

Katedra

életbiztosítási csomag feltételei

- Általános személybiztosítási feltételek (EÁSZF04)
- Katedra rendszeres díjas vegyes életbiztosítás különös feltételei (KA20)
- Kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás különös feltételei (GP07K)
- Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra (rokkantságra) vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltételei (KA02K)
- Díjátvállalás munka- és keresőképtelenség esetén kiegészítő biztosítás különös feltételei (KA04K)



Tartalomjegyzék

Ügyfélértékelő	3
Általános személybiztosítási feltételek (EÁSZF04)	5
I. Általános rendelkezések	5
II. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	6
III. A biztosítási díj	8
IV. A biztosító teljesítésének feltételei	10
V. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	10
VI. a biztosító kockázatviseléséből kizárt események	11
VII. Egyéb rendelkezések	12
A melléklet: Sporttevékenységek és az SPO02/L808 jelű záradék	14
B melléklet: Kivonat a baleseti műtét térítés biztosítás, a műtét térítés biztosítás, a baleseti gyógyulási támogatás és a gyógyulási támogatás biztosítás különös feltételeihez	15
C melléklet: A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra (rokkantságra) és a közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodásra (rokkantságra) vonatkozó biztosítás különös feltételeiben hivatkozott táblázat a biztosító szolgáltatásának meghatározásához	16
Tájékoztató a műtétek miatti maradandó egészségkárosodásra vonatkozó térítések %-os mértékéről	
„A műtét térítés kiegészítéssel” biztosítás különös feltételeihez	16
Katedra rendszeres díjas vegyes életbiztosítás különös feltételei	17
A kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEKNT004)	19
A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra (rokkantságra) vonatkozó biztosítás különös feltételei, lineáris térítéssel (EBROK004)	20
Díjtvállalás munka- és keresőképzetlenség esetén kiegészítő biztosítás különös feltételei (KA04K)	22

A Generali-Providencia Biztosító Rt. ügyféltájékoztatója

Tisztelt Partnerünk!

Köszönjük bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával a Generali-Providencia Biztosító Részvénytársasághoz fordult.

Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni alábbi tájékoztatónkat, amelyben bemutatjuk társaságunk főbb adatait, tájékoztatjuk a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységeinkről, felügyeleti szervünk megnevezéséről és székhelyéről, az ügyfél panaszoknak a Felügyelethez, a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez vagy a békéltető testületekhez való előterjesztésének lehetőségéről, a bírói út igénybevételéről, valamint megismertetjük az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályait.

Felsoroljuk továbbá azokat a szervezeteket, amelyek részére társaságunk az ügyfelek – biztosítási titkot képező – adatait a biztosítókra és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény alapján kiadhatja.

Külön kitérünk a biztosítási ajánlat aláírása előtt szükséges leglényegesebb tudnivalókra, közöttük a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati ismeretekre, amelyek birtokában a szerződéskötési szándékát kifejező jognyilatkozatát megfontoltan teheti meg. Megjelöljük a biztosítási szerződésre vonatkozó adózással kapcsolatos szabályokat.

1. A Generali-Providencia Biztosító Rt. a Providencia Osztrák-Magyar Biztosító Rt. és a Generali Budapest Biztosító Rt. egyesülésével jött létre 1999. évi április hó 30. napján.

A társaság alaptőkéje (jegyzett tőkéje):	4 500 000 000 Ft
A társaság székhelye:	1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.
Telefon:	(36-1) 301-7100
A társaság egyedüli részvényese:	Generali Holding Vienna AG
Székhelye:	A-1010 Wien, Landskrongasse 1-3.

2. A biztosítási szerződésével kapcsolatos kérdésével, problémájával forduljon bizalommal biztosításközvetítőjéhez, bármelyik ügyfélszolgálati irodánkhoz, illetőleg a TeleCenter munkatársaihoz, akik a (06-40) 200-250 kék számon készséggel állnak az ön rendelkezésére.

Információt és támogatást útmutatást talál a www.generali.hu címen is.

További kérdéseivel vagy problémáival forduljon a lakóhelye vagy székhelye szerint illetékes területi ügyviteli központokhoz:

Budapest és Vidéke Területi Ügyviteli Központ	1132 Budapest, Váci út 36-38.	(1) 452-3100
Miskolci Területi Ügyviteli Központ	3530 Miskolc, Szemere B. u. 13.	(46) 517-100
Debreceni Területi Ügyviteli Központ	4025 Debrecen, Plac u. 49-51.	(52) 514-000
Szegedi Területi Ügyviteli Központ	6720 Szeged, Széchenyi tér 6.	(62) 566-199
Pécsi Területi Ügyviteli Központ	7624 Pécs, Budai Nagy Antal u. 1.	(72) 512-412
Győri Területi Ügyviteli Központ	9022 Győr, Bajcsy-Zs. út 44.	(96) 507-000

Amennyiben munkatársaink segítő közreműködése ellenére sem sikerült felmerült problémáját megnyugtatóan rendezni, a Generali-Providencia Biztosító Rt. Vezérigazgatóságán működő Ügyfélkapcsolatok csoportnál – 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. – személyesen vagy írásban élhet bejelentéssel.

3.	A biztosító felügyeleti szerve:	Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
	Székhelye:	1013 Budapest, Krisztina krt. 39. (Krisztina Plaza)
	Levélcíme:	1535 Budapest, 114. Pf. 777.
	Központi telefonszám:	489-9100
	Helyi tarifával működő kék szám:	(06-40) 203-776
	Központi fax:	489-9102

4. A fogyasztói jogokkal, azok érvényesítésével, valamint a fogyasztóvédelem intézményrendszerével kapcsolatos legalapvetőbb szabályokat a fogyasztóvédelemről szóló 1997. évi CLV. törvény tartalmazza.

A fogyasztóvédelem országos hatáskörrel rendelkező, a fővárosi és megyei fogyasztóvédelmi felügyelőségek szakmai irányítását is ellátó központi szerve:

Fogyasztóvédelmi Felügyelőség

Székhelye:	1088 Budapest, József krt. 6.
Telefon:	459-4800
Fax:	210-4677

A biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével összefüggő esetleges fogyasztói jogviták bírósági eljárásen kívüli rendezése érdekében kérelmet terjeszthet elő a lakóhelye, ennek hiányában a tartózkodási helye szerint illetékes békéltető testületnél. A testület eljárása megindításának feltétele, hogy a fogyasztó a biztosítótársasággal közvetlenül megkísérelje a panaszügy rendezését.

A fogyasztó a biztosítási szerződésből eredő igényét közvetlenül bírói úton is érvényesítheti. A bírósági eljárásra a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadók.

5. Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a feladatai ellátásához az ügyfelei azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy a biztosítási törvényben meghatározott egyéb cél lehet.

A biztosító ügyfelének minősül a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy, az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a szerződésre ajánlatot tesz.

Biztosítási titkot képeznek az alábbi adatok:

- a biztosító ügyfelének személyi adatai;
- a biztosított vagyon tárgya és annak értéke;
- a biztosítási összeg;
- élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosítási szerződés esetén az egészségi állapottal összefüggő adatok;
- a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje;
- a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény és körülmény.

6. A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

7. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

8. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a feladatkörében eljáró felügyelettel,
- a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- büntetőügyben, polgári ügyben, valamint csődeljárás, illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- az adóhatósággal abban az esetben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha a biztosítási szerződésből eredő kötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- 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,
- a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- az egészségügyi hatósággal,
- a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésére felhatalmazott szervezettel,
- a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- a biztosítási törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető Hivatallal,
- az állományátruházás keretében átadásra kerülő szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- a kárrendezéshez és megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- az európai uniós támogatások felhasználásának szabályszerűségét ellenőrző Európai Csalásellenes Hivatallal (OLAF),
- fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval szemben, ha az a)-j) és n) 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. A k), l), m) p) és q) 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. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

10. Tagállami biztosítóhoz vagy tagállami adatfeldolgozó szervezethez (tagállami adatkezelő) történő adattovábbítást úgy kell tekinteni, mintha a Magyar Köztársaság területén belüli adattovábbításra került volna sor.

11. Társaságunk köteles az érintett ügyfél kérésére tájékoztatást adni a biztosító által vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevéről, címéről (székhelyéről) és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá arról, hogy kik és milyen célból kapják vagy kapták meg az adatokat. Törvény az adattovábbításról való tájékoztatást kizárhatja. Társaságunk az érintett ügyfél által kezdeményezett adat helyesbítéseket a nyilvántartásaiban átvezetni köteles.

Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

12. Felhívjuk figyelmét, hogy a személyi jövedelemadóról szóló, 1995. évi CXVII. törvény a biztosítási szerződésekre vonatkozó adózással kapcsolatos fontos szabályokat tartalmaz. E törvényben és a hozzá kapcsolódó egyéb adójogszabályokban lelhetők fel a biztosításért fizetendő díjra, a biztosító szolgáltatására, illetőleg a biztosítással kapcsolatos adókedvezményre vonatkozó rendelkezések.

13. A biztosítási ajánlat aláírása előtt kérjük, szíveskedjék figyelembe venni a következőket:

- A megkötendő biztosítási szerződésre, a szerződő felek jogaira és kötelezettségeire a biztosítási szerződési feltételek és záradékok előírásai az irányadók.
- Kérjük, szíveskedjék ezeket gondosan áttanulmányozni, és ajánlatát csak ezt követően aláírni.
- A jognyilatkozatok csak írásban érvényesek. A szerződő (biztosított) nyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a Biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.

14. A biztosítási szerződésre, amennyiben a felek másként nem állapodnak meg, vagy jogszabály eltérően nem rendelkezik, a magyar jog szabályai az irányadók.

