

Testőr
élet-, baleset- és egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei (TÁSZF11)

Hatályos: 2011. április 1-jétől



GENERALI
Biztosító

Tartalomjegyzék

A Generali-Providencia Biztosító Zrt. ügyféltájékoztatója	3
TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11)	6
I. Általános rendelkezések	6
II. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	7
III. A biztosítási díj	8
IV. A biztosító teljesítésének feltételei	9
V. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	11
VI. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események.	11
VII. Egyéb rendelkezések.	12
„A” melléklet: Sporttevékenységek	15
„B” melléklet: Műtétek kivonatos listája	16
„C” melléklet: Maradandó egészségkárosodás	17
Kockázati életbiztosítás különös feltételei (EEHAT011)	18
Kockázati életbiztosítás rokkantsági díjávállalással különös feltételei (EEHAT111)	20
A baleseti halálra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBHAT011)	22
A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei, lineáris térítéssel (EBROK011)	23
A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei, progresszív térítéssel (EBROK111)	25
A baleseti eredetű 50%-ot meghaladó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBROK211)	27
A csonttörésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBCST011)	29
A baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBKNT011)	30
A baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBMÜT011)	31
Az égési sérülésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBÉGS011)	32
A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBKEK011)	33
A közlekedési baleseti halálra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EKHAT011)	34
A közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei, lineáris térítéssel (EKROK011)	35
A baleseti költség térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBKTS011)	37
A kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEKNT011)	38
A műtéti térítés biztosítás különös feltételei (EEMÜT011)	39
A kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEDRD011)	40
Rokkantságra vonatkozó biztosítás különös feltételei, I.–II. rokkantsági csoport (EEOEP011)	42
Rokkantságra vonatkozó biztosítás különös feltételei, I.–II.–III. rokkantsági csoportok (EEOEP111)	43
A keresőképtelenségre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEKEK011)	45

A Generali-Providencia Biztosító Zrt. ügyféltájékoztatója

Köszönjük bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával a Generali-Providencia Biztosító Zrt. társasághoz 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 ügyfélpanaszoknak – azok jellege szerint – a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez, a békéltető testületekhez való előterjesztésének a lehetőségéről, a bírói út igénybevételéről, valamint megismertetjük az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályaival. Felsoroljuk továbbá azokat a szervezeteket, amelyek részére társaságunk az ügyfelek – biztosítási titkot képező – adatait a biztosítókról 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 Zrt. – korábbi cégnevén: Generali-Providencia Biztosító Rt., majd Generali-Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság – a Providencia Osztrák-Magyar Biztosító Rt. és a Generali Budapest Biztosító Rt. egyesülésével jött létre 1999. évi április hó 30. napján.

A társaság az ISVAP által vezetett olasz Biztosítói Csoportok Nyilvántartásában 26-os számon szereplő Generali Csoporthoz tartozik.

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 PPF Holding B.V.
Cégjegyzékszám:	Amszterdami Kereskedelmi Kamara nyilvántartásában 34275688
Székhelye:	NL-1077 XX Amsterdam, Strawinskylaan 933.

2. A biztosítási szerződésével kapcsolatos kérdésével, problémájával forduljon bizalommal biztosításközvetítőjéhez, ügyfélszolgálati irodáinkhoz, Személy-biztosítási Kompetencia Központjainkhoz, illetőleg a TeleCenter munkatársaihoz, akik a (06-40) 200-250 kék számon készséggel állnak az Ön rendelkezésére.

Információt, és támogató útmutatást – Online ügyfélszolgálat; Kapcsolatfelvétel – talál a www.generali.hu címen is.

Amennyiben munkatársaink segítő közreműködése ellenére sem sikerült felmerült problémáját megnyugtatóan rendezni, a Generali-Providencia Biztosító Zrt., Ügyfélkapcsolati Divíziójánál – 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. – szóban (személyesen) vagy írásban (személyesen vagy más által átdadott irat útján postai úton, a (06-1) 452-3927 telefax számon, vagy a generali@generali.hu elektronikus levelezési címen) élhet bejelentéssel, illetőleg a társaságunk magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát a fenti módokon és elérhetőségi címeken közölheti.

3.	A biztosító felügyeleti szerve:	Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
	Székhely:	1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
	Központi levélcím:	1535 Budapest, 114. Pf. 777
	Központi telefon:	(36-1) 4899-100
	Központi Fax:	(36-1) 4899-102
	Ügyfélszolgálat:	(06-40) 203-776
	E-mail:	ugyfelszolgalat@pszaf.hu

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

A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által felügyelt tevékenység folytatására jogosult szervezeteknek, személyeknek a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által felügyelt tevékenysége vonatkozásában fogyasztóvédelmi hatóságként a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete ellenőrzi.

- A fogyasztóval szemben tanúsítandó magatartásra vonatkozó kötelezettséget megállapító, a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéről szóló 2007. évi CXXXV. törvényben meghatározott jogszabályokban előírt rendelkezéseknek (fogyasztóvédelmi rendelkezéseknek),
- a fogyasztókkal szembeni tisztességtelen kereskedelmi gyakorlat tilalmáról szóló 2008. évi XLVII. törvény rendelkezéseinek,
- a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény rendelkezéseinek,
- és az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. törvény rendelkezéseinek

betartását, és eljár e rendelkezések pénzügyi szervezet általi megsértése esetén.

A biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és joghatásaival kapcsolatos jogvitákban a Felügyeletnek nincs hatásköre eljárni.

A biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos esetleges fogyasztói jogviták bírósági eljáráson 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 biztosító társasággal közvetlenül megkísérelje a panaszügy rendezését.

A permegelőző, konfliktuskezelő, vitarendezési eljárások közül – a békéltető testületi eljáráson kívül – a közvetítői eljárást is kezdeményezhet a közvetítői tevékenységről szóló 2002. évi LV. törvény alapján.

A fogyasztó a biztosítási szerződésből eredő igényeit a fentiekben megjelölt alternatív vitarendezési módok mellőzésével bírói úton is érvényesítheti. A bíróság eljárására 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 titoknak minősül minden olyan – államtitoknak nem minősülő – a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Biztosítási titkot képeznek az alábbi adatok:

- a biztosító ügyfelének személyi adatai;
- a biztosított vagyontárgy 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, továbbá az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt 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 meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

7. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a 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 adatok körét pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- a biztosítókról 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) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntető eljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) az adóhatósággal abban az esetben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozási kötelezettség, illetve, ha a biztosítási szerződésből eredő kötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelületi feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) a biztosítási törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) fióktelep esetén – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,
- q) a feladatkörében eljáró országgyűlési biztossal,
- r) a kártörténetre vonatkozó adatra és bonus-malus besorolásra nézve a biztosítási törvény (2003. évi LX. törvény) 109/A. § (2) bekezdésében szabályozott esetekben a biztosítóval
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval

szemben, ha az a)–j), n), r) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), m), p) és q) pontban

megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg a pénzügyi információs egységként működő hatóság – a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkerő által aláírt titoktartási záradékot.

9. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyekből 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,
- az összevont alapú felügyeletre és a kiegészítő felügyeletre vonatkozó törvényi rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

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 adathelyesbítéseket 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 szíves figyelmét, hogy a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény a biztosítási szerződésekre vonatkozó adózással kapcsolatos fontos szabályokat tartalmaz. E törvény és a hozzá kapcsolódó egyéb jogszabályok tartalmazzák a biztosításért fizetendő díjra, a biztosító szolgáltatására, illetőleg a biztosítással kapcsolatos adókedvezményekre vonatkozó rendelkezéseket.

13. Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a biztosító a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben, a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmiadó-köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat kötelezettséget, illetve térítheti meg azt az arra jogosultnak, amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható.

14. 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.

15. 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:

dr. Pálvolgyi Máttyás
elnök-vezérigazgató

Hegedűs Anna
ügyvezető igazgató

TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11)

Jelen TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános szerződési feltételek (továbbiakban: általános feltételek) a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (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 irányadóak. A különös biztosítási feltételek jelen feltételekben foglaltaktól eltérhetnek, az általános és különös feltételek eltérése esetén a különös feltétel előírásai az irányadóak.

I. fejezet: 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. Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, a szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- 1.5. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis, ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki azonban az ennek folytán neki járó biztosítási összegből a szerződő fél költségeit – beleértve a kifizetett biztosítási díjakat – köteles megteríteni.
- 1.6. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
- 1.7. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik kivéve, ha a biztosított a szerződő fél írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe belép.
- 1.8. A biztosított a szerződő írásbeli beleegyezésével a szerződésbe szerződőként bármikor beléphet. Ha a szerződés a szerződő felmondása vagy a díjfizetés elmulasztása miatt megszűnne, a biztosított a biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozatával a szerződő helyébe léphet. Ilyen esetekben a folyó díjfizetési időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződővel egyetemlegesen felelős.

- 1.9. Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.
- 1.10. A szerződő a biztosított írásbeli hozzájárulásával ajánlatlattelkor, illetve a tartamon belül bármikor kedvezményezettet jelölhet meg, illetve a kedvezményezett jelölését módosíthatja.
- 1.11. A kedvezményezett-jelölés hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.
- 1.12. 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 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 szerződés az ajánlatnak a biztosító általi elfogadása időpontjában, illetve – ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem kifogásolja, úgy – a módosító javaslatnak a szerződő általi kézhezvételkor jön létre.
- 2.3. A biztosító ajánlatlattelkor a biztosítás első díjának megfelelő díjelőleget átveheti, melyet kamatmentes előlegként (továbbiakban: díjelőleg) kezel. Ha a szerződés létrejön, a biztosító a díjelőleget a biztosítási díjba beszámítja. Ha a szerződés nem jön létre, a biztosító a díjelőleget a szerződőnek viszszaadja.
- 2.4. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végezhet, a biztosítotthoz kérdéseket intézhet, továbbá a biztosított egészségi nyilatkozatát, vagy orvosi (illetve egészségi állapotára vonatkozó) vizsgálatát, és egyéb írásos nyilatkozatait is kérheti. A biztosító az egészségi nyilatkozatot írásban, vagy előre egyeztetett időpontban telefonon kérheti a biztosítotttól. Amennyiben az egészségi nyilatkozat megterítésére telefonon kerül sor, úgy a beszélgetésről hangfelvétel készül, melyet a biztosító mindaddig megőriz, míg a szerződésből igény érvényesíthető. A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.
- 2.5. A biztosított nyilatkozatait, 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. Az ajánlat elfogadása történhet hallgatólag, vagy a biztosítónak az ajánlat tartalmával megegyező kifejezett elfogadó nyilatkozatával, vagy az ajánlattól eltérő tartalmú kötvény kiállításával.
- 2.7. Ha a szerződő az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben az eltérést 15 napon belül írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ha a szerződő az eltérést a kötvény kézbesítésétől számított 15 napon belül írásban elutasítja (kifogásolja), a szerződés nem jön létre.

2.8. A lényeges eltérésre a biztosító a kötvény kiszolgáltatásakor a szerződő figyelmét írásban felhívja.

2.9. A szerződés – hallgatólágosan – akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra az átvételtől számított 15 napon belül nem nyilatkozik. A hallgatólágosan létrejött szerződés esetében a szerződés létrejöttének időpontja az ajánlatnak a biztosító vagy a biztosító függő biztosításközvetítője részére való átadásának időpontja.

2.10. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés eltér a jelen általános feltételektől, vagy a jelen általános feltételekhez kapcsolódó különös feltételektől (a továbbiakban együtt: biztosítási szabályzat), a biztosító az ajánlatnak a kötvénykiállításra jogosult illetékes Személybiztosítási Kompetencia Központba 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.

2.11. A biztosítási szerződés közvetítője lehet a független biztosításközvetítő, vagy a függő biztosításközvetítő. Független biztosításközvetítő az alkusz, aki az ügyfél megbízásából jár el, és a többes ügynök, aki egyidejűleg több biztosítóval fennálló jogviszonya alapján a biztosítók egymással versengő termékeit közvetíti.

A függő biztosításközvetítő (ügynök) a biztosítási szerződést a biztosítóval fennálló munkaviszonya keretében, vagy a biztosító megbízása alapján közvetíti.

2.12. A független biztosításközvetítő a biztosításközvetítői tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályok megszegésével vagy elmulasztásával esetlegesen okozott károkért önállóan felel. Ez a felelőssége kiterjed a nevében eljáró személyek tevékenységére is. A független biztosításközvetítő nem minősül a biztosító képviselőjének.

