

TestŐr

élet-, baleset- és egészségbiztosítás
különös feltételei

Hatályos: 2012. november 1-jétől



GENERALI

Biztosító

Kockázati életbiztosítás különös feltételei (EEHAT012)	3
Baleseti halálra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBHAT012)	5
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei, lineáris térítéssel (EBROK012)	6
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei, progresszív térítéssel (EBROK112)	8
Baleseti eredetű 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBROK212).	10
Csonttörésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBCST012)	12
Baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBKNT012).	13
Baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBMÜT012)	14
Égési sérülésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBÉGS012)	15
Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBKEK012).	16
Közlekedési baleseti halálra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EKHAT012).	18
Közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei, lineáris térítéssel (EKROK012)	19
Baleseti költségtérítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBKTS012).	21
Kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEKNT012)	22
Műtéti térítés biztosítás különös feltételei (EEMÜT012)	23
Kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEDRD012)	24
79%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEOEP012)	26
49%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEOEP112)	28
Keresőképtelenségre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEKEK012)	30

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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. A jelen különös feltételek alapján létrejött szerződés (a továbbiakban: szerződés) vonatkozásában biztosítási eseménynek minősül:
 - **a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett halála.**
2. A biztosítási esemény **időpontja a halál időpontja.**

II. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén – a jogalap fennállásakor – a halál időpontjában hatályos **kötvényben rögzített biztosítási összeget** fizeti ki a haláleseti szolgáltatásra jogosult kedvezményezett részére, és ezzel a szerződés megszűnik.

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. **Optimum kategóriába** akkor sorolható a biztosított, ha szerződéskötéskor nem dohányzik, és az azt megelőző két évben egyáltalán nem dohányzott, és a dohányzási tesztvizsgálat ezt igazolja. **Optimum kategóriába sorolt biztosított esetében a biztosító jogosult a tartam alatt bármikor a biztosított dohányzási szokásaira vonatkozóan tesztvizsgálatot végezni.**
4. A **biztosító** az ajánlat elfogadása előtt **jogosult a biztosított dohányzási szokásaival összefüggő tesztvizsgálatot végezni, és a tesztvizsgálat eredményei alapján az ajánlaton feltüntetett dohányzási szokások szerinti kategóriát módosítani. A biztosító a módosított kategóriát figyelemfelkeltésre alkalmas módon a kötvényen feltünteti.**

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.1.2. 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.2.2. pontja értelmében a **biztosító mentesülhet szolgáltatási kötelezettsége alól.**

V. A biztosító szerződésmódosítási lehetősége

1. A jelen különös feltétel IV. fejezetében meghatározott esetben a biztosító a **változásbejelentést követő biztosítási évfordulóval** a biztosítottat a Kedvezményes kategóriába vagy az Alap kategóriába sorolja a jelen különös feltétel III. fejezetének a figyelembe vételével.
2. A jelen különös feltétel IV. fejezetében meghatározott esetben a **változásbejelentést követő biztosítási évfordulótól módosul a biztosítási díj. A módosult biztosítási díj kiszámítása** a biztosítás létrejöttékor hatályos díjszabás szerint **a biztosított aktuális életkorának, tevékenységének** (foglalkozás, munka, sport, egyéb), **dohányzási szokások szerinti kategóriájának és a biztosítási összegnek, továbbá a biztosítás hátralévő tartamának a figyelembe vételével történik.**
3. A jelen különös feltétel IV. fejezetében meghatározott esetben a **szerződő jogosult** a változásbejelentés időpontjában érvényes **biztosítási díj változatlanul hagyását kéri a biztosítási összeg csökkentése mellett a változás bejelentést követő biztosítási évfordulótól. A csökkentett biztosítási összeg kiszámítása** a biztosítás létrejöttékor hatályos Díjszabás szerint a **biztosított aktuális életkorának, tevékenységének** (foglalkozás, munka, sport, egyéb), **dohányzási szokások szerinti kategóriájának és változásbejelentés időpontjában érvényes biztosítási díjnak, továbbá a biztosítás hátralévő tartamának a figyelembe vételével történik.**

VI. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a halálesetét követő **15 napon belül kell írásban** a biztosítónak bejelenteni.
2. Abban az esetben, ha a **fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt **lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
3. **A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**
 - 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**

3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**

- a) halottvizsgálati bizonyítvány,
- b) biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
- c) amennyiben a **halál betegség következtében állt be**, biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok (kezelőorvosi igazolás, zárójelentés, halotti epikrízis, stb.)
- d) amennyiben a **halál baleset következtében állt be**:
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
- e) **közlekedési baleset esetén** az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye,
- f) **a kedvezményezetti jogosultságot igazoló okirat** (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg.