A sikeres együttműködés reményében:

Generali Providencia

Generali-Providencia Biztosító Rt.

www.general.hu


Általános személybiztosítási feltételek (EÁSZF04)

Jelen Általános személybiztosítási feltételek (továbbiakban: általános feltételek) – ellenkező megállapodás hiányában a Generali-Providencia Biztosító Rt. (továbbiakban: biztosító) élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseire (továbbiakban: szerződés) vagy szerződéseinek élet-, baleset- és egészségbiztosítást tartalmazó részére érvényesek feltéve, hogy a szerződést jelen általános feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen általános feltételekben, valamint a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

I. Általános rendelkezések

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

- 1.1. A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 1.2. Szerződő az a fél, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.
- 1.3. Biztosított az a természetes személy, akit a biztosítási szerződésben biztosítottként neveztek meg és akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön.
- 1.4. Amennyiben a szerződő és a biztosított különböző személy, a szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- 1.5. A biztosított a szerződő írásbeli beleegyezésével a szerződésbe szerződőként bármikor beléphet. Amennyiben a szerződés a szerződő felmondása vagy a díjfizetés elmulasztása miatt megszűnne, a biztosított a biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozatával a szerződő helyébe léphet. A belépés időpontja az a nap, amelyen a szerződés megszűnt volna. Ilyen esetekben a folyó díjfizetési időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződővel egyetemlegesen felelős.
- 1.6. Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.
- 1.7. A szerződő a biztosított írásbeli hozzájárulásával ajánlattételkor, illetve a tartamon belül bármikor kedvezményezettet jelölhet meg, illetve a kedvezményezett jelölését módosíthatja.
- 1.8. A kedvezményezett jelölés hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.
- 1.9. A szerződésben kedvezményezett lehet
 - a biztosított,
 - a szerződő,
 - a szerződésben megnevezett más személy(ek).

Ha a biztosítási szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett jelölése hatályát veszítette, illetve érvénytelen, akkor a biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított, a biztosított halála esetén teljesítendő szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított örököse.

2. A szerződés létrejötte

- 2.1. A szerződés a szerződő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre, melyet a szerződő kezdeményez.
- 2.2. A biztosító jogosult ajánlattételkor a biztosítás első díjának, illetve egyszeri díjának megfelelő díjelőleget beszedni, melyet kamatmentes előlegként (továbbiakban: díjelőleg) kezel. Ha a szerződés létrejön, a biztosító a díjelőleget a biztosítási díjba beszámítja. Amennyiben a szerződés nem jön létre, a biztosító a díjelőleget a szerződőnek visszautalja.
- 2.3. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végezhet, melynek kapcsán a biztosítotthoz kérdéseket intézhet, továbbá a biztosított egészségi nyilatkozatát, vagy orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait is kérheti. A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.
- 2.4. Az ügyfél az egészségügyről szóló, 1997. évi CLIV. törvény 24. §-a szerint jogosult a vele kapcsolatban elvégzett orvosi vizsgálat eredményeit az egészségügyi szolgáltatónál megismerni.
- 2.5. A biztosított nyilatkozatai, valamint a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszai az ajánlat részét képezik.
- 2.6. A kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító az ajánlatot elfogadja, vagy elutasítja, illetve – az ajánlattól eltérő tartalmú kötvény kiállítása formájában – az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles megindokolni.
- 2.7. A szerződő a módosító javaslatot annak közlésétől számított 15 napon belül írásban elutasíthatja. Ebben az esetben a szerződés nem jön létre.
- 2.8. A szerződés létrejön, ha a biztosító a szerződő ajánlatát elfogadja, vagy ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát – annak kézhezvételétől számított 15 napon belül megtett –, írásbeli nyilatkozatával nem kifogásolja.
- 2.9. A szerződés – hallgatólagosan – akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra az annak átvételétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik. Ebben az esetben, ha a szerződés eltér a jelen általános feltételektől, a hatályos díjszabástól, illetve a jelen általános feltételekhez kapcsolódó különös feltételektől (a továbbiakban együtt: biztosítási szabályzat), a biztosító az ajánlatnak a kötvénykiállításra jogosult illetékes területi ügyviteli központjához való megérkezését követő 15 napon belül írásban javasolhatja, hogy a szerződést a biztosítási szabályzatnak megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, a biztosító a szerződést a módosító javaslat kézbesítésétől, illetve a módosító javaslatnak a szerződő általi elutasításától számított 15 napon belül 30 napos felmondási idővel felmondhatja.
- 2.10. A biztosítási szerződés közvetítője lehet a független biztosításközvetítő, aki az ügyfél megbízásából jár el (alkusz) vagy aki egyidejűleg több biztosítóval fennálló jogviszonya alapján a biztosítók egymással versengő termékeit közvetíti (többes ügynök), illetve a biztosítóval munkaviszonyban vagy megbízásos viszonyban álló függő biztosításközvetítő.

2.11. A független biztosításközvetítő a biztosításközvetítői tevékenysége során esetlegesen okozott károkért önállóan felel. A független biztosításközvetítő nem minősül a biztosító képviselőjének. A függő biztosításközvetítő (ügynök) biztosításközvetítői tevékenysége során okozott károkért a biztosító felelős.

2.12. A szerződés az ajánlatnak a biztosító általi elfogadásának időpontjában, illetve – amennyiben a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem kifogásolja, úgy – a módosító javaslatnak a szerződő általi kézhezvételekor jön létre. A hallgatólagosan létrejött szerződés esetében a szerződés létrejöttének időpontja az ajánlatnak a biztosító vagy a biztosító függő biztosításközvetítője részére való átadásának időpontja. A felek erre irányuló kifejezett nyilatkozatukkal a jelen bekezdésben foglalt rendelkezésektől eltérően is megállapodhatnak, amennyiben a megállapodás a biztosítási jogi és fogyasztóvédelmi szabályokat nem sérti.

3. A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete, a várakozási idő

3.1. A már érvényesen létrejött szerződés – ellenkező megállapodás hiányában – az azt követő nap 0 órakor lép hatályba, amikor a szerződő az első biztosítási díjat, a díjelőleget, vagy a biztosítás egyszeri díját a biztosító részére megfizeti vagy amikor a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, illetőleg akkor, ha a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti. Az első díj, díjelőleg vagy egyszeri díj a biztosító számlájára való beérkezéssel minősül megfizetettnek.

3.2. A biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésének időpontjában kezdődik meg kivéve, ha a felek ettől eltérően állapodnak meg.

3.3. A biztosító a szerződésben várakozási időt köt ki, melynek időtartama a szerződés hatálybalépésétől számított 6 hónap kivéve, ha a felek másképp állapodtak meg. A biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.

3.4. Amennyiben a várakozási idő alatt olyan, balesettel okozati összefüggésben nem álló biztosítási esemény következik be, amely a különös feltételek értelmében a szerződés megszűnését vonja maga után, a biztosító visszafizeti a szerződésre befizetett díjat kivéve, ha a várakozási idő alatt bekövetkezett valamely biztosítási eseményre már szolgáltatási kötelezettsége keletkezett. Ebben az esetben a biztosító a szerződőnek visszafizetendő biztosítási díjból a jelen pont szerinti szolgáltatás díját levonja.

3.5. Amennyiben a várakozási idő alatt olyan, balesettel okozati összefüggésben nem álló biztosítási esemény következik be, amely a különös feltételek értelmében valamely biztosított kockázat megszűnését vonja maga után, de a szerződés nem szűnik meg, a biztosító a megszűnő kockázatra vonatkozóan befizetett díjrészt fizeti vissza.

4. A szerződés megszűnésének esetei

4.1. A szerződés megszűnik:

- a szerződésben meghatározott lejáratú időpontban, a lejárat napján 24 órakor, vagy
- a biztosított halála esetén, a biztosított halálának napján kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek, vagy

- a díjfizetés elmulasztása esetén, az első elmaradt díj esedékességétől számított három hónap elteltével kivéve, ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek, vagy
- a közlésre, illetve változásbejelentésre (jelen általános feltételek II.1.) vonatkozó kötelezettség megsértése esetén a jelen általános feltételek II.2. bekezdése szerint, vagy
- felmondással, vagy
- a különös feltételekben szabályozott egyéb esetekben, vagy
- az életbiztosítási szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő által a biztosítási szerződés létrejöttéről szóló írásbeli tájékoztatás (biztosítási kötvény és mellékletei) kézhezvételétől számított 30 napon belül gyakorolt írásbeli felmondással (indokolás nélkül).

A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító 15 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban a biztosító részére teljesített befizetéssel elszámol.

Az e pontban foglalt felmondási jog nem illeti meg a szerződőt, amennyiben a megkötött életbiztosítási szerződés tartama a 6 hónapot nem haladja meg, illetve hitelfedezeti életbiztosítás esetén.

A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.

4.2. A baleset- és/vagy egészségbiztosítási szerződést a felek írásban, 30 napos felmondási idővel, a biztosítási év végére felmondhatják kivéve, ha ettől eltérően állapodnak meg.

4.3. A biztosítási szerződés baleset- és egészségbiztosítási kockázatot tartalmazó része a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évforduló napján megszűnik kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek vagy a felek ettől eltérően állapodnak meg.

5. A biztosítás területi hatálya

A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed feltéve, hogy a különös feltételek másként nem rendelkeznek.

II. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

1. A szerződő és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

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

1.2. A közlési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított kötelesek ajánlattételkor a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a biztosító által rendszeresített formanyomtatványon szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

1.3. A biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot írhat elő.

1.4. Az orvosi vizsgálat elvégzése a szerződőt, illetve a biztosítottat közlési kötelezettségük alól nem mentesíti.

1.5. A változásbejelentési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított kötelesek a biztosítás tartama alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni az ajánlaton közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását. Lényeges körülmény az, amire a biztosító írásban kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a szerződő, illetve a biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta. A felek változásbejelentési kötelezettsége különösen a szerződő, illetve a biztosított nevének, címének, levelezési címének, illetve a biztosított foglalkozásának, sporttevékenységének megváltozására vonatkozik. A biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a biztosítónak bejelenteni.

2. A biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége új, lényeges körülmények felmerülése esetén

2.1. Ha a biztosító a szerződés létrejötte után szerez tudomást a szerződést érintő, a jelen általános feltételek II.1.5. bekezdésében szabályozott lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli vele, kockázatelbírálást végezhet, s ennek eredményeként a közléstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot jelen általános feltételek és a különös feltételek értelmében nem vállalja – a szerződést 30 napos felmondási idővel, írásban felmondhatja.

2.2. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik. Erre a következményre a szerződőt a módosító javaslat megküldésekor figyelmeztetni kell. Ha a biztosító e jogaival nem él, a szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.

3. Személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

3.1. Az ügyfél (biztosított) egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a jelen általános feltételek II.3.2. bekezdésében meghatározott célokból, a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló, 1992. évi LXIII. törvény, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

3.2. A szerződő és a biztosított tudomásul veszik, hogy a biztosító az ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vonatkozó adatait, továbbá azon üzleti titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosító szolgáltatásával összefüggenek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy egyéb, a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló, 2003. évi LX. törvényben meghatározott cél lehet.

3.3. A jelen általános feltételek II.3.2. bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és a hozzájárulás megadása esetén részére nem nyújtható előny.