2.13. A függő biztosításközvetítő közvetítői tevékenysége során okozott károkért a biztosító felelős.

2.14. 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 az azt követő nap 0 órakor lép hatályba, amikor a szerződő az első biztosítási díjat, vagy a díjelőleget a biztosító részére megfizeti, vagy amikor a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg. Az első díj vagy díjelőleg akkor minősül megfizetettnek, ha azt a függő biztosításközvetítő nyugtával igazoltan átvette, vagy egyéb esetekben, ha az a biztosító számlájára beérkezett.

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 (hat) 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.

4. A szerződés megszűnésének esetei

4.1. A szerződés megszűnik:

- a szerződésben meghatározott lejárat napján, vagy
- a biztosított halálának napján, vagy
- a díjfizetés elmulasztása esetén, az első elmaradt díj esedékességétől számított három hónap elteltével, vagy
- az életbiztosítási szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy (magánszemély) szerződőnek a biztosítási kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belül gyakorolt írásbeli felmondásával kivéve, ha a megkötött szerződés hitelfedezeti életbiztosítás, vagy
- a biztosító felmondásával, a I.2.10. és II.3.1. pontban foglalt esetben, vagy
- a biztosítottnak – amennyiben nem ő a szerződő fél – a biztosítási szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának írásbeli visszavonásával feltéve, hogy a szerződésbe szerződőként nem lép be, vagy
- a II.3.2 pontban foglalt esetben, vagy
- a szerződő felmondásával a III.5.2. pontban foglalt esetben.

4.2. Az I.4.1.d. pontban foglalt esetben a biztosító a felmondás kézhezvételét követő 30 napon belül a szerződő által befizetett teljes biztosítási díjat visszatéríti.

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

5. A biztosítás területi hatálya

A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

II. fejezet: A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

1. A biztosítói szolgáltatás kifizetésének választható formája

A biztosító különös feltételeiben meghatározott egy összegű szolgáltatása járadék formájában is kérhető.

1.1. Amennyiben a szolgáltatásra jogosult (kedvezményezett) az egy összegű kifizetést, vagy annak egy részét járadék formájában kívánja igénybe venni, a biztosító – a szolgáltatás időpontjában hatályos feltételek szerint – kedvezményes díjú járadékbiztosítást kínál.

1.2. A járadék folyósítása a biztosító és a kedvezményezett között írásban létrejövő külön járadékbiztosítási szerződés alapján történik.

1.3. A kedvezményezett abban az esetben élhet a járadékbiztosítás kötésének lehetőségével, ha a folyósítandó járadék összege meghaladja a biztosító szolgáltatás időpontjában hatályos díjszabásában meghatározott minimális járadék összegét.

2. A szerződő és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

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

2.2. 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 kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a biztosító által rendszerezett formanyomtatványon és/vagy hangfelvételeken szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

- 2.3. A biztosító a közölt adatokat ellenőrizheti, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére (foglalkozás, munka, sport, egyéb), és életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi-, egészségi-, és/vagy teszt vizsgálatot írhat elő.
- 2.4. Az orvosi-, egészségi-, teszt vizsgálat elvégzése a szerződőt, és a biztosítottat közlési kötelezettségük alól nem mentesíti.
- 2.5. 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 kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a szerződő és a biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, különösen a szerződő és a biztosított nevének, címének, levelezési címének, és a biztosított tevékenységének (foglalkozás, munka, sport, egyéb) megváltozására. A biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a biztosítónak bejelenteni.

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

- 3.1. Ha a biztosító a szerződés létrejötte után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli vele, kockázatbírálást végezhet, s ennek eredményeként a közléstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg a szerződést 30 napos felmondási idővel, írásban felmondhatja.
- 3.2. 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 megtételkor figyelmeztetni kell. Ha a biztosító e jogaival nem él, a szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.

III. fejezet: A biztosítási díj

1. A biztosítási díj megállapítása, a biztosított belépési kora

- 1.1. A biztosítási díj a biztosító kötelezettségvállalásának ellenértéke.
- 1.2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján, különösen a biztosított életkorának, egészségi állapotának, nemének, tevékenységének (foglalkozás, munka, sport, egyéb), 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 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, a biztosítási évforduló fogalma

- 2.1. A szerződés rendszeres éves díjfizetésű. Rendszeres éves díjfizetésű szerződés esetén az éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető. Havi díjfizetéstől eltérő fizetési gyakoriság esetén a biztosító díjkezdvezményt 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 (kettő) 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 számított egy évig tart (a továbbiakban: biztosítási év).
- 2.5. A biztosítás első díja a szerződés létrejöttekor, minden későbbi díj pedig annak a díjfizetési időszakra (év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- 2.6. Az első díj 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, illetve amely napon a biztosító számlájára beérkezik.

3. A díjfizetés elmulasztásának következményei

- 3.1. A biztosítási díj esedékességétől számított három hónap elteltével a szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, és a szerződő halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító a díj követelést bírósági úton nem érvényesítette.
- 3.2. Ha a biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az esedékessé vált, de a biztosítási esemény bekövetkezéséig meg nem fizetett díjat a biztosítónak jogában áll a szolgáltatás(ok) összegéből levonni.

4. Értékkövetés

4.1. 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 határoznak 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 érték-

növekedés (továbbiakban indexszám). Ha az ily módon számított érték 5%-nál kisebb, akkor az indexszám legalább 5%.

- d) Értékkövetésre nincs lehetőség olyan szerződéseknel, amelyekre a szerződőnek díjfizetési kötelezettsége nincs.
- e) Ha a szerződő 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) Ha a szerződő ajánlattételkor nem kért értékkövetést, vagy azt valamelyik biztosítási évfordulón visszautasította, a biztosító jogosult a továbbiakban az értékkövetéshez kockázatelbírálást végezni, és annak eredményétől függően a kérelmet teljesíteni vagy azt indokolás nélkül elutasítani.

4.2. Értékkövetés balesetbiztosítás esetén

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

4.3. Értékkövetés élet- és egészségbiztosítás esetén

- a) Az értékkövetés az egészségbiztosítások, továbbá a kockázati életbiztosítások esetében a biztosítási összeg, és így a biztosítási díj évente egy alkalommal történő emelése. A biztosító az indexszám figyelembevételével növeli meg a biztosítási összeget. A biztosító a biztosítási összegnövekmény díjának számításakor a biztosított aktuális életkorát, aktuális tevékenységét (foglalkozás, munka, sport, egyéb), valamint a szerződés hátralévő tartamát veszi figyelembe.
- b) Az értékkövetéssel módosított fizetendő biztosítási díj az értékkövetést megelőző aktuális díj és az a) pont szerint számított díjnövekmény összege.
- c) Értékkövetéskor a biztosított életkorának változása miatt a fizetendő biztosítási díj a biztosítási összegnél nagyobb arányban nő(het).

5. A biztosítási díj módosítása baleset és egészségbiztosítások esetén

- 5.1. 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. Ha csak a statisztikai halálozási arányok változnak, a biztosítás díja nem módosítható.
- 5.2. A díjmódosítás keretében a biztosító a biztosítási évforduló előtt legalább 2 hónappal értesítést küld a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási díjról és az ennek meg-

felelő biztosítási összeg(ek)ről. A szerződőnek jogában áll a díjmódosítást az értesítéstől számított 30 napon belül

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

- 5.3. 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.5.2. pontjában rögzített írásbeli értesítésben a biztosító valamennyi, a szerződést érintő változást közölte.
- 5.4. Ha a szerződő a módosító javaslat kézhezvételétől számított 30 napon belül a módosító javaslatra írásban nem válaszol, akkor a biztosítás változatlan biztosítási összeggel és a módosító javaslatban szereplő díjjal marad hatályban.

IV. fejezet: A biztosító teljesítésének feltételei

1. A biztosítási esemény bejelentésének határideje

- 1.1. A biztosítási eseményt 15 napon belül írásban kell bejelenteni a biztosítónál.
- 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 szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumok

A biztosító a különös feltételekben megjelölt iratok mellett a szolgáltatási igény elbírálásához szükség esetén jogosult bekérni az alábbi dokumentumokat is, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és/vagy az igény összesszerűségének megállapításához szükségesek:

- 2.1. Amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
- 2.2. A biztosítási esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, boncolási jegyzőkönyv másolata, jogosítvány és forgalmi engedély másolata, munkahelyi, iskolai, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv másolata, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények másolata).
- 2.3. A biztosító által rendelkezésre bocsátott és a biztosított kezelőorvosa illetve az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatvány a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a biztosított egészségi állapotáról, illetve a biztosított kórelőzményi adatairól.
- 2.4. A biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumai: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton másolata, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok.
- 2.5. A társadalombiztosítási szerv, vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául

szolgáltató körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján).

- 2.6. A keresőképtelenség igazolására jogosult orvos által kiállított igazolás a keresőképtelenség okáról, tényéről és tartamáról, valamint a táppénzes állományba vételről és a táppénzes állomány okáról és tartamáról szóló igazolás/orvosi felmentési javaslat.
- 2.7. A biztosítottnak a biztosító kockázatviselését befolyásoló sporttevékenységével kapcsolatos tagsági igazolványa, jogviszonya igazolásának másolata.
- 2.8. A biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételül orvosi vizsgálatot írhat elő – ennek előírása esetén a biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.
- 2.9. A biztosító kérheti az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített magyar nyelvű hiteles fordítása benyújtását.
- 2.10. A biztosító kérheti a fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását és bármely adathordozón rögzített másolatának benyújtását.
- 2.11. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához egyéb iratokat is beszerezhet. A biztosító a biztosítási szerződések alapján kizárólag a feltételekben megjelölt, szükséges és indokolt költségeket köteles megtéríteni.

3. A biztosító teljesítésének esedékessége

- 3.1. A biztosító a szerződés alapján a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát.
- 3.2. A biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt, az annak elbírálásához szükséges valamennyi okmány beérkezését követő 15 napon belül teljesíti.
- 3.3. 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.
- 3.4. Ha a rendelkezésre álló iratok alapján a szolgáltatási igény nem bírálható el, a biztosító elrendelheti a biztosított személyes orvosi vizsgálatát is. Ha a biztosított az orvosi vizsgálaton nem jelenik meg, a biztosító a rendelkezésére álló adatok alapján hoz döntést. A személyes orvosi vizsgálat költségeit a biztosító viseli. A biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a biztosított viseli.
- 3.5. A biztosító a szolgáltatási összeget átutalással teljesíti. Amennyiben a biztosító szolgáltatására jogosult személy a szolgáltatást ettől eltérő módon kéri teljesíteni, az ezzel kapcsolatban felmerülő költségeket a biztosító a szolgáltatási összegből levonja.

4. Bónusz-visszatérítés

- 4.1. Ha a legalább 10 éves tartamú szerződés a teljes tartam alatt kármentes, akkor a biztosító a szerződés lejáratát követő 90 napon belül a teljes tartam alatt befizetett biztosítási díj 20%-át bónusz-visszatérítésként kifizeti a lejárat időpontjában aktuális szerződőnek.

A szerződés kármentes az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén:

- a biztosító nem teljesített a szerződésre szolgáltatást,
- a biztosító a díjvállalásos kockázati életbiztosítást tartalmazó szerződésre nem teljesített díjvállalás szolgáltatást,
- nincs folyamatban szolgáltatás elbírálás.

A szerződés kármentes továbbá az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén is:

- a biztosító nem teljesített a szerződésre szolgáltatást,
- a biztosító a díjvállalásos kockázati életbiztosítást tartalmazó szerződésre nem teljesített díjvállalás szolgáltatást,
- folyamatban van szolgáltatás elbírálás, melyet a biztosító utóbb elutasít.

- 4.2. Ha a biztosító bónusz-visszatérítést fizetett a szerződőnek és az elévülési időn belül olyan jogos szolgáltatási igényt jelentenek be, amelyre a biztosító által nyújtandó szolgáltatás összege kisebb, mint a bónusz-visszatérítés összege, vagy megegyezik azzal, akkor a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

- 4.3. Ha a biztosító bónusz-visszatérítést fizetett a szerződőnek és az elévülési időn belül olyan jogos szolgáltatási igényt jelentenek be, amelyre a biztosító által nyújtandó szolgáltatás összege nagyobb, mint a bónusz-visszatérítés összege, akkor a biztosító szolgáltatásként a szolgáltatási összeg és a bónusz-visszatérítés különbözetét fizeti ki a szolgáltatásra jogosult részére.

- 4.4. Ha a szerződő kötvényszám módosítással járó átdolgozási igényt nyújt be a biztosítóhoz, akkor a biztosító a szerződésre nem teljesít bónusz-visszatérítést.