- 4. **A biztosító a szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi dokumentumok bemutatását is kérheti:**
 - hivatalos bizonyítványt a biztosított születésének időpontjáról (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevél stb.).
- 5. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az **általános feltételek IV. fejezetében** felsorolt – **további igazolókat, 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.

Baleseti halálra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBHAT012)

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 **a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset** (általános feltételek VII. 1.) 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 **biztosított** jelen biztosítás **kockázatviselése alatt bekövetkezett balesetből eredő halála esetén** – a jogalap fennállásakor – a halál időpontjában hatályos **kötvényben rögzített biztosítási összeget fizeti ki a haláleseti szolgáltatásra jogosult kedvezményezett részére**, és ezzel a szerződés megszűnik.

Amennyiben a biztosított kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete miatti halála a jelen biztosítási szerződés megszűnését követően, de a biztosítási eseményben meghatározott baleset időpontjától számított egy éven belül következik be, 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 halálesetet követő **15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni**.
2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a **biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól**.

3. A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:

- 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**,
- 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát**:
 - a) halottvizsgálati bizonyítvány,
 - b) biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
 - c) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - d) baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - e) véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - f) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye,
 - g) a halál – illetve a baleset – közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok,
 - h) **a kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat** (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg.
4. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az **általános feltételek IV. fejezetében** felsorolt – **további igazolókat, 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 halálra vonatkozó szolgáltatás teljesítése alól**, valamint az általános feltételek **VI. fejezetében** felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei, lineáris térítéssel (EBROK012)

Jelen különös feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó lineáris térítésű biztosítást tartalmazó részére érvényesek** feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek VII.1.) **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 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 maradandó egészségkárosodás** (I.3. pont) fennállása **esetén teljesít szolgáltatást.**
2. **A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapításakor hatályos kötvényben, ennek hiányában a jelen biztosítási szerződés megszűnésekor hatályban volt kötvényben rögzített biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalékát nyújtja szolgáltatásként, figyelemmel a jelen különös feltételek II.9. bekezdésére is.**
3. A szolgáltatás alapjául szolgáló maradandó **egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az általános feltételek elválaszthatatlan részét képező C mellékletében található táblázat alapján állapítja meg.**

4. **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 baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

Az **Orvosszakértői intézet** (a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv) szakvéleményében, illetve a **nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában** megállapított egészségkárosodás mértéke, a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás mértékénél, 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.**

5. Egy biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó **egészségkárosodás mértéke nem lehet nagyobb 100%-nál.**
6. **Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan mértéke után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.**
7. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó **szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.**
8. **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.**

9. **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, biztosítási eseményként a bejelentett baleset napjától számított legfeljebb 4 évig, évenként egy alkalommal, ismételt szolgáltatási igénybejelentéssel kérheti egészségi állapota felülvizsgálatát és a maradandó egészségkárosodás mértékének ismételt megállapítását. A felülvizsgálat eredményétől függően, a biztosító a jelen feltételek II. 2. pontja szerinti szolgáltatást teljesíti azzal, hogy a fentebb említett biztosítási eseménnyel összefüggésben történt korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesítendő szolgáltatás összegéből levonja.**

Ugyanazon biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás mértéke ilyen esetben **sem lehet nagyobb 100%-nál**, a jelen feltételek II.5. pontjában foglaltakkal összhangban.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított **15 napon belül írásban** kell a biztosítónál bejelenteni.
2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
3. **A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**
 - 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
 - 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - b) baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - c) véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - d) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye,
 - e) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok.
4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az **általános feltételek IV. fejezetében felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is** bekérhet, illetve beszerezhet.

5. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.
6. Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálatához nem járult hozzá.
7. A biztosító elismert jogalap esetén az alábbi határidőkön belül teljesít:
 - a) az orvosi szempontból **egyértelműen tisztázott maradandó egészségkárosodás alapján** megállapított szolgáltatást a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges **utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül,**
 - b) egyéb esetekben a maradandó egészségkárosodás **véglegessé válását követően 15 napon belül,** illetőleg **legkésőbb a balesetet követő 4 év letelte után 15 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 lineáris térítésű szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei, progresszív térítéssel (EBROK112)

Jelen különös feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó progresszív térítésű biztosítást tartalmazó részére** érvényesek feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek VII.1.), **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** kialakulnak, **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 maradandó egészségkárosodás (I.3. pont) fennállása esetén teljesít szolgáltatást.
2. **A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapításakor hatályos kötvényben, ennek hiányában a jelen biztosítási szerződés megszűnésekor hatályban volt kötvényben rögzített biztosítási összegnek a jelen pontban szereplő, a maradandó egészségkárosodás mértékéhez rendelt százalékát nyújtja szolgáltatásként,** figyelemmel a jelen különös feltételek II.9. bekezdésére.

A progresszív szolgáltatás mértékét meghatározó százalékos értékek a maradandó egészségkárosodás mértékének függvényében:

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

e.k. mértéke → térítés %	e.k. mértéke → 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%

3. A szolgáltatás alapjául szolgáló maradandó **egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az általános feltételek elválaszthatatlan részét képező C mellékletében található táblázat alapján állapítja meg.**
4. **Ha az egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, úgy azt a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból csökkent mértéke alapján kell megállapítani.**

A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

Az **Orvosszakértői intézet** (a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv) szakvéleményében, illetve a **nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában** megállapított egészségkárosodás mértéke, a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás mértékénél, és a biztosító által nyújtandó szolgáltatási összeg meghatározásánál **nem irányadó. A biztosítót az egészségkárosodás maradandó jellegének, vagy az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvosszakértői testületek határozata, szakvéleménye nem köti.**

5. Egy biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó **egészségkárosodás mértéke nem lehet nagyobb 100%-nál.**
6. **Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan mértéke után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.**
7. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó **szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.**
8. **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.**
9. **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, biztosítási eseményenként a bejelentett baleset napjától számított legfeljebb 4 évig, évenként egy alkalommal, ismételt szolgáltatási igénybejelentéssel kérheti egészségi állapota felülvizsgálatát és a maradandó egészségkárosodás mértékének ismételt megállapítását. A felülvizsgálat eredményétől függően, a biztosító a jelen feltételek II. 2. pontja szerinti szolgáltatást teljesíti azzal, hogy a fentebb említett biztosítási eseménnyel összefüggésben történt korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesítendő szolgáltatás összegéből levonja.**

Ugyanazon biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás mértéke ilyen esetben **sem lehet nagyobb 100%-nál**, a jelen feltételek II.5. 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. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, a **biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**

3. A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:

- 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
- 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - b) baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - c) véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - d) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye,
 - e) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok.
4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az **általános feltételek IV. fejezetében felsorolt - további igazolásokat, nyilatkozatokat is** bekérhet, illetve beszerezhet.
5. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.**
6. **Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálathoz nem járult hozzá.**
7. A biztosító elismert jogalap esetén az **alábbi határidőkön belül teljesít:**
 - a) az orvosi szempontból **egyértelműen tisztázott maradandó egészségkárosodás alapján** megállapított szolgáltatást a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges **utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül,**
 - b) egyéb esetekben a maradandó egészségkárosodás **véglegessé válását követően 15 napon belül, illetőleg legkésőbb a balesetet követő 4 év letelte után 15 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 egészségkárosodásra vonatkozó progresszív térítésű szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.**

Baleseti eredetű 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBROK212)

Jelen különös feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **baleseti eredetű 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek** feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekre a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészség-biztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek VII.1.) **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 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 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 eseményenként 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 ellérére 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 jelen biztosítási szerződés megszűnésekor hatályban volt **kötvényben rögzített biztosítási összeget nyújtja szolgáltatásként, és ezzel a biztosítási szerződés baleseti eredetű 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó része a biztosítási évfordulón megszűnik.**
4. A szolgáltatás alapjául szolgáló maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az általános feltételek elválaszthatatlan részét képező **C melléklet táblázata 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 baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