3.4. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és a biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő – a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely az ügyfelek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító, a független biztosításközvetítő, a függő biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

3.5. 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 (adatalany) 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. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak más tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

3.6. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. Ezen adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

3.7. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatokat – továbbítás esetén – 20 év elteltével törölni kell.

3.8. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatot addig kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

3.9. A biztosító köteles törölni minden olyan – ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos – személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

3.10. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

3.11. A szerződő és a biztosított hozzájárulását adja ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása és a biztosítási szerződésből származó követelése megítélése céljából a szerződő/biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat kezelje. A szerződő/biztosított felhatalmazza az egészségügyi adataikat kezelő betegellátókat, az egészségügyi ellátónálzat intézményeit

és intézményvezetőit, hogy a biztosító írásbeli megkeresésére – amely megkeresés tartalmazza a kért adatoknak, az adatkérés céljának és jogalapjának egyidejű megjelölését is – az egészségi állapotával összefüggő adatokat átadjanak. A szerződő/biztosított tájékoztatást kapott arról, hogy a 3.2. és 3.11. bekezdésben meghatározott, biztosítási titkot képező személyes és egészségügyi adatokat a Generali-Providencia Biztosító Rt. a biztosítási ajánlatok elbírálása, illetőleg kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok részére, valamint viszontbiztosítási célból és elektronikus adatfeldolgozás céljából a Generali Holding Vienna AG (A–1010 Wien, Landskrongasse 1–3.) részére adja át. A szerződő és a biztosított erre vonatkozó írásbeli nyilatkozatát a biztosítási ajánlat tartalmazza.

3.12. A biztosító köteles a biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani. Biztosítási titkot kizárólag törvényben felsorolt szervezetnek és csak az ott jegyzett körben szolgáltat ki.

3.13. A szerződő, illetve a biztosított részére kötelezően kiszolgáltatandó iratokon kívül a létrejött szerződéssel kapcsolatos valamennyi irat a biztosító birtokában marad.

III. A biztosítási díj

1. A biztosítási díj megállapítása, a biztosított belépési kora

1.1. A biztosítási díj a biztosító által vállalt kötelezettségek (így különösen a kockázatviselés) ellenértéke.

1.2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján, különösen a biztosított életkorának, egészségi állapotának, nemének, foglalkozásának, tevékenységének, valamint a biztosítás tartamának és a biztosítási összegnek/összegeknek a figyelembevételével történik.

1.3. A biztosító a szerződés megkötésekor a biztosított életkorát úgy állapítja meg, hogy a – jelen általános feltételek III.2.3. bekezdésében szabályozott – díjfizetés technikai kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

2. A biztosítási díj fizetése (a díjfizetés gyakorisága, a díjfizetés technikai kezdete, a díj esedékességének időpontja), a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló fogalma

2.1. A szerződés rendszeres éves díjú vagy egyszeri díjas. Rendszeres éves díjú szerződés esetén a biztosítási időszakra vonatkozó éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető. Havi díjfizetéstől eltérő fizetési gyakoriság esetén a biztosító díjkedvezményt adhat.

2.2. A díjfizetés gyakoriságát a szerződő ajánlattételkor határozza meg, és bármely biztosítási évfordulón megváltoztathatja, ha a változtatási szándékot a biztosítási évforduló előtt legalább 2 hónappal írásban jelzi a biztosítónak.

2.3. A díjfizetés technikai kezdete az ajánlaton megjelölt időpont, illetve ha a biztosító kötvényt állít ki, a biztosítási kötvényen a díjfizetés technikai kezdeteként megjelölt időpont. Ez egyben a biztosítási évforduló napja is.

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

2.5. A biztosítás egyszeri, illetve első díja a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak a díjfizetési időszaknak (év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

2.6. Az első díj – ellenkező megállapodás hiányában – a szerződés hatálybalépésének napjától a díjfizetés technikai kezdetéig terjedő időszakra és az első díjfizetési időszakra is vonatkozik.

2.7. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díjat (díjrészletet) a biztosító részére megfizeti vagy átutalja.

3. A díjfizetés elmulasztásának következményei

3.1. Amennyiben a különös feltételek ettől eltérően nem rendelkeznek, a biztosítási díj esedékességétől számított három hónap elteltével, e határidő lejártát követő nap 0 órájkor a szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg és a szerződő halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette.

3.2. Amennyiben a biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az esedékessé vált, de a biztosítási esemény bekövetkezéséig megfizetni elmulasztott díjat a biztosítónak jogában áll a szolgáltatás(ok) összegéből levonni.

4. Reaktiválás

4.1. A reaktiválás a díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt szerződés eredeti tartalommal történő, ismételt hatálybaléptetése.

4.2. A szerződő a díjfizetés elmaradása miatt megszűnt szerződés megszűnésének időpontjától számított 3 hónapon belül írásban kérheti a biztosítás reaktiválását. Ebben az esetben a biztosítónak jogában áll kockázatelbírálást végezni, és annak alapján a kérést elfogadni vagy azt indoklás nélkül elutasítani.

4.3. A megszűnt biztosítás az eredeti tartalommal és biztosítási összeggel lép újra hatályba, ha a biztosító a reaktiválásra vonatkozó kérelmet elfogadja, és a be nem fizetett díjat legfeljebb a szerződés megszűnésének időpontjától számított 3 hónapon belül befizetik. Ebben az esetben a szerződés az elmaradt díj (díjrészletek) befizetését követő nap 0. órájától a szerződés megszűnésének időpontjára visszamenőlegesen lép hatályba. A reaktiválás eredményeként a biztosító kockázatviselése folyamatos.

4.4. A biztosítás tartama alatt reaktiválást legfeljebb kétszer lehet igénybe venni.

5. Értékkövetés

5.1. Általános szabályok

a) A biztosító az összegbiztosítások értékének megőrzése érdekében lehetővé teszi a biztosítás díjának és/vagy a biztosítási összeg(ek)nek az évenkénti emelését (a továbbiakban: értékkövetés). Összegbiztosítás minden olyan, a biztosítási szerződésben rögzített, a biztosító által vállalt kockázat, amelyet a biztosítási szerződéshez kapcsolódó különös feltételekben kifejezetten másként nem határoz meg. Értékkövetésre a szerződőnek a biztosító által jóváhagyott kérelmére a biztosítási évforduló napján kerülhet sor.

- b) Az értékkövetés a Központi Statisztikai Hivatal Fogyasztói Árindex kiadványában közzétett indexszámok alapján történik.
- c) Az értékkövetés alapja a biztosítási évforduló előtti negyedik hónapot megelőző 12 hónap havi fogyasztói árindexének szorzata által mutatott százalékos értéknövekedés (továbbiakban indexszám). Amennyiben az így számított érték 5%-nál kisebb, akkor az indexszám legalább 5%.
- d) Értékkövetésre nincs lehetőség – a jelen általános feltételek III.7.1. bekezdésében meghatározott – költségfedező egészségbiztosítások esetében, valamint egyszeri díjas szerződések esetében, illetve olyan szerződéseknel, amelyekre a szerződőnek díjfizetési kötelezettsége nincs.
- e) Amennyiben az ügyfél értékkövetést kért és kérelmét a biztosító jóváhagyta a biztosító az értékkövetés keretében a biztosítási évforduló előtt legalább 2 hónappal értesítést küld a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási összeg(ek)ről és a biztosítási szerződés díjáról. A szerződőnek jogában áll az értékkövetést az értesítéstől számított 30 napon belül visszautasítani. Ha a szerződő az értékkövetést a 30 napos határidőn belül nem utasítja el, a biztosítás a megnövelt biztosítási összeggel és díjjal marad hatályban.
- f) A biztosító a biztosítási összeg és a biztosítási díj változásáról, a változástól számított 30 napon belül kötvényt állít ki kivéve, ha az e) bekezdésben rögzített írásbeli értesítésben a biztosító valamennyi, a szerződést érintő változást közölte.
- g) Amennyiben a szerződő ajánlattételkor nem kért értékkövetést vagy azt valamelyik biztosítási évfordulón visszautasította, a biztosítónak jogában áll a továbbiakban az értékkövetést indoklás nélkül megtagadni vagy a további értékkövetéshez kockázatbírálást végezni, és annak alapján a kérést elfogadni vagy indoklás nélkül elutasítani.

5.2. Értékkövetés életbiztosítás esetén, a kizárólag kockázati életbiztosítások kivételével

- a) Az értékkövetés életbiztosítások esetében – a kizárólag kockázati életbiztosítások kivételével – a biztosítási díj és ennek alapján a biztosítási összeg évente egy alkalommal történő emelése.
- b) A módosított biztosítási összeget az indexszám figyelembevételével megnövelt biztosítási díj alapján számítja a biztosító, a biztosított aktuális életkorára, foglalkozására, tevékenységére, valamint a szerződés hátralévő tartamára tekintettel.
- c) Az életbiztosítások értékkövetésekor a biztosított életkorának változása miatt a biztosítási összeg a biztosítási díj-nál kisebb arányban nő(het).
- d) Az életbiztosítások esetében az utolsó értékkövetésre a biztosítás lejáratát megelőző 3. biztosítási évfordulón van lehetőség.
- e) A biztosító az értékkövetés felajánlásakor lehetőséget nyújthat a szolgáltatási összegek további növelésére. Ebben az esetben az értékkövetés felajánlásakor a biztosító kockázatbírálás nélkül nyújt lehetőséget a biztosítási összeg növelésére, a számított indexszám alapján növelt díjnál magasabb díj fizetésével.

5.3. Értékkövetés baleset-biztosítás esetén

Az értékkövetés balesetbiztosítások esetében a biztosítási összeg és ennek alapján a biztosítási díj évente egy alkalommal, azonos arányban történő emelése.

5.4. Értékkövetés egészségbiztosítás és a kizárólag kockázati életbiztosítások esetén

- a) Az értékkövetés az egészségbiztosítások, továbbá a kizárólag kockázati életbiztosítások esetében a biztosítási összeg, és így a biztosítási díj évente egy alkalommal történő emelése.
- b) A módosított biztosítási díjat az indexszám figyelembevételével megnövelt biztosítási összeg alapján számítja a biztosító, a biztosított aktuális életkorára, foglalkozására, tevékenységére, valamint a szerződés hátralévő tartamára tekintettel.
- c) A jelen pontban szabályozott biztosítások értékkövetésekor a biztosított életkorának változása miatt a biztosítási díj a biztosítási összegnél nagyobb arányban nő(het).