A szerződésben szereplő biztosítási összeg(ek) módosítása, új kockázat(ok) hozzákötése, kockázat(ok) törlése kötvényszám módosítással járó átdolgozási igénynek minősül.

5. Eljárás véleménykülönbség esetén

Ha az ügyfél vitatja a biztosító – szolgáltatási igénnyel kapcsolatos – álláspontját, írásban kérheti a döntés felülbírálatát.

6. Közvetítői eljárás

Ha 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.

7. A panaszok bejelentése – panasz fórum

- 7.1. A szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban, a biztosítónál lehet bejelenteni: Generali-Providencia Biztosító Zrt. Ügyfélkapcsolatok Divízió, 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44.
- 7.2. A biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszosnak a panasz kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban tájékoztatást adni.

8. Elévülési idő

A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 2 év.

V. fejezet: A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

1. A biztosító mentesülése életbiztosítási kockázatok esetében

- 1.1. A biztosító mentesül a haláleseti szolgáltatás teljesítése alól, ha
- 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. Ha 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.3. pontban szabályozott szerződésmódosítási, illetve felmondási lehetőségével, vagy
 - c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a kockázatviselés kezdetétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

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

2. A biztosító mentesülése baleset- és egészségbiztosítási kockázatok esetében, valamint díjátvállalás szolgáltatásnál

- 2.1. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha
- a) a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét,
 - b) bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
- 2.2. A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha
- a) a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
 - b) 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,
 - c) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett, és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkeztében közrehatott,
 - d) a biztosítási esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll azzal, hogy a biztosított a biztosítási ese-

mény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti szabályt megszegett.

- 2.3. Ha 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) a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
 - b) 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.3. pontban szabályozott szerződésmódosítási, illetve felmondási lehetőségével, vagy
 - c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a kockázatviselés kezdetétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

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

VI. fejezet: A biztosító kockázatviseléséből kizárt események

1. Élet-, baleset- és egészségbiztosítási kockázatokra, valamint díjátvállalás szolgáltatásra 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 puccskíséret, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviilongások, felkelés.
- 1.2. Jelen általános feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszak, 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. 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.
- 1.4. Amennyiben a szerződés egészségi kockázatbírálás (egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat) nélkül jött létre, akkor a biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel okozati összefüggésben álló eseményekre:

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

2. Kizárólag életbiztosítási kockázatokra vonatkozó kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a szerződés (a biztosító kockázatviselésének) tartama alatt bekövetkezett eseményre, ha

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

3. Baleset- és egészségbiztosítási kockázatokra vonatkozó kizárások

- 3.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a terhességgel és a szüléssel kapcsolatos eseményekre, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően történt. A fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően történt, ha a szerződés hatálybalépése és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kis-könyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 285 nap van.
- 3.2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a művi terhesség-megszakítás eseteire, kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit.
- 3.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
 - a) a mesterséges megtermékenyítés (annak bármely formája),
 - b) a kizárólag a meddőség megszüntetése miatti események,
 - c) a sterilizáció,
 - d) a nemi jelleg megváltoztatása,
 - e) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,
 - f) a fogpótlás.
- 3.4. Ha a biztosítottnál a 3.2., illetve a 3.3. pontban felsorolt események következményeként életmentő beavatkozás szükséges, akkor a biztosító az orvosi beavatkozást igénylő állapot miatti eseményekre szolgáltat.
- 3.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
 - a) 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,

- b) olyan keresőképtelenség, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat miatti keresőképtelenség, a szülőnek, nevelőszülőnek, helyettes szülőnek a beteg gyermeke ápolásával összefüggő keresőképtelensége,
- c) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógytornai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,
- d) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

- 3.6. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése a lelki működés zavaraira, betegségeire.

4. Sporttartalmak kizárása

Ha a biztosított a biztosítási ajánlat megtételekor, illetve azt megelőzően legalább 3 éven keresztül a jelen általános feltételek VII. 5. pont szerint kiemelt vagy versenyzői szinten az „A” mellékletben felsorolt sporttevékenységek bármelyikét űzte, és a sportolást 5 éven belül hagyta abba, akkor a létrejött egészség- és/vagy baleset-biztosítási kockázatok tartalmazó szerződés a jelen általános feltételek „A” mellékletében szereplő SPO02 jelű záradékkal együtt érvényes.

VII. fejezet: Egyéb rendelkezések

1. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alakí 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. A biztosító a faxon elküldött nyilatkozatokat alakí és tartalmi szempontból jogosult ellenőrizni.
- 1.2. Ha a biztosító a jognyilatkozatot a szerződőnek, a biztosított-nak 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. Ha a szerződő egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, és a biztosítónak írásban bejelentett magyarországi kézbesítési meghatalmazotról nem gondoskodik, úgy a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

2. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése

Ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, úgy a biztosító a szerződő kérésére a hatályos eredetivel megegyező tartalmú új kötvényt állít ki.

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 módszerrel 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 agyvelőgyulladásra mint 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. pontban foglaltaktól eltekintve – **nem minősül** balesetnek:

- a) az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadószervezetbe jutása/juttatása (a továbbiakban együtt: átvitele) még abban az esetben sem, ha az átvitelt balesetszerű 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 patológias 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 ízületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép ízületet 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 bekövetkezésében 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 szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást 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 elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, geriatríai ellátók, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei feltéve, hogy a biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

4.2. Jelen általános feltételek alkalmazásában műtétnek tekintendők azok a biztosító által csoportba sorolt orvosi beavatkozások, melyek során az orvos-szakmai szabályok megtartásával, az egészség megőrzésére, a betegségek gyógyítására, illetve következményeiknek mérséklésére irányuló szándékkal a kúttakaró és/ vagy a nyálkahártyák folytonosságát megsértik.

4.3. A biztosító a műtéteket súlyosságuk alapján csoportokba sorolja be (továbbiakban: csoportba sorolás).

4.4. Jelen általános feltételek alkalmazásában műtéti lista a műtéteknek nemzetközi kódrendszerrel (WHO-kód) azonosított felsorolása. A műtéti lista tartalmazza a műtétek biztosító által meghatározott csoportba sorolását is. A műtéti lista a biztosító Vezérgazgatóságán, illetve Területi Igazgatóságain megtekinthető.

4.5. Jelen általános feltételek alkalmazásában kivonatos lista a műtéti lista kivonata (lásd B melléklet). Ez a gyakoribb, jellemzőbb műtéteket tartalmazza, a műtét azonosítására alkalmas WHO-kóddal és a biztosító által meghatározott csoportba sorolással 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.

4.6. 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.

4.7. Amennyiben valamely elvégzett műtét a műtéti listában nem található meg, úgy annak csoportba sorolását a biztosító orvosa állapítja meg.

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 sportolónaként és nem versenyző sportolónaként végez.
- 6. Személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók**
- 6.1. A biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a VII.6.2. pontjában 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.
- 6.2. 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 összefüggnek.
Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy egyéb, a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló, 2003. évi LX. törvényben meghatározott cél lehet.
- 6.3. A VII.6.2. pontban 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.
- 6.4. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és a biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.
Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó – a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító, a független biztosításközvetítő, a független biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 6.5. 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 másik tagállamban történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
- 6.6. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:
- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - 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.
- 6.7. 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.
- 6.8. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatot addig kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- 6.9. 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.
- 6.10. 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.
- 6.11. A biztosított a szerződéskötést megelőzően nyilatkozik arról, hogy a biztosító a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása és a biztosítási szerződésből származó követelése megítélése céljából a biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat kezelje. A biztosító egészségügyi adatnak tekinti a biztosított egészségi állapotával összefüggő, valamint az egészségbiztosítási ellátására vonatkozó adatokat.
- 6.12. A biztosító köteles a biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani. Biztosítási titkot kizárólag törvényben felsorolt szervezetnek és csak az ott jegyzett körben szolgáltat ki.
- 6.13. A szerződő, illetve a biztosított részére kötelezően kiszolgáltatandó iratokon kívül a létrejött szerződéssel kapcsolatos valamennyi irat a biztosító birtokában marad.

TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános szerződési feltételei (TÁSZF11)

„A” melléklet

Ha a biztosított a biztosítási ajánlat megtételekor, illetve azt megelőzően legalább 3 éven keresztül az általános feltételek VII. 5. bekezdés szerint kiemelt vagy versenyzői szinten a jelen mellékletben felsorolt sporttevékenységek bármelyikét űzte, és a sportolást 5 éven belül hagyta abba, akkor a létrejött egészség- és/vagy balesetbiztosítási kockázatokat tartalmazó szerződés az alábbi SPO02 jelű záradékkal együtt érvényes.

Sporttevékenységek

Labdajátékok: így különösen asztalitenisz, tenisz, tollaslabda, baseball, fallabda, rögbi, röplabda, korfball, amerikai futball, kosárlabda, kézilabda, labdarúgás, footbag, floorball, lábtoll-labda, futsal, lánitenisz.

Küzdő sportok: birkózás, ökölvívás, harcművészetek, így különösen: judo, karate, aikido, kungfu, iaido, taekwon-do, kempo, kendo, kick-box, pankráció, szumo, capoeira, tai-chi, thai box, hapkido.

Téli sportok: így különösen sélés, sílesiklás, műlesiklás, óriás műlesiklás, biatlon, snowboard, síakrobatika, síugrás, szánkó, bob, gyorsasági kocsolyázás, jégtánc, műkocsolya, jégkorong.

Egyéb: kötélugrás, versenytánc, akrobatikus rock & roll, aerobik, fitness, ritmikus sportgimnasztika, torna, atlétikai számok, öttusa, tízpróba, gyaloglás, futás, tájfutás, triatlon, vívás, görkocsolyázás, gördeszka, skate, barlangászat, barlang expedíció, hegymászás, magashegyi expedíció, sziklamászás V. foktól, mountainboard, canyoning, mélybe ugrás (bungee jumping).

SPO02 jelű záradék

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

TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános szerződési feltételei (TÁSZF11)

„B” melléklet

Kivonat a baleseti műtéti térítés biztosítás és a műtéti térítés 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 műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója:

1. csoport

WHO-kód Műtét megnevezése

5014F	Agydaganat eltávolítás
50151	Koponyacsont tumor eltávolítás
50200	Benyomatos koponyatörés ellátása
50303	Gerincvelői dekompressziós műtétek
50311	Ideggyök gerincsatornán belüli műtete
50337	Gerincvelői daganatok eltávolítása
53240	Tüdőleberny 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 beültetés

2. csoport

WHO-kód Műtét megnevezése

54560	Vastagbél teljes eltávolítása
53611	Koszorúér-áthidaló műtétek
53502	Zárt billentyűbemetszés a kéthegyű billentyűn
5382L	Hasi aorta tárgulat eltávolítása
53836	Érpótlás
51358	Szívárványhártya eltávolítás
51570	Üvegtest csere
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	Prosztata húgycsővön keresztüli kisebbitése

56520	Féloldali petefészek eltávolítás
56830	Méheltávolítás hasi úton
50630	Pajzsmirigy eltávolítás
51150	Kötőhártyavarrat
57902	Combnyak-szegezés
57922	Húzóhurkos csonttrögztítés
57924	Csavarozás

4. csoport

WHO-kód Műtét megnevezése

51440	Szemlencse eltávolítás
51470	Szemlencse beültetés
51950	Dobhártyaplasztika
53844	Visszerek eltávolítása
56741	Méhszájplasztika
56518	Laparoszkópos petefészek eltávolítás
57400	Császármetszés
57670	Arctörések nyílt helyreállítása
57829	Bütyökműtét
57900	Csonttörések bőrön keresztül történő dróttűzése
58130	Külboka-szalag varrata
5837H	Achilles-ín szakadás helyreállítása
58600	Emlőcsomó kimetszése

5. csoport

WHO-kód Műtét megnevezése

14410	Kimetszés szövettani vizsgálat számára gyomortükrözés során
14820	Szövettani vizsgálati mintavétel bőrön át emlőből
16200	Hörgőtükrözés
16970	Diagnosztikus izületi csőtükrözés
33121	Koszorúerek vizsgálata érfeztéssel
39430	Ultrahangos vesekőzúzás
52160	Ortörés 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 fémrögztítés eltávolítása
58750	Emlőplasztika
58900	Bőrvarrat
58840	Bőrfüggelék kimetszése
59801	Nők művi meddővé tétele
81010	Idegentest eltávolítás szaruhártyából
81700	Könnytömlő átmosása
82032	Csuklótörés zárt helyretétele
58830	Sebtisztítás, sebkimetszés
82090	Ficam zárt helyretétele
84712	Combcsontba fúrt dróttal történő húzatás
85840	Ízületbe adott injekció
88050	Vérátömlesztés
88530	Művese-kezelés

TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános szerződési feltételei (TÁSZF11)

„C” melléklet

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

Jelen táblázat célja, hogy szemléltesse a biztosítási szolgáltatás megállapításának elvét. 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 kézujj 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 ízlélőképesség teljes elvesztése	5%

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek haláleseti szolgáltatásra 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (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

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

- a biztosított halála a szerződés lejáratí időpontját megelőzően.