Az Orvosszakértői intézet (a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv) szakvéleményében, illetve a **nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában** megállapított egészségkárosodás mértéke, a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás mértékének 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 mértéke 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.**

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított **15 napon belül írásban** kell a biztosítónál bejelenteni.
2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a **biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**

3. **A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**
- 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
- 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
- a) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - b) baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - c) véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - d) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye,
 - e) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok.
4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek IV. fejezetében felsorolt - további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
5. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.**
6. **Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálatához nem járult hozzá.**
7. **A biztosító elismert jogalap esetén az alábbi határidőkön belül teljesít:**
- a) az orvosi szempontból **egyértelműen tisztázott maradandó egészségkárosodás alapján** megállapított szolgáltatást a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges **utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül,**
 - b) egyéb esetekben a maradandó egészségkárosodás **véglegessé válását követően 15 napon belül, illetőleg legkésőbb a balesetet követő 4 év letelte után 15 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 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodás szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek VII.1.), **melynek következtében a biztosított csonttörést vagy csontrepedést 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 **balesetként – a törések számától függetlenül –** a biztosítási esemény időpontjában hatályos **kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti meg.**

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül kell írásban** a biztosítónak bejelenteni.
2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be,** és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**

3. A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:

- 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
- 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - c) baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - d) véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg,** a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye.
4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek IV. fejezetében felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is** **bekérhet, illetve beszerezhet.**
5. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.
6. Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálatához nem járult hozzá.

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.

Baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBKNT012)

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 **a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset** (általános feltételek VII.1.), **melynek következtében a biztosított folyamatosan kórházi** (általános feltételek VII.3.) **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 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. fejezete) szempontjából a kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ellátás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.
3. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja**.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a **baleset napjától számított két éven belül**, a baleseti következmények elhárítása miatt **szükségessé vált kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra** (jelen feltételek I. 2. pontja) **nyújt szolgáltatást**.
2. **A szolgáltatás összege** a kórházi fekvőbeteg-ellátás tartama alatt, az ellátási napokon hatályos **kötvényben rögzített biztosítási összegnek és a kórházi ellátási napok számának a szorzata**. Amennyiben a biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **balesete miatt a jelen biztosítási szerződés megszűnését követően részesül** kórházi fekvőbeteg-ellátásban, akkor a térítés mértékének megállapításánál az **utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.
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.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a kórházi ellátás befejezését követő **15 napon belül kell írásban** a biztosítónak bejelenteni.
2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a **biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól**.
3. **A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**
 - 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**,
 - 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) kórházi zárójelentés,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - c) baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - d) véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye.
4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az **általános feltételek IV. fejezetében felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is** **bekérhet, illetve beszerezhet**.
5. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés, az orvosi ellátás indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.**
6. Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálatához nem járult hozzá.

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.**

Baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBMÜT012)

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (általános feltételek VII.1.), **melynek következtében a biztosított műtetre** (általános feltételek VII.4.) **szorul**, amennyiben az orvosilag szükséges.
2. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja**.

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 jelen **biztosítási szerződés megszűnését követően, de a biztosítási eseményben meghatározott baleset 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.) **kivonatos formája az általános feltételek B melléklete** (kivonatos lista, általános feltételek VII.4.). **A kivonatos lista tartalmazza a térítés százalékos mértékét is**.
4. **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. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetatlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól**.
3. **A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**
 - 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**,
 - 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) kórházi zárójelentés,
 - b) műtéti leírás, amennyiben ilyen készült,
 - c) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - d) baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - e) véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - f) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye.
4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek IV. fejezetében felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is** bekérhet, illetve **beszerezhet**.
5. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosítottnál a műtét indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.**
6. **Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálatához nem járult hozzá.**

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.

Égési sérülésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBÉGS012)

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek VII.1.), **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 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.**

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül kell írásban** a biztosítónál bejelenteni.
2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**

3. A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:

- 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
- 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap másolatát, amennyiben az égési sérülés következményeként a biztosított kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben, illetve járóbeteg-ellátásban részesült,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - c) baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - d) véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye.

4. Halál esetén a szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani továbbá a következő iratok másolatát:

- a) a halottvizsgálati bizonyítvány,
- b) a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
- c) **a kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat** (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat), feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,
- d) a halál – vagy a baleset – közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratokat.