6. A biztosítási díj módosítása baleset- és egészségbiztosítások esetén

- 6.1. A biztosító az összegbiztosítások körében a díjfizetés technikai kezdetétől (jelen általános feltételek III.2.3.) számított minden biztosítási évfordulót legalább 2 hónappal megelőzően javaslatot tehet a biztosítási díj módosítására, ha a biztosító valamennyi összegbiztosítást tartalmazó szerződése alapján az azonos biztosítási eseményre kiterjedő szolgáltatások biztosító által kalkulált mértéke legalább 10%-kal eltér a ténylegesen nyújtott szolgáltatások mértékétől (a továbbiakban: díjmódosítás).

A biztosítás díja a következő biztosítási év első napjától a fenti eltérésnek megfelelően módosulhat anélkül, hogy a szolgáltatás mértéke változna. A biztosított egészségi állapotának rosszabbodása nem von maga után díjmódosítást.

Amennyiben csak a statisztikai halálozási arányok változnak a biztosítás díja nem módosítható.

- 6.2. A díjmódosítás keretében a biztosító a biztosítási évforduló előtt legalább 2 hónappal értesítést küld a következő biztosítási évre vonatkozó biztosítási díjról és az ennek megfelelő biztosítási összeg(ek)ről.

- 6.3. A szerződőnek jogában áll a díjmódosítást az értesítéstől számított 30 napon belül

- a) elfogadni vagy
- b) a szerződést a biztosítási évfordulóra felmondani.

- 6.4. A biztosító a biztosítási díj és/vagy a biztosítási összeg változásáról, a változástól számított 30 napon belül kötvényt állít ki kivéve, ha a jelen általános feltételek III.6.2. bekezdésben rögzített írásbeli értesítésben a biztosító valamennyi, a szerződést érintő változást közölte.

- 6.5. Ha a szerződő a módosító javaslat kézhezvételétől számított 30 napon belül a módosító javaslatra írásban nem válaszol, akkor a biztosítás a következő biztosítási évfordulótól változatlan biztosítási összeggel és a módosító javaslatban szereplő díjjal marad hatályban.

7. Díjigazítás a költségfedező egészségbiztosítások területén

- 7.1. A biztosító a költségfedező egészségbiztosítások szolgáltatásfinanszírozó-képességének megőrzése érdekében évente, a biztosítási évforduló napján egyoldalú díjmódosítást (a továbbiakban: díjigazítás) végezhet. Költségfedező egészségbiztosítás az a biztosítási szerződésben rögzített, a biztosító által vállalt kockázat, amelyet a biztosítási szerződéshez kapcsolódó különös feltételekben kifejezetten ilyenként határoznak meg. Ezen szolgáltatások körében értékkövetésre nincs lehetőség.

- 7.2. A díjigazítás részletes szabályait a költségfedező egészség-biztosítást tartalmazó biztosítási szerződésekhez kapcsolódó különös feltételek tartalmazzák.

IV. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A biztosítási esemény bejelentésének határideje

- 1.1. A biztosítási eseményt 15 napon belül írásban kell bejelenteni a biztosítónál kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.
- 1.2. Abban az esetben, ha a fenti határidőt nem tartják be és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.

2. A biztosító teljesítésének esedékessége

- 2.1. A biztosító a szerződés alapján a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát.
- 2.2. A biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt, az annak elbírálásához szükséges valamennyi okmány beérkezését követő 15 napon belül teljesíti kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.
- 2.3. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve a szolgáltatási igényt elutasíthatja.
- 2.4. Amennyiben a rendelkezésre álló iratok alapján a szolgáltatási igény nem bírálható el, a biztosító elrendelheti a biztosított személyes orvosi vizsgálatát is. Ha a biztosított az orvosi vizsgálaton nem jelenik meg, a biztosító a rendelkezésére álló adatok alapján hoz döntést.
- 2.5. A személyes orvosi vizsgálat költségeit a biztosító viseli. A biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a biztosított viseli.

3. Eljárás véleménykülönbség esetén

Amennyiben az ügyfél vitatja a biztosító – szolgáltatási igény-nyel kapcsolatos – álláspontját, írásban kérheti a döntés felülbírlását.

4. Közvetítői eljárás

Amennyiben az ügyfél a biztosító döntését a biztosítási szolgáltatás tárgyában nem fogadja el, közvetítői eljárást kezdeményezhet, amely eljárást a hatályos jogszabályok szerint kell lebonyolítani, és ennek eredményeként a felek peren kívüli megegyezésére van lehetőség.

5. A panaszok bejelentése – panaszforum

- 5.1. A szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban, a biztosítónál lehet bejelenteni: Generali-Providencia Biztosító Rt., Ügyfélkapcsolatok csoportja, 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44.

- 5.2. A biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszosnak a panasz kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban tájékoztatást adni.

6. Elévülési idő

A szerződés alapján érvényesíthető szolgáltatási igények elévülési ideje 2 év.

V. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

E pont rendelkezéseit a jelen általános feltételekre hivatkozással kötött biztosítási szerződések tekintetében kell alkalmazni kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek, vagy ha a felek ettől eltérően állapodtak meg, vagy ha a kockázatelbírálás eredményeként az ettől való eltérést a biztosító a kötvényen rögzítette.

1. A biztosító mentesülése életbiztosítási kockázatok esetében

- 1.1. A biztosító mentesül a haláleseti szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben
- a) a biztosított halálának oka a szerződés hatálybalépésének napjától számított két éven belül elkövetett öngyilkossága, még akkor is, ha a cselekmény elkövetésekor a biztosított zavart tudatállapotban volt,
 - b) a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal okozati összefüggésben vesztette életét,
 - c) a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.
- 1.2. Amennyiben a szerződő vagy a biztosított közlési, illetve változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn kivéve, ha bizonyítják, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:
- a) a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
 - b) a szerződő és/vagy a biztosított változásbejelentési kötelezettségüket megsértették, de az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás tartama alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a jelen általános feltételek II.2. bekezdésben szabályozott szerződésmódosítási, illetve felmondási lehetőségével, vagy
 - c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

- 1.3. A felsorolt körülmények valóságnak megfelelő voltát annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

2. A biztosító mentesülése baleset- és egészségbiztosítási kockázatok, valamint díjtávallalási szolgáltatást nyújtó kiegészítő biztosítások esetében

- 2.1. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét. A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.

- 2.2. A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha
- a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztásával, kábítószerfogyasztásával, kábító hatású anyag vagy gyógyszereszedésével összefüggésben történt kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
 - a biztosítási esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkeztében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció,
 - olyan gépjárművet vezetett, amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett, és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkeztében közrehatott,
 - a biztosítási esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll azzal, hogy a biztosított a biztosítási esemény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti szabályt megszegett.
- 2.3. Amennyiben a szerződő vagy a biztosított közlési, illetve változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be kivéve, ha bizonyítják, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:
- a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
 - a szerződő vagy a biztosított változásbejelentési kötelezettségüket megsértették, de az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás tartama alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a jelen általános feltételek II.2. bekezdésben szabályozott szerződésmódosítási, illetve felmondási lehetőségével, vagy
 - az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
- 2.4. A biztosított a biztosítási esemény bekövetkezése esetén úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az eljáró orvos előírásainak a gyógyító eljárás befejezéséig folyamatosan eleget kell tennie. Mentessül a biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítése alól annyiban, amennyiben a biztosított e kötelezettségének nem tett eleget. Ez a rendelkezés nem befolyásolja a biztosított szabad orvosválasztási jogát.
- 2.5. A felsorolt körülmények valóságnak megfelelő voltát annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

VI. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események

E pont rendelkezéseit a jelen általános feltételekre hivatkozással kötött biztosítási szerződések tekintetében kell alkalmazni kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek, vagy ha a felek ettől eltérően állapodtak meg, vagy ha a kockázatbírálás eredményeként az ettől való eltérést a biztosító a kötvényen rögzítette.

1. Élet-, baleset- és egészségbiztosítási kockázatokra vonatkozó kizárások

- 1.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
- ionizáló sugárzás,
 - nukleáris energia,

- HIV-fertőzés,
- háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviellongások, felkelés.

- 1.2. Jelen általános feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.
- 1.3. A biztosító kockázatviselése a jelen általános feltételek VI.1.1. bekezdés d) pontjában foglaltakkal ellentétben kiterjed a biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a biztosítottnak a tüntetés, sztrájk, illetve felvonulás hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított eseményein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek abban az esetben, ha a biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.

2. Kizárólag életbiztosítási kockázatokra vonatkozó kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett biztosítási eseményre, ha

- az kábítószer-fogyasztás, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedésével okozati összefüggésben következett be kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
- a biztosított érvényes vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett, és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be,
- a biztosított a biztosítási esemény időpontjában alkoholos állapotban vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett, és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be.

3. Baleset- és egészségbiztosítási kockázatokra, valamint díjátvállalási szolgáltatást nyújtó kiegészítő biztosításokra vonatkozó kizárások

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

- a művi terhesség-megszakítás, (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit),
- a szülés, a szüléssel összefüggő illetve a terhességgel összefüggő megbetegedés,
- a kizárólag a meddőség megszüntetésével kapcsolatos műtétek, illetve a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos kórházi kezelés,
- sterilizáló műtét és következményei,
- nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtét,
- fogpótlás,
- esztétikai céllal végzett kezelés és sebészet,
- az olyan kórházi ápolás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a szülőnek a

gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,

- i) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra) kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,
- j) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés,
- k) olyan intézeti kezelés, amely a biztosító orvosának megítélése szerint járóbeteg-ellátás keretében is elvégezhető,
- l) a műtét lista szerint nem térített kategóriába tartozó orvosi beavatkozások elvégzése.

4. Kizárólag baleset- és egészségbiztosítási kockázatokra vonatkozó kizárások

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

- a) a biztosított olyan betegsége, amely a biztosító kockázatviselése előtti három évben bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt,
- b) a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.

5. Sportártalmak kizárása

Amennyiben a biztosított a biztosítási ajánlat megtételekor, illetve az azt megelőző 5 évben legalább 3 éven keresztül a jelen általános feltételek „A” mellékletében felsorolt sporttevékenységek bármelyikében a jelen általános feltételek VII.5. bekezdése szerinti kiemelt vagy versenyző sportolói kategóriába tartozik/tartozott, akkor a jelen általános feltételekre hivatkozással létrejött egészség- és/vagy balesetbiztosítási kockázatokat tartalmazó szerződés a jelen általános feltételek „A” mellékletében szereplő SPO02/L808 jelű záradékkal együtt érvényes.