A biztosítási esemény időpontja a halál időpontja.

II. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a – jelen különös feltételek szerint – létrejött szerződésben vállalja, hogy a szerződő díjfizetése ellenében, a biztosítási esemény bekövetkezése esetén **haláleseti szolgáltatást** nyújt.

Haláleseti szolgáltatás

A biztosítottnak a szerződés lejáratí időpontját megelőző halála esetén

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

Az aktuális biztosítási összeg az általános feltételek III.4. pontjában meghatározott értékkövetési szabályok szerint megnövelt biztosítási összeg.

III. A biztosítási díj

1. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt a biztosítotthoz kérdéseket intézhet az általános feltételekben foglaltakon túl a biztosított dohányzási szokásaira vonatkozóan is.
2. A biztosító a biztosítottat – a biztosított által adott válaszok figyelembevételével – az Alap kategóriába, a Kedvezményes kategóriába vagy az Optimum kategóriába sorolja (továbbiakban: dohányzási szokások szerinti kategória), melyet az ajánlaton feltüntet.
3. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt jogosult a biztosított dohányzási szokásaival összefüggő teszt vizsgálatot végezni, és a teszt vizsgálat eredményei alapján az ajánlaton feltüntetett dohányzási szokások szerinti kategóriát módosítani. A biztosító a módosított kategóriát figyelemfelkeltésre alkalmas módon a kötvényen feltünteti.
4. Optimum kategóriába akkor sorolható a biztosított, ha szerződéskötéskor nem dohányzik, és az azt megelőző két évben egyáltalán nem dohányzott, és a biztosító a biztosítottat a teszt

vizsgálat eredménye alapján az Optimum kategóriába sorolja. Optimum kategóriába sorolt biztosított esetében a biztosító jogosult a tartam alatt bármikor a biztosított dohányzási szokásaira vonatkozóan teszt vizsgálatot végezni.

5. A **biztosítási díj kiszámítása** az általános feltételek III.1.2. pontjában meghatározottakon kívül a **dohányzási szokások** szerinti kategória figyelembevételével történik.

IV. A biztosított változásbejelentési kötelezettsége

Az **Optimum kategóriába** sorolt biztosított a biztosítás tartama alatt az általános feltételek II.2.5. pontjában meghatározottakon kívül **köteles** a biztosítónak 5 munkanapon belül írásban **bejelenteni**, ha a dohányzási szokásai megváltoztak, azaz **dohányozni kezdett**. Jelen életbiztosítás vonatkozásában a dohányzási szokások a biztosítás szempontjából **lényeges körülménynek** minősülnek. A változásbejelentés elmulasztása esetén az általános feltételek V.2.3. pontja értelmében a biztosító mentesülhet szolgáltatási kötelezettsége alól.

V. A biztosító szerződésmódosítási lehetősége

1. A IV. fejezetben meghatározott esetben a biztosító a **változásbejelentést követő biztosítási évfordulóval** a biztosítottat a Kedvezményes kategóriába vagy az Alap kategóriába sorolja a jelen feltétel III. fejezetének a figyelembevételével.
2. A IV. fejezetben meghatározott esetben a **változásbejelentést követő biztosítási évfordulótól** módosul a biztosítási díj. A módosult biztosítási díj kiszámítása a biztosítás **létrejöttkor hatályos** díjszabás szerint a biztosított nemének, **aktuális** életkorának, tevékenységének (foglalkozás, munka, sport, egyéb), dohányzási szokások szerinti kategóriájának és a biztosítási összegnek, továbbá a biztosítás **hátralévő** tartamának a figyelembevételével történik.
3. A IV. fejezetben meghatározott esetben a szerződő jogosult a változásbejelentés időpontjában érvényes biztosítási díj változatlanul hagyását kérni a biztosítási összeg **csökkentése** mellett a **változásbejelentést követő biztosítási évfordulótól**. A csökkentett biztosítási összeg kiszámítása a biztosítás **létrejöttkor hatályos** díjszabás szerint a biztosított nemének, **aktuális** életkorának, tevékenységének (foglalkozás, munka, sport, egyéb), dohányzási szokások szerinti kategóriájának és változásbejelentés időpontjában érvényes biztosítási díjnak, továbbá a biztosítás **hátralévő** tartamának a figyelembevételével történik.
4. Az V.3. pontban meghatározott szerződésmódosítás – az általános feltételek IV.4.4. pontjával ellentétben – **nem** minősül kötvényszám módosítással járó átdolgozási igénynek a **bónusz-díjvisszatérítés** szempontjából.

VI. A biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

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

Be kell nyújtani továbbá:

- a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
- a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
- a biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatát (kezelőorvosi igazolás, zárójelentés, halotti epikrízis, stb.),
- külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat – a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített – hiteles magyar fordítását,
- a baleseti jegyzőkönyv másolatát, ha készült ilyen,
- közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát, véralkohol vizsgálati eredményt, vezetői engedélyt és a jármű forgalmi engedélyét,
- a kedvezményezett jogosultságot igazoló okirat másolatát (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg.

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

- hivatalos bizonyítványt a biztosított születésének időpontjáról (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevel stb.).

A fentieken kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

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

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek haláleseti és díjtvállalásra 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (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., vagy III. csoportú rokkantként van nyilvántartva, vagy az ajánlattételt megelőzően ilyen irányú kérelmet nyújtott be az annak megállapítására jogosult szervhez.

I. Biztosítási esemény

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

- **a biztosított halála** a szerződés lejáratí időpontját megelőzően,
- **a biztosítottnak** a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett betegsége, balesete, melynek következtében a biztosítottnál **I. vagy II. csoportú rokkantságot** állapítanak meg a szerződés lejáratí időpontját megelőzően. A rokkantságot a rokkantság megállapítására jogosult szerv állapítja meg szakvéleményében.

A biztosítási esemény időpontja halál esetén a halál időpontja, I. vagy II. csoportú rokkantság esetén a rokkantság megállapítását tartalmazó szakvélemény kelte.

II. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a – jelen különös feltételek szerint – létrejött szerződésben vállalja, hogy a szerződő díjfizetése ellenében, a biztosítási esemény bekövetkezése esetén

- **haláleseti szolgáltatást** nyújt,
- **díjtvállalás szolgáltatást** nyújt.

Haláleseti szolgáltatás

A biztosítottnak a szerződés lejáratí időpontját megelőző halála esetén

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

Az aktuális biztosítási összeg az általános feltételek III.4. pontjában meghatározott értékkövetési szabályok szerint megnövelt biztosítási összeg.

Díjtvállalás szolgáltatás

A biztosítottnak a szerződés lejáratí időpontját megelőzően bekövetkezett I. vagy II. csoportú rokkantsága esetén

- a biztosító **átvállalja a biztosítási díj fizetését** a szakvélemény keltét követő hónap 1-jétől. **A díjfizetés átvállalása kizárólag a jelen kockázati életbiztosítás díjára vonatkozik.**
- a díjtvállalás időpontjával egyezően a szerződőnek lehetősége van a szerződésben szereplő baleset- és egészség-

biztosítási kockázatokat változatlanul megtartani, vagy ezek törlését kérni;

- a biztosító által átvállalt díjú **kockázati életbiztosítás** esetében értékkövetés (általános feltételek: III.4.) nem lehetséges.

III. A biztosítási díj

1. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt a biztosítotthoz kérdéseket intézhet az általános feltételekben foglaltakon túl a biztosított dohányzási szokásaira vonatkozóan is.
2. A biztosító a biztosítottat – a biztosított által adott válaszok figyelembe vételével – az Alap kategóriába, a Kedvezményes kategóriába vagy az Optimum kategóriába sorolja (továbbiakban: dohányzási szokások szerinti kategória), melyet az ajánlaton feltüntet.
3. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt jogosult a biztosított dohányzási szokásaival összefüggő teszt vizsgálatot végezni, **és a teszt vizsgálat eredményei alapján az ajánlaton feltüntetett dohányzási szokások szerinti kategóriát módosítani. A biztosító a módosított kategóriát figyelemfelkeltésre alkalmas módon a kötvényen feltünteti.**
4. **Optimum kategóriába** akkor sorolható a biztosított, ha szerződéskötéskor nem dohányzik, és az azt megelőző két évben egyáltalán nem dohányzott, és a biztosító a biztosítottat a teszt vizsgálat eredménye alapján az Optimum kategóriába sorolja. Optimum kategóriába sorolt biztosított esetében a biztosító jogosult a tartam alatt bármikor a biztosított dohányzási szokásaira vonatkozóan teszt vizsgálatot végezni.
5. A **biztosítási díj kiszámítása** az általános feltételek III.1.2. pontjában meghatározottakon kívül a **dohányzási szokások** szerinti kategória figyelembe vételével történik.

IV. A biztosított változásbejelentési kötelezettsége

Az **Optimum kategóriába** sorolt biztosított a biztosítás tartama alatt az általános feltételek II.2.5. pontjában meghatározottakon kívül **köteles** a biztosítónak 5 munkanapon belül írásban **bejelenteni**, ha a dohányzási szokásai megváltoztak, azaz **dohányozni kezdett**. Jelen életbiztosítás vonatkozásában a dohányzási szokások a biztosítás szempontjából **lényeges körülménynek** minősülnek. A változásbejelentés elmulasztása esetén az általános feltételek V.2.3. pontja értelmében a biztosító mentesülhet szolgáltatási kötelezettsége alól.

V. A biztosító szerződésmódosítási lehetősége

1. A IV. fejezetben meghatározott esetben a biztosító **a változásbejelentést követő biztosítási évfordulóval** a biztosítottat a Kedvezményes kategóriába vagy az Alap kategóriába sorolja a jelen feltétel III. fejezetének a figyelembevételével.
2. A IV. fejezetben meghatározott esetben **a változásbejelentést követő biztosítási évfordulótól** módosul a biztosítási díj. A módosult biztosítási díj kiszámítása a biztosítás **létrejöttkor hatályos** díjszabás szerint a biztosított nemének, **aktuális** életkorának, tevékenységének (foglalkozás, munka, sport, egyéb), dohányzási szokások szerinti kategóriájának és a

biztosítási összegnek, továbbá a biztosítás **hátralévő** tartamának a figyelembevételével történik.

3. A IV. fejezetben meghatározott esetben a szerződő jogosult a változásbejelentés időpontjában érvényes biztosítási díj változatlanul hagyását kérni a biztosítási összeg **csökkentése** mellett **a változás bejelentést követő biztosítási évfordulótól**. A csökkentett biztosítási összeg kiszámítása a biztosítás **lét-rejttekor hatályos** díjszabás szerint a biztosított nemének; **aktuális** életkorának, tevékenységének (foglalkozás, munka, sport, egyéb), dohányzási szokások szerinti kategóriájának és változásbejelentés időpontjában érvényes biztosítási díjnak, továbbá a biztosítás **hátralévő** tartamának a figyelembevételével történik.
4. Az V.3. pontban meghatározott szerződésmódosítás – az általános feltételek IV.4.4. pontjával ellentétben – **nem** minősül kötvényszám módosítással járó átdolgozási igénynek a **bónusz-díjvisszatérítés** szempontjából.

VI. A biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt**.

Be kell nyújtani továbbá:

- a rokkantság megállapítására jogosult szerv által rendszerített, hozzá benyújtott és általa kiadott (szakvélemény) dokumentumok másolatát,
- a rokkantság háttérben álló betegség vagy baleset orvosi dokumentumait, az első kórismezés pontos időpontjával,
- a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
- a baleseti jegyzőkönyv másolatát, ha készült ilyen,
- közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát, véralkohol vizsgálati eredményt,

- a véralkohol vizsgálati eredményét, amennyiben ilyen készült,
- amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát,
- a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
- a biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatát (kezelőorvosi igazolás, zárójelentés, halotti epikrízis, stb.),
- külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat – a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített – hiteles magyar fordítását,
- a kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat másolatát (jogerős hagyatékadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,

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

- hivatalos bizonyítványt a biztosított születésének időpontjáról (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevel stb.).