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

6. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadjja vagy elutasítsa.

7. Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálatához nem járult hozzá.

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 az égési sérülés szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.**

Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBKEK012)

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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. Biztosított

- a) Jelen különös feltételek szerint **nem lehet biztosított az a természetes személy, aki** a kötelező egészségbiztosítás rendszerében saját jogon **táppénzre nem jogosult**.
- b) 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.
2. A **biztosított köteles** a biztosítónak **15 napon belül** írásban bejelenteni:
 - a) a bekövetkezést követően, ha a jelen különös feltételek szerinti **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.
 - b) a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatának kézhezvételét követően, **ha a biztosítás tartama alatt öregségi nyugdíjra, rokkantsági-, baleseti rokkantsági-, rehabilitációs-, illetve egyéb nyugdíjszerű ellátásra, járadékra (a továbbiakban: nyugdíj) szerez jogosultságot**. Ebben az esetben a szerződés baleseti keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része a nyugdíjjogosultság megszerzését követő hónap első napján megszűnik.
3. Ha a szerződés baleseti keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része az I.2. pontban foglaltak szerint megszűnt, akkor ezen kockázat ismételt hatályba lépésére – a megszűnési ok elhárulását követően – a szerződő és a biztosított írásbeli kérelme és a biztosító által lefolytatott egészségi kockázatelbírálás alapján a biztosító engedélyével kerülhet sor.

II. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény **az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset** (általános feltételek VII.1.), **melynek következtében a biztosított a baleset időpontjától számított legfeljebb 2 éven belül** a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően, a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult **orvos által igazoltan, saját jogon, folyamatosan keresőképtelen állományban van**, és Magyarországon táppénzt vesz igénybe.
2. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja**.

III. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a **baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges keresőképtelen napokra nyújt szolgáltatást**.
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 a jelen különös feltételek alapján keresőképtelennek minősült, figyelembe véve az önrészt is**.
4. **Amennyiben a biztosított keresőképtelensége** a jelen biztosítási szerződés megszűnését követően, de a kockázatviselés tartama alatti **balesetét követő két éven belül** következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az **utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.
5. Ha a biztosítási évforduló napja beleesik abba az időtartamba, amely alatt a biztosított a jelen különös feltételek alapján igazoltan keresőképtelennek minősült, és a biztosítási **szerződés értékkövető** (általános feltételek III.4.), akkor a biztosító a biztosítási évforduló napjától kezdve az értékkövetésnek megfelelő, megnövelt összegű szolgáltatást nyújtja.
6. A biztosító – elismert jogalap esetén – **egy balesettel összefüggésben a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb 300 napon teljesít szolgáltatást**.

IV. A biztosító teljesítésének feltételei

1. **A szolgáltatási igényt első alkalommal legkésőbb az önrész leteltétől számított 15 napon belül, majd azt követően legalább 14 napos időközönként kell írásban a biztosítónak bejelenteni**.
2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól**.
3. **A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**
 - 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**,
 - 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány (Orvosi igazolás keresőképtelen (terhességi) állományba vételről),
 - b) ha kórházi ellátás is történt: kórházi zárójelentés, a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül,
 - c) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - d) baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkaügyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,

-
- e) véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
- f) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
- rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye.
4. **Folyamatos keresőképtelenség esetén:**
- a jelen fejezet 3.1. és a 3.2. d), e), f) pontjában meghatározott dokumentumokat csak az első bejelentés alkalmával kell benyújtani,
 - 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),
 - továbbá a biztosítottnak 60 naponként be kell nyújtania a biztosító részére az egészségi állapotot leíró új kezelőorvosi dokumentumokat.
5. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek IV. fejezetében felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
6. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított keresőképtelen állapotát, egészségi állapotát, a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.**
7. **Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálatához nem járult hozzá.**
- V. 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 bal-eseti 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.**

Közlekedési baleseti halálra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EKHAT012)

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **közlekedési baleset** (általános feltételek VII.2.), **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 biztosított jelen biztosítás **kockázatviselése alatt bekövetkezett közlekedési balesetből eredő halála esetén** – a jogalap fennállásakor – a halál időpontjában hatályos **kötvényben rögzített biztosítási összeget** fizeti ki a haláleseti szolgáltatásra jogosult kedvezményezett részére, és ezzel a szerződés megszűnik.