6. A biztosító kifizetése életbiztosítási kockázatok esetében, a biztosító mentesülésével járó vagy a kockázatviselésből kizárt egyéb események bekövetkezése esetén

- 6.1. A biztosító mentesülésekor a szerződés díjtartalékát fizeti ki, amennyiben
 - a) a biztosított halálának oka a szerződés hatálybalépésének napjától számított két éven belül elkövetett öngyilkossága, még akkor is, ha a cselekmény elkövetésekor a biztosított zavart tudatállapotban volt;
 - b) a biztosított halála a biztosított által szándékosan elkövetett súlyos bűncselekmény folytán vagy azzal összefüggésben következett be.
- 6.2. Amennyiben a biztosító nem a jelen általános feltételek VI.6.1. bekezdésben meghatározott ok miatt mentesül a haláleseti szolgáltatás teljesítése alól, vagy a bekövetkezett eseményt a kockázatviselésből kizárta, de a szerződésnek az esemény időpontjában van visszavásárlási értéke, a biztosító a szerződés megszűnésekor az aktuális visszavásárlási összeget és az esetleges nyereségrészesedést fizeti ki. Amennyiben a szerződésnek nincs visszavásárlási értéke, a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg.

VII. Egyéb rendelkezések

1. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alaki követelményei és hatályosságának feltételei

- 1.1. A biztosítási szerződés alanyainak jognyilatkozatai csak írásbeli alakban érvényesek. Az írásbeli jognyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha az a biztosító valamely szervezeti egységének tudomására jut.
- 1.2. Amennyiben a biztosító a jognyilatkozatot a szerződőnek, a biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak az általa ismert utolsó címére ajánlott levélben küldi, az abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzés helyén átvették.
- 1.3. Amennyiben a szerződő egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, és a biztosítónak írásban bejelentett magyarországi kézbesítési meghatalmazottról nem gondoskodik, úgy a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

2. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése

Abban az esetben, ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, úgy a biztosító a szerződő kérésére a hatályos eredetivel megegyező tartalmú új kötvényt állít ki. Az ezzel kapcsolatban felmerülő költségek a kérelmezőt terhelik.

3. A baleset és a közlekedési baleset fogalma

- 3.1. Jelen általános feltételek szempontjából baleset az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, és amellyel összefüggésben a biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a biztosított halálát okozza.
- 3.2. Jelen általános feltételek szempontjából balesetnek minősül továbbá:
 - a) a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás, ha a betegséget szerológiai szerrel kimutatták, és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor az agyburok- és/vagy agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
 - b) a veszettség, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
 - c) a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
- 3.3. Jelen általános feltételek szerint – a VII.3.2. bekezdésben foglaltaktól eltekintve – nem minősül balesetnek:
 - a) az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadószervezetbe jutása/juttatása (a továbbiakban együtt: átvitel) még abban az esetben sem, ha az átvitt baleset-szerű fizikális ok váltja ki kivéve, ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek.

- b) a foglalkozási betegség (ártalom),
- c) a biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be,
- d) a csontok patológiás törései, a sokszor ismétlődő (habituális) ficam,
- e) a porckorongsérv kialakulása kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- f) a hasi sérv kialakulása kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- g) az izületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép izületet kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

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

3.5. Jelen általános feltételek szerint nem minősül közlekedési balesetnek:

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

4. A kórház, a műtét és a műtéti lista fogalma

4.1. Jelen általános feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbetegellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen általános feltételek szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebeteg állapottú és egyéb pszichiátriai betegek gyógy- és gondozóintézetek, geriatríai, „krónikus” intézetek, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai feltéve, hogy a biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

4.2. Jelen általános feltételek alkalmazásában műtétnek tekintendők mindazon orvosi beavatkozások, melyek során az orvosszakmai szabályok megtartásával, az egészség megőrzésére, a betegségek gyógyítására, illetve következményeiknek mérséklésére irányuló szándékkal a kültakaró és/vagy a nyálkahártyák folytonosságát megsértik.

4.3. Jelen általános feltételek alkalmazásában „Műtétek térítési kategóriák szerinti csoportosítása” című tételes lista (továbbiakban: műtéti lista), amely az orvosi beavatkozásoknak

nemzetközi kódrendszerrel (WHO-kód) azonosított felsorolása. A műtéti lista tartalmazza a biztosító által meghatározott súlyossági kategóriákat is. A műtéti lista a biztosító Vezérigazgatóján, illetve Területi Igazgatójának megtekinthető.

4.4. Jelen általános feltételek alkalmazásában kivonatos lista – a továbbiakban: kivonatos lista – a műtéti lista kivonata (lásd B melléklet). Ez a különböző súlyossági kategóriákba tartozó orvosi beavatkozásokból a gyakoribb, jellemzőbb műtéteket tartalmazza – a beavatkozások azonosítására alkalmas WHO-kódokkal együtt. A kivonatos lista célja, hogy szemléltesse a biztosítási szolgáltatás megállapításának elvét. A kivonatos lista a felek ellenkező megállapodása hiányában a jelen általános feltételek alapján megkötött biztosítási szerződések részét képezi.

4.5. Műtét esetén a biztosítási esemény azonosítása, s ez alapján az elvégzett orvosi beavatkozás műtéti lista szerinti besorolása a biztosító orvosának hatáskörébe tartozik.

A besorolás alapidokumentuma a műtéti lista. A kivonatos listán megtalálható műtét besorolása tárgyában – vita esetén – a kivonatos listán szereplő WHO-kód irányadó.

5. A biztosított sporttevékenységének minősítése

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

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

- a) élvonalbeli versenyző sportoló az a biztosított, aki nemzetközi, országos (nemzeti) versenyen indul,
- b) regionális szinten versenyző sportoló az a biztosított, aki több megyét érintő versenyen indul feltéve, hogy nem élvonalbeli versenyző sportoló,
- c) területi szinten versenyző sportoló az a biztosított, aki nem regionális szinten versenyző sportoló és nem élvonalbeli versenyző sportoló.

5.3. Jelen általános feltételek szempontjából hobby sportoló az a biztosított, aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolóként és nem versenyző sportolóként végez.

Sporttevékenységek

Labdajátékok:

asztalitenisz, tenisz, tollaslabda, baseball, fallabda, rögbi, röplabda, korfball, kosárlabda, kézilabda, labdarúgás.

Küzdő sportok:

birkózás, ökölvívás, judo, karate, kick-box, harcművészetek, pankráció.

Téli sportok:

síelés, sílesiklás, műlesiklás, óriás műlesiklás, snowboard, sí-akrobatika, síugrás, szánkó, bob.

Egyéb:

versenytánc, tájfutás, akrobatikus rock & roll, atlétikai számok, tízpróba, futás, ritmikus sportgimnasztika, aerobik, csúszókorongozás, görkorcsolyázás, gördeszka, triatlon, barlangászat, gyaloglás.

SPO02/L808 jelű záradék

A jelen záradékkal létrejött szerződésben a biztosított mindkét térdé és bokája a biztosítási védelemből kizárt kivéve, ha a szolgáltatási igény alapja csonttörés.

Kivonat a baleseti műtéti térítés biztosítás, a műtéti térítés biztosítás, a baleseti gyógyulási támogatás biztosítás és a gyógyulási támogatás biztosítás különös feltételeihez.

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

1. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 200%-a,
2. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 100%-a,
3. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 50%-a,
4. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 25%-a.
5. csoportba tartozó műtétek nem térített műtétek.

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

A baleseti gyógyulási támogatás és a gyógyulási támogatás biztosítás esetében a biztosító „A baleseti gyógyulási támogatás biztosítás” és „A gyógyulási támogatás” biztosítás különös feltételeiben foglaltak szerint nyújt szolgáltatást.

A műtétek csoportba sorolásának kivonat tájékoztatója:

1. csoport

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

2. csoport

WHO-kód	Műtét megnevezése
54560	Vastagbél teljes eltávolítása
53611	Koszorúér-áthidaló műtétek
53502	Zárt billentyűbemetszés a kéthegyű billentyűn
5382L	Hasi aorta tágulat eltávolítása
53836	Érpótlás
58188	Teljes vállprotézis
51358	Szívárványhártya eltávolítás
51570	Üvegtest csere
51630	Szemeltávolítás
52070	Félkörös íjáratok kimetszése
53030	Teljes gégeeltávolítás
53163	Művi gégeképzés

3. csoport

WHO-kód	Műtét megnevezése
53777	Pacemaker beültetése
53807	Embólia eltávolítás combverőérből
54130	Lépettávolítás
54361	Gyomor részleges eltávolítása
54430	Féregnyúlvány eltávolítása
55110	Epehólyag eltávolítása

55300	Lágyéksérv műtét
56011	Prostata húgycsővön keresztüli kisebbítése
56520	Féldoldali petefészek eltávolítás
56830	Méheltávolítás hasi úton
50630	Pajzsmirigy eltávolítás
51150	Kötőhártyavarrat
57902	Combnyak-szegezés
57922	Húzóhurkos csontönggítés
57924	Csavarozás
58361	Ínhelyreállítás
50420	Idegvarrat
58480	Combamputáció
58610	Emlőeltávolítás

4. csoport

WHO-kód	Műtét megnevezése
51440	Szemlencse eltávolítás
51470	Szemlencse beültetés
51950	Dobhártyaplasztika
53844	Visszerek eltávolítása
56741	Méhszájplasztika
56518	Laparoszkópos petefészek eltávolítás
57400	Császármetés
57670	Arctörések nyílt helyreállítása
57829	Bütyökműtét
57900	Csontörések bőrön keresztül történő dróttűzése
58130	Külboka-szalag varrása
5837H	Achilles-in szakadás helyreállítása
58400	Kézujj amputáció
58600	Emlőcsomó kimetszése

5. csoport

WHO-kód	Műtét megnevezése
12794	Nagyvérkőri artéria diagnosztikus katéterezése
14410	Kimetszés szövettani vizsgálat számára gyomortükrözés során
14820	Szövettani vizsgálati mintavétel bőrön át emlőből
16200	Hörgőtükrözés
16970	Diagnosztikus izületi csőtükrözés
33121	Koszorúserek vizsgálata érfestéssel
39430	Ultrahangos vesekőzúzás
52160	Orrtörés helyreállítása
52310	Fog sebészeti eltávolítása
52374	Fogászati csontplasztika
52000	Dobhártya „felszúrása”
52100	Orrvérzés ellátása edzőszerrel
52810	Mandula eltávolítása
57100	Gátmetszés
57520	Terhesség megszakítás
57880	Belső fémrönggítés eltávolítása
58750	Emlőplasztika
58900	Bőrvarrat
58840	Bőrfüggelék kimetszése
59801	Nők művi meddővé tétele
81010	Idegmentest eltávolítás szaruhártyából
81700	Könnytömlő átmosása
81840	Tetoválás eltávolítása
81900	Sebkötőzés, tisztítás
82032	Csuklótörés zárt helyretétele
82090	Ficam zárt helyretétele
84712	Combcsontba fúrt dróttal történő húzás
85840	Izületbe adott injekció
88050	Vérátömlesztés
88530	Művese-kezelés

Jelen Általános személybiztosítási feltételek „B” mellékletének hatálybalépése: 2004. szeptember 1.

1. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra (rokkantságra) és a közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodásra (rokkantságra) vonatkozó biztosítás különös feltételeiben hivatkozott táblázat a biztosító szolgáltatásának meghatározásához.

Jelen táblázat célja, hogy szemléltesse a biztosítási szolgáltatás megállapításának elvét.

A térítés mértékét (a maradandó egészségkárosodás fokát) a biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása	Egészségkárosodás foka %
egy kar vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egy kar könyökizület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik kar könyökizület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
bármely más kezujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
egyik comb csípőizületben történő elvesztése vagy a csípőizület teljes működésképtelensége	70%
egyik comb részleges csonkolása vagy a térdizület teljes működésképtelensége	60%
egyik lábszár részleges csonkolása	50%
egyik bokaizület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	65%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	45%
a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
az ízelőképesség teljes elvesztése	5%

2. Tájékoztató a műtétek miatti maradandó egészségkárosodásra vonatkozó térítések %-os mértékéről „A műtéti térítés kiegészítéssel” biztosítás különös feltételeihez.

Amputáció, csonkolás	
hüvelykujj	90%
egy kezujj (nem hüvelykujj)	20%
kettő vagy három kezujj (kivéve hüvelykujj)	40%
4 vagy 5 ujj vagy kéz	210%
csukló	260%
alkar	260%
könyök	280%
felkar	300%
vállizület	300%
öregujj (nagylábujj)	20%
egy (nem nagy) lábujj (kivéve öregujj)	10%
boka	130%
lábfej	110%
lábközep	130%
lábszár	210%
térd	260%
comb	260%
csípő	300%
medence	300%
hímvessző, illetve mindkét here	130%
emlő	130%
orr, fül vagy nyelv elvesztése	40%

Érzékelőképesség elvesztése	
látás	150%
hallás	60%

Egyéb egészségkárosodás	
hangképző szervek elvesztése	60%
vastagbél végleges kivezetése a hasfalra (60 nap után is fennáll)	130%
Ha ujjak, végtagok, emlő, illetve páros érzékszervek eltávolítása (nem érzék elvesztése!) mindkét oldalon történik, akkor kétszeres térítés jár.	

A jelen biztosítási feltételekben (a továbbiakban: különös feltételek) nem szabályozott kérdésekre a Generali-Providencia Biztosító Rt. Általános szerződési feltételei, EÁSZF04 (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

A Katedra életbiztosítás rendszeres éves díjas vegyes életbiztosítás.
Az éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető.

1. Biztosítási események

A jelen különös feltételek alapján létrejött szerződés (a továbbiakban: szerződés) vonatkozásában biztosítási eseménynek minősül:

- a biztosított életbenléte a szerződésben meghatározott lejárat időpontban (elérés) vagy
- a biztosított halála a szerződés lejárat időpontját megelőzően.

2. A biztosító szolgáltatásai

A biztosító az életbiztosítás jelen feltételei szerint – létrejött szerződésben vállalja, hogy a szerződő díjfizetése ellenében, a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, **elérési vagy haláleseti szolgáltatást** nyújt.

Elérési szolgáltatás:

A biztosított életbenléte esetén a szerződésben meghatározott lejárat időpontban

- a biztosító az elérési szolgáltatásra megjelölt kedvezményezett részére kifizeti az **aktuális biztosítási összeget és a nyereségrészesedést.**

Haláleseti szolgáltatás:

A biztosítottnak a szerződés lejárat időpontját megelőző halála esetén

- a biztosító a haláleseti szolgáltatásra megjelölt kedvezményezett részére kifizeti az **aktuális biztosítási összeget, a nyereségrészesedést, és ezzel a szerződés megszűnik.**

A biztosító a biztosítási összeget a vállalt díj mértéke alapján állapítja meg, amelyet a biztosítási kötvényen rögzít.

A biztosítás díját, így az aktuális biztosítási összeg nagyságát a szerződő az értékkövetési szabályok szerint (általános feltételek III.5.1. és III.5.2.) **évente egyszer növelheti** a biztosított életbenléte esetén.

3. Díjtartalék, garantált kamat, nyereségrészesedés

3.1. Díjtartalék

A díjtartalék az az összeg, amelyet a biztosító a befizetett díjnak a díjkalkuláció alapján meghatározott részéből és az ezen részen elért befektetési hozamokból a biztosításban vállalt kötelezettségek fedezetére biztosításoként tartalékol.

3.2. Garantált (technikai) kamat

A biztosító **garantálja**, hogy a biztosítási összeg fedezetére képzett díjtartalékhoz a szerződés tartama alatt legalább **évi 3,5% kamatot** ír jóvá, még abban az esetben is, ha az ezen tartalék befektetésével elért hozam ennél kevesebb lenne.

A biztosító a biztosítási díj mértéke alapján – a díjszabás szerint – **a garantált kamat előre történő beszámításával állapítja meg a biztosítási összeget.**

3.3. Nyereségrészesedés

A biztosító a teljes díjtartalékot befekteti, és a befektetéssel elért hozamot megosztja ügyfeleivel.

A biztosító a biztosítások díjtartalékának befektetésével elért **hozam garantált kamatot meghaladó részének legalább 85%-át** minden naptári évre vonatkozóan, az év pénzügyi zárásakor **nyereségrészesedésként** ügyfeleinek a **díjtartalékhoz jóváírja**, és szerződésenként nyilvántartja.

A nyereségrészesedés a biztosítási szolgáltatás részeként az aktuális biztosítási összegben felül, azzal együtt kerül kifizetésre.

4. Visszavásárlás, díjmentesítés, kötvénykölcsön, hosszabbítás

4.1. A szerződő felmondási lehetősége, visszavásárlás

A biztosítást a szerződő – a biztosított írásbeli hozzájárulásával – bármikor felmondhatja.

Amennyiben a felmondás időpontjában a biztosításnak van visszavásárlási értéke, a biztosító a biztosítás **visszavásárlási táblázata szerint** a szerződőnek **kifizeti** a díjjal rendezett időszakhoz tartozó **visszavásárlási összeget és a nyereségrészesedést.**

Amennyiben a felmondás időpontjában a biztosításnak nincs visszavásárlási értéke, a szerződés kifizetés nélkül megszűnik.

Visszavásárlásra legkorábban a tartam egytizede, de legalább két díjjal rendezett biztosítási év eltelté után van lehetőség.

A biztosítás **visszavásárlási táblázata a kötvény melléklete, a szerződés része.** A visszavásárlással megszűnt szerződés nem léptethető újra hatályba.

Amennyiben a felmondás időpontjában a biztosításnak nem volt visszavásárlási értéke, a szerződés 6 hónapon belül újra hatályba léptethető a reaktiválás szabályai szerint (általános feltételek III.4.)

4.2. Díjmentesítés

A szerződő – a biztosított írásbeli hozzájárulásával – kérheti a biztosítás díjmentesítését.

A biztosítás **díjmentesítésére a tartam egytizede, de legalább két díjjal rendezett biztosítási év eltelté után van lehetőség**, amennyiben a biztosítás aktuális visszavásárlási értéke meghaladja a mindenkori hatályos díjszabásban meghatározott minimális értéket. A díjmentesítés során a biztosító az addig befizetett díjak alapján, **a biztosítás díjmentesítési táblázata szerint egy új, csökkentett biztosítási összeget állapít meg.**

A díjmentesítés időpontjától a szerződés megszűnéséig a szerződőt díjfizetési kötelezettség nem terheli.

A biztosítás **díjmentesítési táblázata a kötvény melléklete, a szerződés része.**

A szerződő – a biztosított hozzájárulásával – a díjmentesítés időpontjától számított 6 hónapon belül írásban kérheti a szerződés eredeti tartalommal történő hatálybahelyezését. Ebben az esetben a biztosítónak jogában áll kockázatelbírást végezni, és annak alapján a kérést elfogadni vagy azt indoklás nélkül elutasítani.

A díjmentesített biztosítást tartalmazó szerződés az elmaradt díj (díjrészletek) befizetését követő nap 0. órájától, a díjmentesítés időpontjára visszamenőlegesen, újra az eredeti tartalommal és biztosítási összeggel lép hatályba, ha a biztosító a kérelmet elfogadja, és a be nem fizetett díjat legfeljebb a díjmentesítés időpontjától számított 6 hónapon belül befizetik.

A szerződés tartama alatt legfeljebb kétszer lehet a díjmentesített biztosítást eredeti tartalommal hatályba helyezni.

4.3. Részleges díjmentesítés

A biztosítás részlegesen is díjmentesíthető.

A részleges díjmentesítés során egy **új, alacsonyabb biztosítási összegű** – egy díjköteles és egy díjmentes részből álló – biztosítás keletkezik.

Részleges díjmentesítésre csak az alábbi feltételek mindegyikének megléte esetén van lehetőség:

- eltelt a biztosítási szerződés tartamának egytizede, de legalább két díjjal rendezett biztosítási év,

- a biztosításnak van visszavásárlási értéke,
- a biztosítás rendszeres díja nem csökken a biztosító mindenkori hatályos díjszabásában meghatározott minimális díj alá és
- a lejáratig még legalább két biztosítási év hátra van.

4.4. Kötvénykölcsön

A biztosító – a biztosítás díjtaralékának terhére, a visszavásárlási összeg erejéig a szerződőnek vagy a szerződő beleegyezésével a biztosítottnak – kölcsönt folyósíthat.

A kölcsön folyósításának feltétele különösen, hogy a kölcsön összege elérje a biztosító mindenkori hatályos díjszabásában előírt minimális összeget. A kölcsön visszafizetésének feltételeit a kölcsönszerződés tartalmazza. Amennyiben a biztosítási szerződés a kölcsönszerződés tartama alatt szűnik meg, a biztosító a még fennálló kölcsön- és kamattartozás együttes összegét a kifizetendő összegből levonja.