A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

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

Jelen biztosítási feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti halálra 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (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. pontja), melynek következtében a biztosított a balesetet követő egy éven belül meghal.
2. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

II. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a halál időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a halálesetet követő 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.
2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek IV.1.2. pontjában 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 baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - c) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,

- d) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
- e) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát,
- f) a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
- g) a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
- h) külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okiratnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségen elkészített magyar nyelvű hiteles fordítását,
- i) a kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat másolatát (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,
- j) amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
- k) a halál – illetve a baleset – közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratokat.

4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

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

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei, lineáris térítéssel (EBROK011)



GENERALI
Biztosító

Generali-Providencia Biztosító Zrt. 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. TeleCenter: (06-40) 200-250

Jelen biztosítási feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra 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 Zrt. TestŐr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (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 2 év eltelt, akkor a baleset napjától számított 2 év letelte után a biztosító orvos-szakértője 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 maradandó egészségkárosodás (I.3. pont) fennállása esetén teljesít szolgáltatást.
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, illetőleg annak mértéke orvosi megállapítását kérni, azaz mind a biztosított, mind a biztosító jogosult annak megállapítását kérni, hogy az egészségi állapot orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel 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 mellékletében található táblázat alapján állapítja meg.
5. Ha az egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, úgy a szolgáltatást a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból csökkent mértéke alapján kell megállapítani. A 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. Az orvosszakértői intézet (Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet) szakvéleményében, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában megállapított egészségkárosodás mértéke, a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás fokánál, és a biztosító által nyújtandó szolgáltatási összeg meghatározásánál nem irányadó. A biztosítót az egészségkárosodás maradandó jellegének, illetve az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvosszakértői testületek határozata, szakvéleménye nem köti.
6. Egy biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás nem lehet nagyobb 100%-nál.
7. Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.
8. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
9. 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.
10. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
11. Amennyiben a biztosító szolgáltatását követően a biztosított egészségi állapota tovább romlik ugyanannak a biztosítási eseménynek a következményeként, amely alapján a biztosító már teljesített szolgáltatást, a biztosított a megfelelő orvosi kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával, a jelen feltételek II.2. pontjában meghatározott határidőn belül ismételt kérvényezheti egészségi állapota felülvizsgálatát. A felülvizsgálat eredményétől függően, a biztosító a jelen feltételek II. 3. pontja szerinti szolgáltatást teljesíti a jelen 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. pontjában foglaltakkal 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. pontjában 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) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát,
 - h) amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat).

A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.

4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
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

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei, progresszív térítéssel (EBROK111)



GENERALI
Biztosító

Generali-Providencia Biztosító Zrt. 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. TeleCenter: (06-40) 200-250

Jelen biztosítási feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra 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 Zrt. TestŐr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (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 2 év eltelt, akkor a baleset napjától eltelt 2 év letelte után a biztosító orvosszakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét, melyet a biztosító a szolgáltatási kötelezettsége és a szolgáltatás mértéke szempontjából a baleset következményeként kialakult maradandó egészségkárosodásnak tekint. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.
4. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító kizárólag abban az esetben teljesít szolgáltatást, ha az egészségkárosodás a jelen feltételek I.3. bekezdésének értelmében maradandó.
2. Amennyiben a biztosított egészségkárosodásának mértéke folyamatosan változik, úgy mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van biztosítási eseményenként 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 jelen pontban szereplő, a maradandó egészségkárosodás mértékéhez rendelt százalékat nyújtja szolgáltatásként, figyelemmel a jelen különös feltételek II.11. bekezdésére. A progresszív szolgáltatás mértékét meghatározó százalékos értékek a maradandó egészségkárosodás fokának függvényében:

26% alatti maradandó egészségkárosodás esetén a térítés mértékét meghatározó százalékos érték megegyezik az egészségkárosodás fokával, míg a többi esetben az említett százalékos érték az alábbi a maradandó egészségkárosodás százalékos mértékéhez rendelt:

e.k. foka	→	térítés %	e.k. foka	→	térítés %
26%	→	27%	63%	→	114%
27%	→	29%	64%	→	117%
28%	→	31%	65%	→	120%
29%	→	33%	66%	→	123%
30%	→	35%	67%	→	126%
31%	→	37%	68%	→	129%
32%	→	39%	69%	→	132%
33%	→	41%	70%	→	135%
34%	→	43%	71%	→	138%
35%	→	45%	72%	→	141%
36%	→	47%	73%	→	144%
37%	→	49%	74%	→	147%
38%	→	51%	75%	→	150%
39%	→	53%	76%	→	153%
40%	→	55%	77%	→	156%
41%	→	57%	78%	→	159%
42%	→	59%	79%	→	162%
43%	→	61%	80%	→	165%
44%	→	63%	81%	→	168%
45%	→	65%	82%	→	171%
46%	→	67%	83%	→	174%
47%	→	69%	84%	→	177%
48%	→	71%	85%	→	180%
49%	→	73%	86%	→	183%
50%	→	75%	87%	→	186%
51%	→	78%	88%	→	189%
52%	→	81%	89%	→	192%
53%	→	84%	90%	→	195%
54%	→	87%	91%	→	198%
55%	→	90%	92%	→	201%
56%	→	93%	93%	→	204%
57%	→	96%	94%	→	207%
58%	→	99%	95%	→	210%
59%	→	102%	96%	→	213%
60%	→	105%	97%	→	216%
61%	→	108%	98%	→	219%
62%	→	111%	99%	→	222%
			100%	→	225%

4. Az egészségkárosodás mértékét (fokát) a biztosító orvosa az általános feltételek C mellékletében található táblázat alapján állapítja meg.
5. Ha az egészségkárosodás mértéke (foka) a táblázat alapján nem állapítható meg, úgy azt aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét – a

táblázat figyelembevételével – a biztosító orvosa állapítja meg. A baleset előtt már marandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak. Az orvosszakértői intézet (Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet) szakvéleményében, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában megállapított egészségkárosodás mértéke, a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás fokánál, és a biztosító által nyújtandó szolgáltatási összeg meghatározásánál nem irányadó. A biztosítót az egészségkárosodás marandó jellegének, vagy az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvosszakértői testületek határozata, szakvéleménye nem köti.

6. Egy biztosítási esemény következményeként megállapított marandó egészségkárosodás nem lehet nagyobb 100%-nál.
7. Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.
8. Marandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
9. 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.
10. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
11. Amennyiben a biztosító szolgáltatását követően a biztosított egészségi állapota tovább romlik ugyanannak a biztosítási eseménynek a következményeként, amely alapján a biztosító már teljesített szolgáltatást, a biztosított a megfelelő orvosi kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával, a II.2. bekezdésben meghatározott határidőn belül ismételtén kérheti egészségi állapota felülvizsgálatát. A felülvizsgálat eredményétől függően a biztosító a jelen különös feltételek II.3. bekezdése szerinti szolgáltatást teljesíti, azzal, hogy a jelen pont szerinti szolgáltatás összegéből a fentebb említett biztosítási eseménnyel összefüggésben történt korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesített szolgáltatás összegéből le kell vonni. Ugyanazon biztosítási esemény következményeként megállapított marandó egészségkárosodás ilyen esetben sem lehet nagyobb 100%-nál, a jelen különös 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 igény bejelentőt,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum fénymásolatát,
 - c) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat,
 - d) a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - f) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát,
 - h) amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
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

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a baleseti eredetű marandó egészségkárosodásra vonatkozó (progresszív) szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

A baleseti eredetű 50%-ot meghaladó maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBROK211)



GENERALI
Biztosító

Generali-Providencia Biztosító Zrt. 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44. TeleCenter: (06-40) 200-250

Jelen biztosítási feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti eredetű 50%-ot meghaladó maradandó egészségkárosodásra 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 Zrt. TestŐr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (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 **50%-ot meghaladó mértékű 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 2 év eltelt, akkor a baleset napjától számított 2 év letelte után a biztosító orvos-szakértője 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 az 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodás (I.3. pont) fennállása esetén teljesít szolgáltatást.
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, illetőleg annak mértéke orvosi megállapítását kérni, azaz mind a biztosított, mind a biztosító jogosult annak megállapítását kérni, hogy az egészségi állapot orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel 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 az 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodás megállapításakor hatályos kötvényben, ennek hiányában a szerződés megszűnésekor hatályban volt kötvényben rögzített biztosítási összeget nyújtja szolgáltatásként.
4. 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 a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból csökkent mértéke alapján kell megállapítani. 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. Az orvosszakértői intézet (Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet) szakvéleményében, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában megállapított egészségkárosodás mértéke, a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás fokánál, és 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, szakvéleménye nem köti.
6. Egy biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás nem lehet nagyobb 100%-nál.
7. Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, és a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint a figyelembe vehető egészségkárosodás mértéke az 50%-ot meghaladta, a biztosító az aktuális biztosítási összeget fizeti ki szolgáltatásként.
8. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
9. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított 15 napon belül írásban kell a biztosítónak bejelenteni.
2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek IV.1.2. pontjában 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) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát,
 - h) amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
4. A fentieken kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
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 2 év letelte után 30 napon belül.

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

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek csonttörésre 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 Zrt. TestŐr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a baleset (általános feltételek VII.3.), melynek következtében a biztosított csonttörést, csonttörésszerű sérülést szenved. Jelen feltételek szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.
2. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén – bal esetenként a törések számától függetlenül – a biztosítási esemény időpontjában hatályos biztosítási összeget téríti meg.
2. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.

2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek IV.1.2. bekezdésben 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 csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás másolatát,
 - c) a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - e) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - f) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát.
4. A fentieken kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

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

A baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBKNT011)



GENERALI
Biztosító

Generali-Providencia Biztosító Zrt. 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44. TeleCenter: (06-40) 200-250

Jelen biztosítási feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a baleset (általános feltételek VII. 3. pontja), melynek következtében a biztosított folyamatos 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 felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A kórházi felvétel több napra szól, ha a kórházból való elbocsátás későbbi napon történt, mint a kórházi felvétel. A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása (jelen feltételek II. 3. pontja) 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 baleset időpontja.
4. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés, az orvosi ellátás indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ápolási napokra (jelen feltételek I. 2. pontja) nyújt szolgáltatást.
2. A szolgáltatás összege a kórházi fekvőbeteg-ellátás tartama alatt, az ápolási napokon hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegnek és a kórházi ápolási napok számának a szorzata.

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

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. pontjában 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) a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát.
 - e) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - f) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát.
4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

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

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti műtéti 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a baleset (általános feltételek VII.3.), melynek következtében a biztosított műtetre (általános feltételek VII.4.2.) szorul, amennyiben az orvosilag szükséges.
2. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.
3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a műtét indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosított balesete esetén a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.
2. A biztosító szolgáltatása a műtét napján hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegnek az elvégzett műtét csoportba sorolásától függő százalékos mértéke. Amennyiben a műtét a tartamon túl, de a biztosítási esemény időpontjától számított két éven belül következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.
3. A műtétek csoportba sorolását tartalmazó műtéti lista (általános feltételek VII.4.4.) kivonatos formája az általános feltételek B melléklete (kivonatos lista, általános feltételek VII.4.5.). A kivonatos lista tartalmazza a térítés százalékos mértékét is.
4. Ha a biztosítási szerződés értékkövető (általános feltételek III.4.), akkor a kedvezményezett – jogos szolgáltatási igénnyel

összefüggésben – a biztosítási évforduló napjától kezdve az értékkövetésnek megfelelő, megnövelt összegű szolgáltatásra jogosult.

5. Amennyiben egy napon vagy egy eljárásban több műtétet végeznek, akkor a biztosító a szolgáltatásának mértékét a legkisebb sorszámú csoportba sorolt műtét (azaz a legmagasabb százalékos besorolású műtét) alapul vételével állapítja meg.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a műtét elvégzését 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) a műtéti leírás másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - d) a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - f) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát.
4. A fentieken kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

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

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek égési sérülésre 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a baleset (általános feltételek VII.3.), melynek következtében a biztosított égési sérülést szenved.
2. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító szolgáltatása a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő mértéke.
2. A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a következő:
Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka

Mélység	Testfelület			
	10–19%	20–49%	50–79%	80% felett
I. fokú	–	–	–	–
II. fokú	–	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100 %	160%
IV. fokú	40%	80%	200%	200%

3. Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva, valamint a legmagasabb fokú sérülés figyelembevételével állapítja meg.
4. Ha a biztosított igazoltan, közvetlenül az égési sérülések következtében hal meg, a biztosító a kedvezményezett részére az égési sérülés súlyosságától függetlenül 200%-os térítést fizet.
5. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.
2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek IV.1.2. bekezdésben 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, illetve ambuláns lap másolatát, amennyiben az égési sérülés következményeként a biztosított kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben, illetve járóbeteg-ellátásban részesült,
 - c) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos orvosi dokumentumok fénymásolatát,
 - d) a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - f) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát.
4. Halál esetén a szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani továbbá:
 - a) a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
 - b) a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
 - c) külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okiratrak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített hiteles magyar fordítását,
 - d) a kedvezményezetti jogosultságot igazoló okirat másolatát (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány), feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,
 - e) amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozatot, vagy a jogerős bírósági határozatot). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll,
 - f) a halál – vagy a baleset – közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratokat.
5. A fentieken kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

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

Jelen különös feltétel hatálybalépésének időpontja: 2011. április 1.