Amennyiben a biztosított kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett közlekedési balesete miatti halála a jelen biztosítási szerződés megszűnését követően, de a biztosítási eseményben meghatározott közlekedési baleset időpontjától számított egy éven belül következik be, 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 halálesetet követő **15 napon belül kell írásban** a biztosítónak bejelenteni.
2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**

3. A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:

- 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
- 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) halottvizsgálati bizonyítvány,
 - b) biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
 - c) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - d) rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - e) a közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyve, amennyiben ilyen készült,
 - f) véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben **a jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye,
 - h) a halál – illetve a közlekedési baleset – közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok,
 - i) **a kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat** (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg.

4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az **általános feltételek IV. fejezetében 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.

Közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei, lineáris térítéssel (EKROK012)

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **közlekedési baleset** (általános feltételek VII.2.), 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 maradandó egészségkárosodás (a jelen különös feltételek I.3.) fennállása esetén teljesít szolgáltatást.
2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapításakor hatályos kötvényben, ennek hiányában a jelen biztosítási szerződés megszűnésekor hatályban volt **kötvényben rögzített biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalékát** nyújtja szolgáltatásként, figyelemmel a jelen különös feltételek II.9. bekezdésére is.
3. A szolgáltatás alapjául szolgáló maradandó **egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az általános feltételek elválaszt-**

hatatlan részét képező C mellékletében található táblázat alapján állapítja meg.

4. Ha az egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, úgy azt a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból csökkent mértéke alapján kell megállapítani.

A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

Az **Orvosszakértői intézet** (a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv) szakvéleményében, illetve a **nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában** megállapított egészségkárosodás mértéke a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás mértékénél, 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.**

5. Egy biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó **egészségkárosodás mértéke nem lehet nagyobb 100%-nál.**
6. Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan mértéke után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint **figyelembe vehető.**
7. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó **szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.**
8. 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.
9. 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**, biztosítási eseményenként a bejelentett **baleset napjától számított legfeljebb 4 évig, évenként egy alkalommal, ismételt szolgáltatási igénybejelentéssel** kérheti **egészségi állapota felülvizsgálatát és a maradandó egészségkárosodás mértékének ismételt megállapítását.** A felülvizsgálat eredményétől függően, a biztosító a jelen feltételek II. 2. pontja szerinti szolgáltatást teljesíti azzal, hogy a fentebb említett biztosítási eseménnyel összefüggésben történt **korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesítendő szolgáltatás összegéből levonja.**

Ugyanazon biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás mértéke ilyen esetben **sem lehet nagyobb 100%-nál**, a jelen feltételek II.5. pontjában foglaltakkal összhangban.

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a közlekedési baleset bekövetkeztétől számított **15 napon belül írásban** kell a biztosítónak bejelenteni.
2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a **biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól**.
3. **A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**
 - 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**,
 - 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - b) rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - c) a közlekedési vállalat helyszínén felvett hivatalos jegyzőkönyve, amennyiben ilyen készült,
 - d) véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - e) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye,
 - f) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok.
4. A fentieken kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek IV. fejezetében felsorolt - további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**

5. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.**
6. **Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálatához nem járult hozzá.**
7. **A biztosító elismert jogalap esetén az alábbi határidőkön belül teljesít:**
 - a) az orvosi szempontból **egyértelműen tisztázott maradandó egészségkárosodás alapján** megállapított szolgáltatást a biztosító az **utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül**,
 - b) egyéb esetekben a maradandó egészségkárosodás **véglegessé válását követően 15 napon belül**, illetőleg **legkésőbb a balesetet követő 4 év letelte után 15 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.