4.5. A szerződés meghosszabbítása

A szerződő felek megállapodhatnak a szerződés meghosszabbításában. A szerződő – a biztosított írásbeli hozzájárulásával – a meghosszabbítást írásban, a lejáratú időpontot legalább 2 hónappal megelőzően kérheti. A biztosítónak joga van a meghosszabbítási kérelem elfogadása előtt újabb kockázatelbírálást végezni, és a kérelmet elutasítani vagy elfogadni. A biztosító a módosított szerződésről új kötvényt állít ki.

5. A biztosítások megszűnése, visszavásárlása, illetve díjmentesítése a díjfizetés elmulasztása esetén

Ha a szerződő a biztosítás első elmaradt díjának esedékességétől számított 3 hónapon belül fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a biztosító a 3. hónap elteltekor – az általános feltételek III.3. bekezdésében leírtaktól eltérően – az alábbiak szerint jár el:

- abban az esetben, ha az első elmulasztott díj esedékességének időpontjában a biztosítás **visszavásárlási értéke** a biztosító mindenkori hatályos **díjszabásában előírt minimális összegnél magasabb**, a biztosító a **biztosítást díjmentesíti** (jelen különös feltételek 4.2.),
- amennyiben az első elmulasztott díj esedékességének időpontjában a biztosítás **visszavásárlási értéke** a biztosító mindenkori hatályos díjszabásában előírt minimális összegnél **alacsonyabb**, a biztosító **visszavásárolja** a biztosítást (jelen különös feltételek 4.1.),
- ha az első elmulasztott díj esedékességének időpontjában a biztosításnak **nincs visszavásárlási értéke**, a szerződés **kifizetés nélkül megszűnik**.

6. A biztosító teljesítéséhez (kifizetéshez) szükséges dokumentumok

A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyilatkozatot és az utoljára kiállított biztosítási kötvényt**.

Halál esetén be kell nyújtani továbbá:

- a halottvizsgálati bizonyítványt,
- a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
- a biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat (kezelőorvosi igazolás, zárójelentés, stb.),
- külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítását,
- a baleseti jegyzőkönyv másolatát, ha készült ilyen,
- közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
- a kedvezményezett jogosultságot igazoló okiratot (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat), feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, amelynek eredményétől függ a biztosító helytállási kötelezettségének és/vagy mértékének megállapítása, a biztosítóhoz be kell nyújtani az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot), illetve a jogerős hatósági és/vagy bírósági határozatot.

A biztosító a szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi dokumentumok bemutatását is kérheti:

- az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
- hivatalos bizonyítványt a biztosított születésének időpontjáról (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevél, stb.).

A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további **igazolásokat, nyilatkozatokat is** **bekérhet, illetve beszerezhet**.

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

- 7.1. A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek. V.1. bekezdésében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a haláleseti szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek. VI.1. és VI.2. bekezdésében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.
- 7.2. A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek. VI.6. bekezdésében foglaltak szerinti kifizetést teljesíti mentesüléskor, vagy ha a bekövetkezett eseményt a kockázatviselésből kizárta.

A kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEKNT004)

Életbiztosítás mellé kötött kiegészítő biztosítás (GP07K)



GENERALI-PROVIDENCIA Biztosító Rt.

GENERALI-PROVIDENCIA Biztosító Rt., 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. TeleCenter: (06-40) 200-250

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Rt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek kórházi napi térítésre vonatkozó 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 Rt. Általános személybiztosítási feltételei, EÁSZF04 (a továbbiakban: általános feltételek) irányadók, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a betegség vagy baleset (általános feltételek VII.3.), melynek következtében a biztosított kórházi (általános feltételek VII.4.1) fekvőbeteg-ellátásban részesül, amennyiben az orvosilag szükséges.
2. Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy a kórházi felvételt, illetve elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A kórházi felvétel több napra szól, ha a kórházból való elbocsátás későbbi napon történt, mint a kórházi felvétel. A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása (lásd II.3.) szempontjából a kórházi ápolás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ápolás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.
3. A biztosítási esemény időpontja a biztosított betegség miatti kórházi fekvőbeteg-ellátása esetén a kórházi ápolás első napja, a biztosított baleset miatti kórházi fekvőbeteg-ellátása esetén a baleset időpontja.
4. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés, orvosi ellátás indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ápolási napokra (lásd: I.2.) nyújt szolgáltatást. A biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesete esetén a biztosító a baleset napjától számított két éven belül, a baleseti következmények elhárítása miatt szükségessé vált kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ápolási napokra (lásd: I.2.) nyújt szolgáltatást.
2. A kórházi ápolás első, a szerződésben meghatározott számú napjára (továbbiakban: önrész), ha illet tartalmaz a szerződés, a biztosító nem teljesít szolgáltatást. Az önrészt a biztosítási szerződés tartama alatt minden biztosítási esemény tekintetében külön kell figyelembe venni.
3. A szolgáltatás összege a kórházi fekvőbeteg-ellátás tartama alatt, az ápolási napokon hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegnek

és az I.2.-ben leírtaknak megfelelően számított kórházi ápolási napok számának a szorzata, figyelembe véve az önrészt, a jelen pont további rendelkezéseit és a II.4.-et. Amennyiben a biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete miatt a biztosítási szerződés tartamán túl részesül kórházi fekvőbeteg-ellátásban, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.

4. Ha a biztosítási évforduló napja belesik abba az időtartamba, amely alatt a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesült és a biztosítási szerződés értékkövető (általános feltételek III.5.), akkor a biztosító a biztosítási évforduló napjától kezdve értékkövetésnek megfelelő, megnövelt összegű biztosítási összeget veszi figyelembe a szolgáltatásnál a fekvőbeteg-ellátásra, az ápolási napokra vonatkozóan.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a kórházi ellátás befejezését követő 15 napon belül kell írásban 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 igénybejelentőt,
 - b) a kórházi zárójelentés másolatát,
 - c) baleset esetén a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát.
4. A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.

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

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. bekezdésében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a kórházi napi térítés szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. bekezdésében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

V. Az életbiztosítás mellé kötött kiegészítő biztosításra vonatkozó rendelkezések

1. A kiegészítő biztosítás megszűnik az életbiztosítás díjmentesítésének időpontjában, illetve az életbiztosítás megszűnésének időpontjában, legkésőbb azonban annak a biztosítási évnek az utolsó napján, amelyben a biztosított 65. életévét betölti.
2. Az életbiztosítás alapszabályzat mellé kötött kiegészítő biztosítás esetében önrész nem választható.

Jelen különös feltételek hatálybalépésének időpontja: 2004. szeptember 1.

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra (rokkantságra) vonatkozó biztosítás különös feltételei, lineáris térítéssel (EBROK004)

Életbiztosítás mellé kötött kiegészítő biztosítás (KA02K)



GENERALI-PROVIDENCIA Biztosító Rt.

GENERALI-PROVIDENCIA Biztosító Rt., 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. TeleCenter: (06-40) 200-250

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Rt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra (rokkantságra) vonatkozó 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 Rt. Általános szerződési feltételei, EÁSZF04 (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre 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 az értelmében maradandó.
2. Amennyiben a biztosított egészségkárosodásának mértéke 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 igénybejelentéssel és – a megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló – orvosi iratainak 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 összegnek a maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalékát nyújtja szolgáltatásként – figyelemmel a jelen különös feltételek II.11. bekezdésére is.
4. A térítés mértékét (az egészségkárosodás fokát) a biztosító orvosa az általános feltételek C melléklet 1. pontban található táblázat alapján állapítja meg.

5. Ha az egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, úgy a szolgáltatást 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, illetve a biztosító által nyújtandó szolgáltatási összeg meghatározásánál nem irányadó. A biztosított az egészségkárosodás maradandó jellegének, illetve az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvosszakértői testületek határozata nem köti.

6. Amennyiben a pedagógus hivatást jövedelemszerző főfoglalkozásként folytató biztosítottnál baleset következtében a II.6.1.–II.6.5. pontokban meghatározott egészségi állapotromlások valamelyike áll fenn, mégpedig olyan fokban, hogy az a pedagógus képzettségének megfelelő valamennyi szak gyakorlását tartósan kizárja, a II.4. pontban foglaltaktól eltérően a térítés mértéke 100%.

- 6.1. Optikai segédeszközökkel érdemben nem korrigálható, a munkakör ellátását kizáró látáscsökkenés, mely töröküreg-megbetegedés, ideghártya-, látóideg-betegség és baleset következtében alakult ki. Jelen szerződés értelmezésében hivatás gyakorlását kizáró látáscsökkenés áll fenn, ha az ennek megállapítására hivatott szakértői fórum csökkentő segélyre való jogosultságot, azaz egyik szemén 0,1 alatti, másik szemén legalább 0,15 alatti látásképességet és/vagy legalább 20 fokra beszűkült látóteret állapít meg.

- 6.2. Hallásvizsgálattal igazolható, baleseti eredetű perifériás, idegi vagy kombinált halláscsökkenés, mely a beszédértést oly mértékben akadályozza, hogy az a pedagógus hivatás gyakorlását tartósan kizárja. Jelen szerződés értelmezésében a hivatás gyakorlását kizáró halláscsökkenés áll fenn, ha a beszédzónában (250–6000 Hz) a hallásküszöb mindkét fülnél magasabb, mint 50 decibel.

- 6.3. A pedagógus hivatás gyakorlását tartósan kizáró beszédzavar, mely a hangképző szervek és/vagy a beszédközpontok baleseti eredetű károsodásainak következménye.

- 6.4. A pedagógus hivatás gyakorlását tartósan kizáró légzési elégtelenség, melynek hátterében a légzőfelület jelentős, baleseti eredetű beszűkülése áll. Jelen szerződés értelmezésében hivatás gyakorlását kizáró jelentős légzőfelület csökkenés áll fenn, ha a vitálkapacitás a kívánt érték 50%-a alatt van. A légutak kapacitásának számottevő csökkenése jelen szerződés értelmezésében a várt FEV1 értéktől való minimálisan 50%-os elmaradást feltételez.

- 6.5. A szellemi képességek baleseti eredetű, a pedagógus hivatás gyakorlását tartósan kizáró csökkenése. Jelen szerződés értelmezésében a szellemi képességek hivatás gyakorlását kizáró mértéke akkor áll fenn, ha ezt komplex neuropszichiátriai vizsgálat állapítja meg, különösen pedig, ha a Wechsler-féle intelligenciateszt magyar változata (MAVI) szerint kivitelezett vizsgálat során a biztosított 90%-os IQ alatt teljesít.