A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBKEK011)



GENERALI
Biztosító

Generali-Providencia Biztosító Zrt. 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44. TeleCenter: (06-40) 200-250

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti keresőképtelenségre 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Általános rendelkezések és a biztosítási esemény fogalma

1. A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó biztosítás megkötésének feltételei

- 1.1. A jelen különös feltételek szerint nem köthető baleseti keresőképtelenségi biztosítás olyan személyre, aki a kötelező egészségbiztosítás rendszerében táppénzre nem jogosult.
- 1.2. A biztosító a biztosítási ajánlat elfogadása előtt kérheti annak írásos igazolását, hogy a biztosított a kötelező egészségbiztosítás rendszerében táppénzre jogosult, azaz kérheti annak igazolását, hogy a biztosított az 1997. évi LXXX. törvényben meghatározott mértékű pénzbeli egészségbiztosítási járulékot fizet. A biztosító jövedelemigazolás benyújtását is előírhatja.
- 1.3. A biztosított köteles a biztosítónak írásban bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt szűnik meg a kötelező egészségbiztosítás rendszerében a táppénzre vonatkozó jogosultsága. Ebben az esetben a szerződés baleseti keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része a táppénzre vonatkozó jogosultság megszűnését követő hónap első napján megszűnik.
- 1.4. A biztosított köteles a biztosítónak írásban, a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatának kézhezvételétől számított 15 napon belül bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt öregségi, rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjra, illetve egyéb nyugdíjszerű ellátásra (a továbbiakban: nyugdíj) szerez jogosultságot. Ebben az esetben a szerződés baleseti keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része a nyugdíjjogosultság megszerzését követő hónap első napján megszűnik.
- 1.5. Ha a szerződés baleseti keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része az 1.3. vagy 1.4. szerint megszűnt, akkor ezen kockázat ismételt hatályba lépésére kockázatelbírálást követően a biztosító engedélyével kerülhet sor.

2. Biztosítási esemény

- 2.1. Biztosítási esemény a baleset (általános feltételek VII.3.), melynek következtében a biztosított a hatályos jogszabályoknak megfelelően, a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos által igazoltan keresőképtelen állományban van, és táppénzt vesz igénybe.
- 2.2. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.
- 2.3. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított keresőképtelenségét és egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges keresőképtelen napokra nyújt szolgáltatást, figyelemmel a jelen feltételek II.2. és II.3. pontjaira.
2. A folyamatos keresőképtelenség első, a szerződésben (az ajánlaton) meghatározott számú napjára (továbbiakban: önrész) a biztosító nem teljesít szolgáltatást.
3. A szolgáltatás mértékének megállapítása úgy történik, hogy a biztosított keresőképtelenné válásának időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget meg kell szorozni azon napok számával, amely

napokon a biztosított keresőképtelen volt, figyelembe véve az önrészt. Amennyiben a keresőképtelenség a tartamon túl következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.

4. Ha a biztosítási évforduló napja beleesik abba az időtartamba, amely alatt a biztosított igazoltan keresőképtelen volt, és a biztosítási szerződés értékkövető (általános feltételek III.4.), akkor a biztosító a biztosítási évforduló napjától kezdve az értékkövetésnek megfelelő, megnövelt összegű szolgáltatást nyújtja a kedvezményezett részére.
5. A biztosító egy balesettel összefüggésben a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb 300 napra teljesít szolgáltatást.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt először legkésőbb az önrész leteltétől számított 14 napon belül, majd azt követően legalább 14 napos időközönként kell írásban a biztosítónak bejelenteni.
2. A fenti határidők 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 keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány másolatát (Orvosi igazolás a keresőképtelen (terhességi) állományba vételről),
 - c) ha kórházi ápolás is történt: a kórházi zárójelentés másolatát, a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül,
 - d) a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - f) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélynek másolatát.
4. Folyamatos keresőképtelenség esetén a 3. a) d), e), f), g) pontban meghatározott dokumentumokat csak az első bejelentés alkalmával kell benyújtani.
5. Folyamatos keresőképtelenség esetén a keresőképtelenség elbírálására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a folyamatos keresőképtelenségről szóló orvosi igazolás másolatát annak kiállítását követő 14 napon belül kell benyújtani a biztosítónak a kötvényszámra való hivatkozással (Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről).
6. Folyamatos keresőképtelenség esetén továbbá a biztosítottnak 60 naponként be kell nyújtania a biztosítónak az egészségi állapotot leíró új kezelőorvosi dokumentumokat.
7. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

1. A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a baleseti keresőképtelenség szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.
2. A biztosító kockázatviselése az általános feltételekben meghatározottakon kívül nem terjed ki az olyan keresőképtelenségre, amely alatt a biztosított jövedelemszerző tevékenységet végez.

Jelen különös feltétel hatálybalépésének időpontja: 2011. április 1.

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek közlekedési baleseti halálra 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a közlekedési baleset (általános feltételek VII.3.), melynek következtében a biztosított a balesetet követő egy éven belül meghal.
2. A biztosítási esemény időpontja a közlekedési baleset időpontja.

II. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a halál időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a halálesetet követő 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.
2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek IV.1.2. bekezdésben 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 rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - c) a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,

- d) amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát,
- e) a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
- f) a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
- g) a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
- h) a halál – vagy a közlekedési baleset – közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat,
- i) külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okiratnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített magyar nyelvű hiteles fordítását,
- j) a kedvezményezetti jogosultságot igazoló okirat (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány) másolatát, feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,
- k) amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozatot, vagy a jogerős bírósági határozatot). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.

4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

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

A közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei, lineáris térítéssel (EKROK011)



GENERALI
Biztosító

Generali-Providencia Biztosító Zrt. 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44. TeleCenter: (06-40) 200-250

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodásra 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 Zrt. TestŐr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a közlekedési 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 2 év eltelt, akkor a baleset napjától eltelt 2 év letelte után a biztosító orvosszakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét, melyet a biztosító a szolgáltatási kötelezettsége és a szolgáltatás mértéke szempontjából a baleset következményeként kialakult maradandó egészségkárosodásnak tekint. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.
4. A biztosítási esemény időpontja a közlekedési baleset időpontja.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító kizárólag abban az esetben teljesít szolgáltatást, ha az egészségkárosodás a jelen feltételek I.3. bekezdésének értelmében maradandó.
2. Amennyiben a biztosított egészségkárosodása folyamatosan változik, úgy mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van biztosítási eseményként a bejelentett baleset napjától számított 4 évig, évenként egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás, illetve annak mértékének orvosi megállapítását kérni, azaz mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van annak megállapítását kérni, hogy az egészségi állapot orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A biztosított ismételt szolgáltatási 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 mellékletében található táblázat alapján állapítja meg.
5. Ha az egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, úgy azt aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét – a táblázat figyelembevételével – a biztosító orvosa állapítja meg. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak. Az orvosszakértői intézet (Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet) szakvéleményében, illetve a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában megállapított egészségkárosodás mértéke a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás foka, vagy a biztosító által nyújtandó szolgáltatási összeg meghatározásánál nem irányadó. A biztosítót az egészségkárosodás maradandó jellegének, illetve az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvosszakértői testületek határozata, szakvéleménye nem köti.
6. Egy biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás nem lehet nagyobb 100%-nál.
7. Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.
8. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
9. 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.
10. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
11. Amennyiben a biztosító szolgáltatását követően a biztosított egészségi állapota tovább romlik ugyanannak a biztosítási eseménynek a következményeként, amely alapján a biztosító már teljesített szolgáltatást, a biztosított a megfelelő orvosi kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával, a II.2. bekezdésben meghatározott határidőn belül ismételtlen kérheti egészségi állapota felülvizsgálatát. A felülvizsgálat eredményétől függően a biztosító a jelen különös feltételek II. 3. bekezdése szerinti szolgáltatást teljesíti, azzal, hogy a fentebb említett biztosítási eseménnyel összefüggésben történt korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesített szolgáltatások összegéből le kell vonni. Ugyanazon biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás ilyen esetben sem lehet nagyobb 100%-nál, a jelen különös feltételek II.6. bekezdésével összhangban.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a közlekedési 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 rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - e) a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - f) amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát,
 - g) a közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - h) amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az

eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.

4. A fentieken kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
5. A biztosító az alábbi határidőkön belül teljesít:
 - a) az orvosi szempontból egyértelműen tisztázott károsodások alapján megállapított szolgáltatást a biztosító az 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

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

A baleseti költségtérítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBKTS011)



GENERALI
Biztosító

Generali-Providencia Biztosító Zrt. 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44. TeleCenter: (06-40) 200-250

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek baleseti költségtérítésre 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadók, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a baleset (általános feltételek VII.3), melynek következtében a biztosítottnak a 2. pontban meghatározott baleseti költségei merülnek fel.
2. Baleseti költségnek minősül a balesettel kapcsolatos, Magyarországon kiállított számlával igazolt:
 - a) mentési költség, amely akkor válik szükségessé, ha a biztosított balesetet szenvedett és ennek következtében sérülten mentésre szorul, vagy baleset következtében meghal, és holtteste csak mentéssel hozzáférhető,
 - b) szállítási költség, amely akkor merül fel, ha a balesetet szenvedett biztosítottat a baleset helyszínéről a kezelésre alkalmas legközelebbi kórházba, vagy orvoshoz, valamint egy alkalommal orvosi javaslatra az egészségügyi szolgáltatótól hazaszállítják, vagy a biztosított a baleset következtében meghal, és holttestét a baleset helyszínéről elszállítják, (a biztosított kötözésre, varratszedésre, egyéb orvosi vizsgálatra történő szállítására a biztosító nem nyújt szolgáltatást),
 - c) baleset során megsérült fog, műfog, korona, híd és más fogászati segédeszköz – eltekintve a kivehető műfogsortól – baleset miatt szükséges javításának költsége, amennyiben a sérülés igazoltan a baleset következménye. Nem minősül baleseti költségnek azon költség, amely a baleset előtt már meglévő fog, műfog, korona, híd, illetve más fogászati segédeszköz meglévő hibájának javítása miatt merül fel, sem a biztosított kivehető műfogsorának javítási költsége, cseréje.
 - d) gyógyászati segédeszközök beszerzésének, vagy más, a kezeléshez szükséges eszközök (például kötszer, gyógyszer) szükséges mennyiségben való beszerzésének a költsége. Nem minősül baleseti költségnek a gyógyászati segédeszköz beszerzésének költsége, ha az nem áll közvetlen okozati összefüggésben a balesettel (például, ha a már meglévő gyógyászati segédeszköz lopás, meghibásodás, vagy minőségi csere miatt kerül újbóli beszerzésre). A gyógyászati segédeszköz szükségességét a biztosító orvosa felülbírálhatja. A jelen különös feltételek alkalmazásában

gyógyászati segédeszköz a hatályos jogszabályok szerint ilyenként megjelölt eszköz. Nem minősül baleseti költségnek a fürdőkúrákkal és üdülésekkel kapcsolatos utazási és tartózkodási költség.

3. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

II. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a baleset időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeg erejéig megtéríti a jelen feltételek I.2. pontjában meghatározott baleseti költségeket, amennyiben azok a baleset napjától számított 2 éven belül merülnek fel és más módon nem térülnek meg.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a számla keltét követő 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.
2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek IV.1.2. bekezdésben 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 kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlákat,
 - 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) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát.
4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

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

Jelen biztosítási feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a betegség vagy baleset (általános feltételek VII.3. pontja), melynek következtében a biztosított kórházi (általános feltételek VII. 4.1. pontja) 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 felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A kórházi felvétel több napra szól, ha a kórházból való elbocsátás későbbi napon történt, mint a kórházi felvétel. A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása (jelen feltételek II. 3. pontja) 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 jogosult arra, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés, az 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 (jelen feltételek I.2. pontja) 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 (jelen feltételek I.2. pontja) nyújt szolgáltatást.
2. A szolgáltatás összege a kórházi fekvőbeteg-ellátás tartama alatt, az ápolási napokon hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegnek és a kórházi ápolási napok számának a szorzata.

