generali-Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság Általános személybiztosítási feltételei (EÁSZF06) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a baleset (általános feltételek VII.3.), melynek következtében a biztosított maradandó egészségkárosodást szenved.
2. Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
3. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. Ha az egészségkárosodás mértéke még folyamatosan változik, de a baleset napjától számított 4 év eltelt, akkor a baleset napjától eltelt 4 év letelte után a biztosító orvosszakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét, melyet a biztosító a szolgáltatási kötelezettsége és a szolgáltatás mértéke szempontjából a baleset következményeként kialakult maradandó egészségkárosodásnak tekint. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.
4. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító kizárólag abban az esetben teljesít szolgáltatást, ha az egészségkárosodás a jelen feltételek I.3. bekezdésének értelmében maradandó, és annak mértéke eléri az 50%-ot.
2. Amennyiben a biztosított egészségkárosodása folyamatosan változik, úgy mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van biztosítási eseményként a bejelentett baleset napjától számított 4 évig, évenként egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás, illetve annak mértékének orvosi megállapítását kérni, azaz mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van annak megállapítását kérni, hogy az egészségi állapot orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és megfelelő kezelés

ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratának benyújtásával kezdeményezheti az egészségkárosodás maradandóvá válásának, valamint a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítását.

3. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapításakor hatályos kötvényben, ennek hiányában a szerződés megszűnésekor hatályban volt kötvényben rögzített biztosítási összeget nyújtja, ha a baleset következményeként kialakult maradandó egészségkárosodás mértéke legalább 50%-os.
4. A térítés mértékét (az egészségkárosodás fokát) a biztosító orvosa az általános feltételek C melléklet 1. pontjában található táblázat alapján állapítja meg.
5. Ha az egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, úgy azt aszerint 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 baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak. A társadalombiztosítási szervek határozatában megállapított munkaképesség-csökkenés mértéke a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás foka, vagy a biztosító által nyújtandó szolgáltatási összeg meghatározásánál nem kötelező erejű. A biztosítót az egészségkárosodás maradandó jellegének, vagy az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvosszakértői testületek határozata nem köti.
6. A biztosító egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban egyszer teljesít szolgáltatást.
7. Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.
8. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
9. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított 15 napon belül írásban kell a biztosítónak bejelenteni.
2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek IV.1.2. bekezdésében rögzített következményeket vonhatja maga után.
3. A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani:
 - a) a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igény bejelentőt,

- b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum fénymásolatát,
 - c) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat,
 - d) a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - f) amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást befejező határozatot (az eljárást megszüntető határozatot, a jogerős bírósági határozatot, vagy az eljárást megtagadó határozatot).
4. A biztosító bekérhet, vagy beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.
5. A biztosító az alábbi határidőkön belül teljesít:
- a) az orvosi szempontból egyértelműen tisztázott károsodások alapján megállapított szolgáltatást a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 30 napon belül,
 - b) egyéb esetekben a károsodás véglegessé válását követően 30 napon belül, illetőleg legkésőbb a balesetet követő 4 év letele után 30 napon belül.

IV. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatviselésből kizárt események

1. A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra (rokkantságra) vonatkozó (50%-tól, emelt térítéssel) szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.
2. Nem terjed ki továbbá a biztosító kockázatviselése a lelki működés zavaraira, kivéve, ha ezek háttérében a központi idegrendszernek a baleset által okozott morfológiai (pato-anatómiai) károsodása mutatható ki.