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

8. 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.

9. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
10. Ha a biztosító a szolgáltatási kötelezettségét már megállapította, de a szolgáltatásként fizetendő összeg nagysága még nem állapítható meg, a biztosított követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki minimálisan járó összeg kifizetését.
11. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
12. Amennyiben a biztosító szolgáltatását követően a biztosított egészségi állapota tovább romlik ugyanannak a biztosítási eseménnyel a következményeként, amely alapján a biztosító már teljesített szolgáltatást, a biztosított a megfelelő orvosi kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával, a jelen feltételek II.2. bekezdésben meghatározott határidőn belül ismételtén kérheti egészségi állapota felülvizsgálatát. A felülvizsgálat eredményétől függően a biztosító a jelen feltételek II.3. bekezdése szerinti szolgáltatást teljesíti, azzal, hogy a fentebb említett biztosítási eseménnyel összefüggésben történt korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesített szolgáltatás összegéből le kell vonni.
Ugyanazon biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás ilyen esetben sem lehet nagyobb 100%-nál, a jelen feltételek II.6. bekezdésével összhangban.

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 igénybejelentőt,
 - 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, illetve az eljárást megtagadó határozatot).

4. A biztosító bekérhet, illetve 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 letelte 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. bekezdésében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (rokkantság) szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. bekezdésében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.
2. Nem terjed ki továbbá a biztosító kockázatviselése a lelki működés zavaraira, kivéve, ha ezek háttérben a központi idegrendszernek a baleset által okozott morfológiai (pato-anatómiai) károsodása mutatható ki.

V. Az életbiztosítás mellé kötött kiegészítő biztosításra vonatkozó rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik az életbiztosítás díjmentesítésének időpontjában, illetve az életbiztosítás megszűnésének időpontjában, legkésőbb azonban annak a biztosítási évnek az utolsó napján, amelyben a biztosított 75. életévét betölti.

Díjtvállalás munka- és keresőképtelenség esetén kiegészítő biztosítás különös feltételei (KA04K)



GENERALI-PROVIDENCIA Biztosító Rt.

GENERALI-PROVIDENCIA Biztosító Rt., 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. TeleCenter: (06-40) 200-250

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Rt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek díjtvállalás munka- és keresőképtelenség esetére vonatkozó 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 Rt. Általános személybiztosítási feltételei, EÁSZF04 (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

Jelen biztosítás biztosítottja nem lehet az a személy, aki a kockázatviselés kezdetét megelőzően I., II., III. csoportú rokkant volt, vagy orvosszakértői intézetnél I., II., III. csoportú rokkantként van nyilvántartva, illetve az ajánlatlétel időpontjában folyamatban van kérelmének elbírálása.

I. Biztosítási események

A Díjtvállalás munka- és keresőképtelenség esetén kiegészítő biztosítás (a továbbiakban: biztosítás) vonatkozásában biztosítási eseménynek minősül:

1. Keresőképtelenség

A biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett betegsége vagy balesete (általános feltételek VII.3.), melynek következtében a biztosított a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon folyamatosan keresőképtelen.

Keresőképtelenség esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: betegség esetén a keresőképtelenség első napja, baleset esetén a baleset bekövetkezésének napja.

2. Munkaképesség-csökkenés

A biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett betegsége, balesete, melynek következtében a biztosítottnál legalább 67%-os mértékű munkaképesség-csökkenést (OOSZI, MÁV OSZI I., II., III. rokkantsági csoportok) állapítanak meg orvosszakértői határozatban, feltéve, hogy a munkaképesség-csökkenés orvosszakértői megállapítását az ilyen eljárás lefolytatására jogosult orvosszakértői intézetnél – így különösen az Országos Orvosszakértői Intézetnél, MÁV Orvosszakértői Intézetnél – a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezik. A legalább 67%-os munkaképesség-csökkenés esetén a biztosítási esemény időpontja a rokkantság, illetve a munkaképesség-csökkenés mértékét megállapító határozat kelte.

3. Amennyiben a pedagógus hivatást jövedelemszerző főfoglalkozásként folytató biztosítottnál az I.3.1.–I.3.6. pontokban meghatározott egészségi állapotromlások valamelyike áll fenn, mégpedig olyan fokban, hogy az a pedagógus képzettségének megfelelő valamennyi szak gyakorlását tartósan kizárja.

3.1. Optikai segédeszközökkel érdemben nem korrigálható, a munkakör ellátását kizáró látáscsökkenés, mely töröközeg-megbetegedés, ideghártya-, látóideg-betegség és baleset következtében alakult ki. Jelen szerződés értelmezésében hivatás gyakorlását kizáró látáscsökkenés áll fenn, ha az ennek megállapítására hivatott szakértői fórum csökkentő segélyre való jogosultságot, azaz egyik szemén 0,1 alatti, másik szemén legalább 0,15 alatti látásképességet és/vagy legalább 20 fokra beszűkült látóteret állapít meg.

3.2. Hallásvizsgálattal igazolható, baleseti eredetű perifériás, idegi vagy kombinált halláscsökkenés, mely a beszédértést oly mértékben akadályozza, hogy az a pedagógus hivatás gyakorlását tartósan kizárja. Jelen szerződés értelmezésében a hivatás gyakorlását kizáró halláscsökkenés áll fenn, ha a beszédzónában (250–6000 Hz) a hallásküszöb mindkét fülnél magasabb, mint 50 decibel.

3.3. A pedagógus hivatás gyakorlását tartósan kizáró beszédzavar, mely a hangképző szervek és/vagy a beszédközpontok baleseti eredetű károsodásainak következménye.

3.4. A pedagógus hivatás gyakorlását tartósan kizáró légzési elégtelenség, melynek hátterében a légzőfelület jelentős, baleseti eredetű beszűkülése áll. Jelen szerződés értelmezésében hivatás gyakorlását kizáró jelentős légzőfelület csökkenés áll fenn, ha a vitálkapacitás a kívánt érték 50%-a alatt van. A légutak kapacitásának számottevő csökkenése jelen szerződés értelmezésében a várt FEV1 értéktől való minimálisan 50%-os elmaradást feltételez.

3.5. A pedagógus hivatás gyakorlását tartósan kizáró szívelégtelenség, melynek hátterében a szívizomzat elsődleges vagy másodlagos működéscsökkenése áll.

Jelen szerződés értelmezésében hivatás gyakorlását kizáró jelentős működéscsökkenés áll fenn, ha a biztosított ergometriás vizsgálat során regisztrált teljesítménye kevesebb, mint 4,6 MET és/vagy ejekciós frakciója 40%-nál kevesebb.

3.6. A szellemi képességek baleseti eredetű, a pedagógus hivatás gyakorlását tartósan kizáró csökkenése.

Jelen szerződés értelmezésében a szellemi képességek hivatás gyakorlását kizáró mértéke akkor áll fenn, ha ezt komplex neuropszichiátriai vizsgálat állapítja meg, különösen pedig, ha a Wechsler-féle intelligenciateszt magyar változata (MAVI) szerint kivitelezett vizsgálat során a biztosított 90%-os IQ alatt teljesít.

Az egészségi állapotromlás fennállását a biztosító orvos-szakértője jogosult megállapítani, dokumentumok, szükség esetén személyes vizsgálat segítségével. A biztosítási esemény időpontja az az időpont, amikor a biztosító orvos-szakértője az I.3.1.–I.3.6. pontokban meghatározott egészségi állapotromlás bármelyikét megállapítja.

II. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a jelen különös feltételekben meghatározott szabályok szerint átvállalja a biztosítási díj fizetését a szerződő helyett. A díjfizetés átvállalása az alapbiztosítás díjára és a vele egy szerződésben megkötött kiegészítő biztosítások díjaira is vonatkozik.

A biztosító által átvállalt díjú biztosításokra a díjtvállalás időtartama alatt értékkövetés (általános feltételek: III.5.1.) nem kérhető.

1. Keresőképtelenség esetén nyújtott szolgáltatás

A biztosító a biztosított hatvan napot meghaladó keresőképtelenségének igazolt napjaira, a keresőképtelenség 61. napjától annak végéig, de legfeljebb a 365. napjáig átvállalja a biztosítási díj fizetését a szerződő helyett a fentiek szerint.

2. Legalább 67%-os munkaképesség-csökkenés esetén nyújtott szolgáltatás

Amennyiben a biztosítottnál legalább 67%-os munkaképesség-csökkenést állapítottak meg, a biztosító a munkaképesség-csökkenés fennállásának idejére átvállalja a biztosítási díj fizetését a szerződő helyett.

Amennyiben a munkaképesség-csökkenés mértékét megállapító orvosszakértői határozatban a rokkantság, illetve a munkaképesség-csökkenés kezdeteként megjelölt időpont a jelen biztosítás megszűnése előtti időpont, a biztosító visszatéríti a biztosítási esemény időpontja után befizetett díjakat.

A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a munkaképesség-csökkenést, a keresőképtelenséget és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

III. A biztosító teljesítéséhez (díjtvállalásához) szükséges dokumentumok

A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyilatkozatot.

Be kell nyújtani továbbá:

- a keresőképtelenség, illetve a munkaképesség-csökkenés megállapítására jogosult szerv által rendszeresített, hozzá benyújtott és általa kiadott nyomtatványok másolatát,
- baleset esetén a baleseti jegyzőkönyv másolatát, ha ilyen készült,
- közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
- a kereső- illetve munkaképesség-csökkenés háttérében álló betegség vagy baleset orvosi dokumentumait,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel (továbbiakban: biztosítási esemény) kapcsolatban hatósági eljárás indult, a biztosítóhoz be kell nyújtani az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot), illetve a jogerős hatósági és/vagy bírósági határozatot.

A biztosító a szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi dokumentumok bemutatását is kérheti:

- az utolsó díjfizetést igazoló nyugtát,
- hivatalos bizonyítványt a biztosított születésének időpontjáról (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevél stb.).

A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszélhet.

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

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. bekezdésében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a díjtvállalás szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. bekezdésében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

V. Az életbiztosítás mellé kötött kiegészítő biztosításra vonatkozó rendelkezések

A kiegészítő biztosítás megszűnik az életbiztosítás díjmentesítésének időpontjában, illetve az életbiztosítás megszűnésének időpontjában, legkésőbb azonban annak a biztosítási évnek az utolsó napján, amelyben a biztosított **62.** életévét betölti.