3. Ha a biztosítási évforduló napja beleesik abba az időtartamba, amely alatt a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesült és a biztosítási szerződés értékkövető (általános feltételek III.4. pontja), akkor a biztosító a biztosítási évforduló napjától kezdve az értékkövetésnek megfelelő, megnövelt összegű biztosítási összeget veszi figyelembe a szolgáltatásnál a fekvőbeteg-ellátásra, az ápolási napokra vonatkozóan. 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. A biztosító egy biztosítási éven belül legfeljebb 120 kórházi ápolási napra térít.

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. pontjában 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,
 - e) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - f) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát.
4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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.

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek műtėti 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 Zrt. TestŐr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli váratlan betegség vagy baleset (általános feltételek VII.3.), melynek következtében a biztosított műtétre (általános feltételek VII.4.2.) szorul, amennyiben az orvosilag szükséges.
2. A biztosítási esemény időpontja a biztosított betegség miatti műtété esetén a műtét elvégzésének napja, a biztosított baleset miatti műtété esetén a baleset időpontja.
3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a műtét 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 műtétekre, a biztosított balesete esetén a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.
2. A biztosító szolgáltatása a műtét napján hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegnek az elvégzett műtét csoportba sorolásától függő százalékos mértéke. Amennyiben a biztosított balesete miatt szükséges műtét a tartamon túl, de a biztosítási esemény időpontjától számított két éven belül következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.
3. A műtétek csoportba sorolását tartalmazó műtėti lista (általános feltételek VII.4.4.) kivonatos formája az általános feltételek B melléklete (kivonatos lista, általános feltételek VII.4.5.). A kivonatos lista tartalmazza a térítés százalékos mértékét is.

4. Ha a biztosítási szerződés értékkövető (általános feltételek III.4.), akkor a kedvezményezett – jogos szolgáltatási igényrel összefüggésben – a biztosítási évforduló napjától kezdve az értékkövetésnek megfelelő, megnövelt összegű szolgáltatásra jogosult.
5. Amennyiben egy napon vagy egy eljárásban több műtétet végeznek, akkor a biztosító szolgáltatásának mértékét a legkisebb sorszámú csoportba sorolt műtét (azaz a legmagasabb százalékos besorolású műtét) alapul vételével állapítja meg.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.
2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek IV.1.2. bekezdésben 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) a műtėti leírás másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - d) baleset esetén a jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - f) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélynek másolatát.
4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

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

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek kiemelt kockázatú betegségekre 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény az alábbiakban felsorolt, a 2. bekezdésben definiált, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség:

- a) szívinfarktus,
- b) rosszindulatú daganatos betegség,
- c) agyi érkatasztrófa,
- d) krónikus veseelégtelenség,
- e) szívkoszorúérműtét,
- f) szervátültetés,
- g) AIDS.

2. Jelen feltételek alkalmazásában az 1. pontban felsorolt betegségek definíciói a következők:

- a) A szívinfarktus (szívinfarktus) a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívinfarktusnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.
- b) Rosszindulatú daganatos betegség esetén a szövettani atípia jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása áll fenn, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió) és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis).

Jelen feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejterendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatok alábbi csoportjaira:

- rákelőző (precarcinóma) állapotok,
 - a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,
 - a bőrrák, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
 - a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.
- c) Agyi érkatasztrófa az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfalszakadás, teljes- vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszernek az ér által ellátott területei elhalása, infarktus és maradandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett göctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 30 nap után is egyértelműen kimutathatók. Az általános feltételek

VII.3. bekezdése szerinti balesettel okozati összefüggésben lévő érkatasztrófákra a biztosítás nem terjed ki.

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

- d) Krónikus veseelégtelenség azon formája, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlanul csökkent és ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető és a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul.
 - e) Jelen feltételek szempontjából szívkoszorúér-műtétnek számít az a nyitott mellkasi beavatkozás, melynek célja két vagy több ér koszorúérfestéssel igazolt szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése a beteg érszakasz eltávolítása és annak a szervezet más részéből származó érrel való pótlása vagy a beteg érszakasz ép artériával történő áthidalása által.
 - f) Jelen feltételek szempontjából szervátültetésnek minősül az a műtéti beavatkozás, melynek során a szervet kapó (recipiens) testébe más szervezetéből (donor) szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj vagy vese kerül átültetésre. Szövet- és sejtátültetés nem fedi a szervátültetés fogalmát, emiatt a hasnyálmirigy-, bőr- és csontátültetés, transzfúzió nem biztosítási esemény.
 - g) Jelen feltételek szempontjából AIDS-nek minősül az az állapot, amelyben a HIV fertőzött vérben a CD4+ (limfociták) sejtek száma tartósan 200/μl alatt marad és opportunista – az emberben meglévő, egyébként ártalmatlan kórokozók okozta – fertőzés lép fel.
3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a biztosítottnál fellépő egyes betegségek esetén a következő:
- a) szívinfarktus esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja,
 - b) rosszindulatú daganat esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja,
 - c) agyi érkatasztrófa esetén a betegség bekövetkezésének időpontja, feltéve, hogy a maradandó szervi idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellépését követő 30 nap után is egyértelműen kimutathatók,
 - d) veseelégtelenség fellépésekor a dialíziskezelés első napja, feltéve, hogy a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul,
 - e) szívkoszorúér-műtét esetén a műtét időpontja,
 - f) szervátültetés esetén a műtét időpontja,
 - g) AIDS esetén a betegség megállapításának időpontja.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti és ezzel a biztosítási szerződés kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó része a biztosítási évfordulón megszűnik.
2. Abban az esetben, ha a biztosító jelen különös feltételek II.1. pontja szerinti szolgáltatására a biztosított életében nem került sor, és a biztosító orvosának véleménye alapján a biztosított halála a jelen különös feltételek I.1. pontjában szereplő valamely betegséggel ok-okozati összefüggésben következett be, akkor a biztosító a halál időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti.

3. A biztosító a jelen különös feltételek alapján ugyanazon biztosított esetében a biztosítási összegnek megfelelő szolgáltatást legfeljebb egyszer nyújtja akkor is, ha a biztosított esetében több, a jelen különös feltételek I.1. pontjában említett betegség együttesen, vagy külön-külön lép fel, illetve függetlenül attól, hogy a jelen különös feltételek I.1. pontjában szereplő betegsége(ke)t a biztosított életében diagnosztizálják, vagy a betegség(ek) és a haláleset közötti ok-okozati összefüggést a biztosított halála után állapítják meg.
4. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
7. Ha a szolgáltatási igény alapja krónikus veseelégtelenség, akkor be kell nyújtani a legalább 60 nap óta tartó rendszeres művesekezelést igazoló – a dialízist végző egészségügyi intézmény által kiállított – egészségügyi dokumentumok másolatát.
8. Ha a szolgáltatási igény alapja szívkoszorúér-műtét, akkor be kell nyújtani az előzetes koszorúérfestés eltéréseire alapozott, helyesen felállított orvosi javaslat alapján az áthidaló műtét megtörténtét igazoló zárójelentés másolatát.
9. Ha a szolgáltatási igény alapja szervátültetés, akkor be kell nyújtani a helyes orvosi javaslat alapján elvégzett műtéti beavatkozást igazoló egészségügyi dokumentum másolatát.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkezését követő 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.
2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek IV.1.2. bekezdésben 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) ha műtét is történt, akkor a műtéti leírás másolatát,
 - d) továbbá az alábbiakban meghatározott dokumentumokat.
4. Ha a szolgáltatási igény alapja szívizomelhalás, akkor az alábbi egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentumok benyújtása szükséges:
 - a) friss szívizomelhalásra utaló EKG elváltozás (jelen feltételek szempontjából csak azok a szívizomelhalások tekinthetők a kockázatviselési körbe tartozónak, melyeknél a koszorúér-elzáródással okozati összefüggésben a hagyományos – 12 elvezetéses – EKG felvétel bármelyik elvezetésében kóros, korábban nem észlelt Q hullám – szélessége meghaladja a 40 ms-ot, amplitúdója az R hullám amplitúdójának 25%-át) és
 - b) az úgynevezett szívizomspecifikus enzimszintek kórjelző mértékű emelkedése – bármelyik intracelluláris enzim (CPK, CKMB, SGOT, LDH, alfa-HBDH) szintjének szignifikáns, jól dokumentált emelkedése ezen feltétel megvalósulásaként értékelendő.
5. Ha a szolgáltatási igény alapja rosszindulatú daganat, akkor be kell nyújtani a pozitív (a sejtek rosszindulatú elfajulására és a folyamat invazív terjedésére utaló) szövettani vizsgálati lelet másolatát.
6. Ha a szolgáltatási igény alapja agyi érkatasztrófa, akkor be kell nyújtani a hiteles dokumentummal igazolható érkatasztrófa után 30 nappal is fennálló, az érkatasztrófával okozati összefüggésben álló szervi központi idegrendszeri károsodást jelző tüneteket igazoló egészségügyi dokumentumok másolatát.
10. Ha a szolgáltatási igény alapja AIDS, akkor az alábbi egészségügyi dokumentumok benyújtása szükséges:
 - a) legalább két mérési eredmény, amely igazolja, hogy a CD4+ sejtszám a kritikus érték alatt marad és
 - b) az ehhez járó opportunista fertőzést igazoló dokumentum.
11. Kiemelt kockázatú betegség miatt bekövetkező halál esetén be kell nyújtani továbbá:
 - a) a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
 - b) a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
 - c) a biztosított halálát okozó betegség első diagnosztizálásának időpontját, a betegség lefolyását tartalmazó orvosi iratok, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatát (kezelőorvosi igazolás, zárójelentés, kórbonctani lelet, stb.),
 - d) külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okiratnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített hiteles magyar fordítását,
 - e) a kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat másolatát (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány), feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg.
12. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

1. A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.
2. Jelen feltételek alkalmazásában – az általános feltételek VI.1.1.c) pontjában foglaltakkal ellentétben – a biztosító kockázatviselése kiterjed a HIV fertőzésre kivéve, ha a biztosított már az ajánlattételkor bizonyíthatóan HIV fertőzött volt.

Rokkantságra vonatkozó biztosítás különös feltételei, I.–II. rokkantsági csoport (EEOEP011)



GENERALI
Biztosító

Generali-Providencia Biztosító Zrt. 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44. TeleCenter: (06-40) 200-250

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek rokkantságra (I.–II. csoport) 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

A jelen különös feltételek szerint **nem köthető rokkantságra vonatkozó biztosítás** olyan személyre, aki a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.

A jelen különös feltételek szerint **nem köthető rokkantságra vonatkozó biztosítás**, továbbá olyan személyre sem, akít az Országos Orvosszakértői Intézet, illetve az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és ezen intézetnél új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség, baleset, melynek következtében az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: orvosszakértői intézet) szakvéleménye a biztosítottnál 79 százalékot meghaladó mértékű egészségkárosodást (az 1997. évi LXXXI. törvény 36/A. § (1) a) aa) bekezdés szerinti rokkantság, I. vagy II. rokkantsági csoport) állapított meg feltéve, hogy a biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezi.
2. A biztosítási esemény időpontjának a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez történő igénybejelentés napját kell tekinteni.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az orvosszakértői intézet szakvéleménye keltének időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti, és ezzel a szerződés rokkantságra vonatkozó biztosítást tartalmazó része megszűnik. Ha az orvosszakértői intézet szakvéleménye keltének időpontja a biztosítás lejáratát követő időpont, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.
2. Kivételesen – a biztosító orvosszakértőjének állásfoglalása alapján – sor kerülhet a biztosító szolgáltatásának teljesítésére az orvosszakértői intézet szakvéleményének meghozatalát megelőzően is.
3. Biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnek a végéig illeti meg a biztosított, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett.
4. A biztosító visszautalja a szerződőnek a rokkantságra vonatkozó biztosításra addig befizetett biztosítási díjakat, ha a várakozási idő letelte előtt következett be az olyan balesettel okozati összefüggésben nem álló betegség, amely a rokkantság alapjául szolgál.
A díj visszafizetésével a szerződés rokkantságra vonatkozó biztosítást tartalmazó része megszűnik.

5. A biztosító visszautalja a szerződőnek a rokkantságra vonatkozó biztosításra addig befizetett biztosítási díjakat, ha a biztosított a várakozási idő alatt fordul a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez a rokkantsággal összefüggő igénybejelentéssel kivéve, ha az igénybejelentés alapja a kockázatviselés kezdete után bekövetkezett és dokumentált baleset következménye. A díj visszafizetésével a szerződés rokkantságra vonatkozó biztosítást tartalmazó része megszűnik.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatát, és az annak mellékletét képező, az orvosszakértői intézet által kiadott szakvéleményt, annak kézhezvételét követő 15 napon belül kell benyújtani a biztosítónak.
2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételekben 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 nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatának és a határozat mellékleteinek – így különösen az orvosszakértői intézet szakvéleményének – a másolatát,
 - c) a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozatát a biztosítási esemény hátterében álló alapteregség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával,
 - d) ha a rokkantság okozati összefüggésben áll balesettel, akkor
 - az első orvosi ellátás dokumentumainak másolatát és
 - a baleseti jegyzőkönyv másolatát, munkahelyi baleset esetén a munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült, és
 - a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - e) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélynek másolatát.
4. A fentieken kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

1. A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.
2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá az olyan rokkantságra, amelynél az alapul szolgáló betegség, baleset a kockázatviselés időbeli hatályán kívül alakult ki (például a betegség(ek) a kockázatviselés kezdete előtt keletkeztek, vagy a kockázatviselés befejezését követően rosszabbodott a biztosított egészségi állapota).

V. A szerződés megszűnése

A szerződés rokkantságra vonatkozó biztosítást tartalmazó része megszűnik az alább felsorolt feltételek bármelyikének bekövetkezése esetén:

- a) ha a biztosított öregségi nyugdíjra szerez jogosultságot, vagy
 - b) ha a biztosított életkora eléri a reá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt.
- Amennyiben a jelen pontban felsorolt feltételek közül bármelyik bekövetkezik, úgy köteles azt a biztosított a feltétel bekövetkezésétől számított 15 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni.

Jelen különös feltétel hatálybalépésének időpontja: 2011. április 1.

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek rokkantságra (I.–II.–III. csoport) 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

A jelen különös feltételek szerint **nem köthető rokkantságra vonatkozó biztosítás** olyan személyre, aki a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.

A jelen különös feltételek szerint **nem köthető rokkantságra vonatkozó biztosítás** továbbá olyan személyre sem, akit az Országos Orvosszakértői Intézet, illetve az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és ezen intézetnél új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.

I. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség, baleset, melynek következtében az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: orvosszakértői intézet) szakvéleménye a biztosítottnál
 - a) 79 százalékot meghaladó mértékű egészségkárosodást állapított meg (az 1997. évi LXXXI. törvény 36/A. § (1) a) aa) bekezdés szerinti rokkantság, I.–II. rokkantsági csoportok), vagy
 - b) 50–79 százalékos mértékű egészségkárosodást állapított meg és rehabilitációja az orvosszakértői intézet szakvéleménye szerint nem javasolt (az 1997. évi LXXXI. Törvény 36/A. § (1) a) ab) bekezdés szerinti rokkantság, III. rokkantsági csoport) feltéve, hogy a biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél a rokkantsággal összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezi.
2. Biztosítási esemény továbbá a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség, baleset, melynek következtében az orvosszakértői intézet szakvéleménye a biztosítottnál 50–79 százalékos mértékű egészségkárosodást állapított meg és a biztosított az orvosszakértői intézet szakvéleménye szerint rehabilitálható (a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény 3. § (1) a) és b) bekezdések szerint) feltéve, hogy a biztosított a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnél az egészségkárosodással összefüggő igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt kezdeményezi.
3. A biztosítási esemény időpontjának a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez történő igénybejelentés napját kell tekinteni.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító az I. 1. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén az orvosszakértői intézet szakvéleménye keltének időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti. A biztosító szolgáltatásával a szerződés rokkantságra vonatkozó biztosítást tartalmazó része megszűnik.
2. A biztosító az I. 2. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén az orvosszakértői intézet szakvéleménye keltének időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegnek a felét téríti. A biztosító szolgáltatásával a szerződés rokkantságra vonatkozó biztosítást tartalmazó része megszűnik.
3. A biztosított az I. 2. pont szerinti biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a II. 2. pontban meghatározott szolgáltatás teljesítését követően, a biztosítási esemény időpontjától számított legfeljebb három éven belül írásban kérheti a II. 2. pontban meghatározott összeggel megegyező összeg teljesítését az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén:
 - a) a biztosított a biztosítási esemény miatt folyamatosan (megszakítás nélkül) rehabilitációs járadékban részesült, és
 - b) a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv felülvizsgálata során az orvosszakértői intézet szakvéleménye a biztosítottnál I., II. vagy III. csoportos rokkantságot állapított meg.
4. Ha az orvosszakértői intézet szakvéleménye keltének időpontja a biztosítás lejáratát követő időpont, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.
5. Kivételesen – a biztosító orvosszakértőjének állásfoglalása alapján – sor kerülhet a biztosító szolgáltatásának teljesítésére az orvosszakértői intézet szakvéleményének meghozatalát megelőzően is.
6. Biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnél a végéig illeti meg a biztosítót, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett.
7. A biztosító visszautalja a szerződőnek a rokkantságra vonatkozó biztosításra addig befizetett biztosítási díjakat, ha a várakozási idő letelte előtt következett be az olyan balesettel okozati összefüggésben nem álló betegség, amely a rokkantság, egészségkárosodás alapjául szolgál. A díj visszafizetésével a szerződés rokkantságra vonatkozó biztosítást tartalmazó része megszűnik.
8. A biztosító visszautalja a szerződőnek a rokkantságra vonatkozó biztosításra addig befizetett biztosítási díjakat, ha a biztosított a várakozási idő alatt fordul a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez a rokkantsággal, egészségkárosodással összefüggő igénybejelentéssel kivéve, ha az igénybejelentés alapja a kockázatviselés kezdete után bekövetkezett és dokumentált baleset következménye. A díj visszafizetésével a szerződés rokkantságra vonatkozó biztosítást tartalmazó része megszűnik.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatát, és az annak mellékletét képező, az orvosszakértői intézet által kiadott szakvéleményt, annak kézhezvételét követő 15 napon belül kell benyújtani a biztosítónak.

2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételekben 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 nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatának és a határozat mellékleteinek – így különösen az orvosszakértői intézet szakvéleményének – a másolatát,
 - c) a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozatát a biztosítási esemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával,
 - d) ha a rokkantság vagy egészségkárosodás okozati összefüggésben áll balesettel, akkor
 - az első orvosi ellátás dokumentumainak másolatát és
 - a baleseti jegyzőkönyv másolatát, munkahelyi baleset esetén a munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült, és
 - a véralkohol vizsgálati eredményt, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - f) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát.
4. A fentieken kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

1. A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a műtéti térítés szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.
2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá az olyan rokkantságra, egészségkárosodásra, amelynél az alapul szolgáló betegség, baleset a kockázatviselés időbeli hatályán kívül alakult ki (például a betegség(ek) a kockázatviselés kezdete előtt keletkeztek, vagy a kockázatviselés befejezését követően rosszabbodott a biztosított egészségi állapota).

V. A szerződés megszűnése

A szerződés rokkantságra vonatkozó biztosítást tartalmazó része megszűnik az alább felsorolt feltételek bármelyikének bekövetkezése esetén:

- a) ha a biztosított öregségi nyugdíjra szerez jogosultságot, vagy
- b) ha a biztosított életkora eléri a reá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt.

Amennyiben a jelen pontban felsorolt feltételek közül bármelyik bekövetkezik, úgy köteles azt a biztosított a feltétel bekövetkezésétől számított 15 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni.

Jelen feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek keresőképtelenségre 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 Zrt. TestÖr2011 élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei (TÁSZF11) (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. Általános rendelkezések és a biztosítási esemény fogalma

1. A keresőképtelenségre vonatkozó biztosítás megkötésének feltételei

- 1.1. A jelen különös feltételek szerint nem köthető keresőképtelenségi biztosítás olyan személyre, aki a kötelező egészségbiztosítás rendszerében táppénzre nem jogosult.
- 1.2. A biztosító a biztosítási ajánlat elfogadása előtt kérheti annak írásos igazolását, hogy a biztosított a kötelező egészségbiztosítás rendszerében táppénzre jogosult, azaz kérheti annak igazolását, hogy a biztosított az 1997. évi LXXX. törvényben meghatározott mértékű pénzbeli egészségbiztosítási járulékot fizet. A biztosító jövedelemigazolás benyújtását is előírhatja.
- 1.3. A biztosított köteles a biztosítónak írásban bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt szűnik meg a kötelező egészségbiztosítás rendszerében a táppénzre vonatkozó jogosultsága. Ebben az esetben a szerződés keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része a táppénzre vonatkozó jogosultság megszűnését követő hónap első napján megszűnik.
- 1.4. A biztosított köteles a biztosítónak írásban, a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatának kézhezvételétől számított 15 napon belül bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt öregségi, rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjra, illetve egyéb nyugdíjszerű ellátásra (a továbbiakban: nyugdíj) szerez jogosultságot. Ebben az esetben a szerződés keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része a nyugdíj-jogosultság megszerzését követő hónap első napján megszűnik.
- 1.5. Ha a szerződés keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része az 1.3. vagy 1.4. szerint megszűnt, akkor ezen kockázat ismételt hatályba lépésére kockázatbírálást követően a biztosító engedélyével kerülhet sor.

2. Biztosítási esemény

- 2.1. Biztosítási esemény a betegség vagy baleset (általános feltételek VII.3.), melynek következtében a biztosított a hatályos jogszabályoknak megfelelően, a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos által igazoltan keresőképtelen állományban van, és táppénzt vesz igénybe.
- 2.2. A biztosítási esemény időpontja a biztosított betegség miatti keresőképtelensége esetén a keresőképtelen állomány első napja, a biztosított baleset miatti keresőképtelensége esetén a baleset időpontja.

- 2.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosított keresőképtelenségét és egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti keresőképtelen napokra, a biztosított balesete esetén a baleset időpontjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges keresőképtelen napokra nyújt szolgáltatást, figyelemmel a jelen feltételek II.2. és II.3. pontjaira.
2. A folyamatos keresőképtelenség első, a szerződésben (az ajánlaton) meghatározott számú napjára (továbbiakban: önrész) a biztosító nem teljesít szolgáltatást.
3. A szolgáltatás mértékének megállapítása úgy történik, hogy a biztosított keresőképtelenné válásának időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget meg kell szorozni azon napok számával, amely napokon a biztosított keresőképtelen volt, figyelembe véve az önrészt. Amennyiben a biztosított baleset miatti keresőképtelensége a tartamon túl, de a baleset időpontjától számított két éven belül következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.
4. Ha a biztosítási évforduló napja beleesik abba az időtartamba, amely alatt a biztosított igazoltan keresőképtelen volt és a biztosítási szerződés értékkövető (általános feltételek III.4.), akkor a biztosító a biztosítási évforduló napjától kezdve az értékkövetésnek megfelelő, megnövelt összegű szolgáltatást nyújtja a kedvezményezett részére.
5. A biztosító egy balesettel összefüggésben a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb 300 nappal teljesít szolgáltatást. Nem baleset miatt bekövetkező keresőképtelenség esetén egy biztosítási éven belül legfeljebb 150 nappal teljesít szolgáltatást a biztosító.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt először legkésőbb az önrész leteltétől számított 14 napon belül, majd azt követően legalább 14 napos időközönként kell írásban a biztosítónak bejelenteni.
2. A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek IV.1.2. bekezdésben 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 keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány másolatát (Orvosi igazolás a keresőképtelen (terhességi) állományba vételről),
 - c) ha kórházi ápolás is történt: a kórházi zárójelentés másolatát, a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül,
 - d) baleset esetén a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,

- f) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolatát.
4. Folyamatos keresőképtelenség esetén a 3. a), d), e), f), g) pontban meghatározott dokumentumokat csak az első bejelentés alkalmával kell benyújtani.
5. Folyamatos keresőképtelenség esetén a keresőképtelenség elbírálására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a folyamatos keresőképtelenségről szóló orvosi igazolás másolatát annak kiállítását követő 14 napon belül kell benyújtani a biztosítónak a kötvényszámra való hivatkozással (Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről).
6. Folyamatos keresőképtelenség esetén továbbá a biztosítottnak 60 naponként be kell nyújtania a biztosítónak az egészségi állapotot leíró új kezelőorvosi dokumentumokat.
7. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek IV.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

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

1. A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek V. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a keresőképtelenség szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.
2. A biztosító kockázatviselése az általános feltételekben meghatározottakon kívül nem terjed ki az olyan keresőképtelenségre, amely alatt a biztosított jövedelemszerző tevékenységet végez.