Baleseti költségtérítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EBKTS012)

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **Testőr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek VII.1.), **melynek következtében a biztosítottak az I.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 költözésre, 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 felülbíráhatja. 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. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a **biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
3. **A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**
 - 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**,
 - 3.2. a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló **eredeti számlákat**,
 - 3.3. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - b) baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - c) véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - d) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye,
 - e) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok.
4. A fentiekben kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek IV. fejezetében felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
5. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.**
6. **Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálathoz nem járult hozzá.**

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.**

Hatályos: 2012. november 1-jétől

Kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEKNT012)

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség **vagy baleset** (általános feltételek VII.1.), **melynek következtében a biztosított kórházi** (általános feltételek VII.3.) **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 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. fejezete) szempontjából a kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ellátás utolsó napja a kórházból **történő** elbocsátás napja.
3. A biztosítási esemény **időpontja a biztosított betegség miatti kórházi fekvőbeteg-ellátása esetén a kórházi ellátás első napja**, a biztosított **baleset** miatti kórházi fekvőbeteg-ellátása esetén **a baleset időpontja**.

II. A biztosító szolgáltatása

1. A biztosító a biztosított **betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti kórházi fekvőbeteg-ellátásra**, az ellátási napokra (jelen feltételek I.2.) **nyújt szolgáltatást**. A biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező **balesete esetén a biztosító a baleset napjától számított két éven belül**, a baleseti **következmények elhárítása miatt szükségessé vált kórházi fekvőbeteg-ellátásra**, az ellátási napokra (jelen feltételek I.2.) **nyújt szolgáltatást**.
2. A **szolgáltatás összege** a kórházi fekvőbeteg-ellátás tartama alatt, az ellátási napokon hatályos **kötvényben rögzített biztosítási összegnek és a kórházi ellátási napok számának a szorzata**. Amennyiben a biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **balesete miatt a biztosítási szerződés megszűnését követően részesül kórházi fekvőbeteg-ellátásban**, akkor a térítés mértékének megállapításánál az **utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.
3. **Ha a biztosítási évforduló napja beleszik 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 érték-

követésnek megfelelő, **megnövelt összegű biztosítási összeget** veszi figyelembe a szolgáltatásnál.

4. **A biztosító – elismert jogalap esetén – egy biztosítási éven belül legfeljebb 120 kórházi ellátási 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. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól**.
3. **A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**
 - 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**,
 - 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) kórházi zárójelentés,
 - b) **baleset miatti kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén** továbbá:
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - c) **közlekedési baleset esetén** az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye.
4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek IV. fejezetében felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
5. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés, az orvosi ellátás indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadjja vagy elutasítsa.**
6. **Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálatához nem járult hozzá.**

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 különös feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **műteti térítésre vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek** feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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 a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan **betegség vagy baleset** (általános feltételek VII.1.), **melynek következtében a biztosított műtétre** (általános feltételek VII.4.) **szorul**, amennyiben az orvosilag szükséges.
2. A biztosítási esemény **időpontja** a biztosított **betegség miatti műtete esetén a műtét elvégzésének napja**, a biztosított **baleset miatti műtete esetén a baleset időpontja**.

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 jelen biztosítási szerződés megszűnését követően, de a biztosítási eseményben meghatározott baleset 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 műteti lista** (általános feltételek VII.4.) **kivonatos formája az általános feltételek B melléklete** (kivonatos lista, általános feltételek VII.4.). A kivonatos lista **tartalmazza a térítés százalékos mértékét is**.
4. **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. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól**.

3. **A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**

- 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**,

- 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**

- a) kórházi zárójelentés,
- b) műteti leírás, amennyiben ilyen készült,
- c) valamint amennyiben a biztosítási esemény okozati összefüggésben állt **balesettel**:
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig szünetelt összes orvosi dokumentum,
 - baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
- d) **közlekedési baleset esetén** az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye.

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

5. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosítottnál a műtét indoklását és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa**.

6. **Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálatához nem járult hozzá**.

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 műteti térítés szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEDRD012)

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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**, az I.2. pontban definiált, a **kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség**:

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

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

- a) **A szívinfarktus** (szívinfarktus) a szívinfarktus bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen különös 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 atípiát 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 különös feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatok alábbi csoportjaira:

- rákelőző (precarcinoma) 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, infarktusa 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.1. 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 különös 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 különös 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 különös 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 va-**

lamely betegséggel ok-okozati összefüggésben következett be, akkor a biztosító a halál időpontjában hatályos **kötvényben rögzített biztosítási összeget fizeti ki a haláleseti szolgáltatásra jogosult kedvezményezett részére.**

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 betegség(ek) a biztosított életében diagnosztizálják, vagy a betegség(ek) és a haláleset közötti ok-okozati összefüggést a biztosított halála után állapítják meg.**

III. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkezését követő **15 napon belül kell írásban** a biztosítónak bejelenteni.
2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a **biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
3. **A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**
- 3.1. a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
- 3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
- a) kórházi zárójelentés,
- b) ha műtét is történt, akkor műtégi leírás, amennyiben ilyen készült,
- c) 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 különös 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.
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 elvégzett műtėti beavatkozást igazoló orvosi javaslat alapján elvégzett műtėti beavatkozást igazoló egészségügyi dokumentum másolatát.
9. **Ha a szolgáltatási igény alapja szervátültetés**, akkor be kell nyújtani a helyes orvosi javaslat alapján elvégzett műtėti beavatkozást igazoló egészségügyi dokumentum 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+ sejt szám a kritikus érték alatt marad és
- b) az ehhez járuló opportunista fertőzést igazoló dokumentum.
11. **Kiemelt kockázatú betegség miatt bekövetkező halál esetén be kell nyújtani továbbá a következő dokumentumok másolatát:**
- a) halottvizsgálati bizonyítvány,
- b) biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
- c) a biztosított halálát okozó betegség első diagnosztizálásának időpontját, a betegség lefolyását tartalmazó orvosi iratok, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok (kezelőorvosi igazolás, zárójelentés, kórbonctani lelet, stb.),
- d) **a kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat** (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) 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. fejezetében felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
13. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés, az orvosi ellátás indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.**
14. **Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálathoz nem járult hozzá.**

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 különös 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.**

79%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEOEP012)

Jelen különös feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **79%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek** feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekre a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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.

Jelen különös feltétel alkalmazásában Orvosszakértői intézet – a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott – az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv.

I. Biztosított

Jelen különös feltétel szerint **nem lehet biztosított** az a természetes személy, **aki a szerződéskötést (ajánlat aláírását) megelőzően**

- már saját jogú nyugellátásban vagy** Orvosszakértői intézet által szakvéleményben megállapított egészségkárosodás vagy munkaképesség-csökkenés miatt **bármely típusú** (pl. rokkantsági-, baleseti-) **ellátásban/járadékban részesül**, vagy
- az egészségi állapota miatt **már nyújtott be igényt** egészségkárosodás- vagy munkaképesség-csökkenés megállapítására/véleményezésre az arra **illetékes hatósághoz**.

II. Biztosítási esemény

- Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, **váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében az Orvosszakértői intézet szakvéleménye a biztosítottnál 79%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodást állapított meg** feltéve, hogy a **biztosított az egészségkárosodásának megállapítására vonatkozó igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt nyújtja be az illetékes hatósághoz**.
- A biztosítási esemény **időpontja az Orvosszakértői intézet szakvéleményének a kelte**.

III. A biztosító szolgáltatása

- A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Orvosszakértői intézet szakvéleményének keltekor hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget** szolgáltatja, és ezzel a szerződés jelen különös feltétel szerinti biztosítást tartalmazó része megszűnik. **Ha az Orvosszakértői intézet szakvéleményének a kelte a biztosítás megszűnését követő időpont, akkor a biztosító szolgáltatásának megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.

- Biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnél a végéig illeti meg a biztosítót, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett.**

- A biztosító visszautalja a szerződőnek a jelen különös feltétel szerinti biztosításra befizetett biztosítási díjakat, ha a várakozási idő letelte előtt** (általános feltételek I.3. pont) **következett be az olyan balesettel okozati összefüggésben nem álló betegség, amely a 79%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás megállapításának alapjául szolgál.**

A díj visszafizetésével a szerződés jelen különös feltétel szerinti biztosítást tartalmazó része ezen kockázat hatálybalépésének időpontjára **visszamenőlegesen megszűnik**.

IV. A biztosító teljesítésének feltételei

- A szolgáltatási igényt az Orvosszakértői intézet szakvéleményének kézhezvételét követő **15 napon belül** kell **írásban** bejelenteni a biztosítónál.
- Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**
 - a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**,
 - továbbá a következő iratok másolatát:**
 - Orvosszakértői intézet szakvéleménye,**
 - a biztosítás megszűnését követően kelt Orvosszakértői intézet szakvéleménye esetén a 79%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás megállapítására irányuló **igénybenyújtás időpontjának igazolása,**
 - a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a biztosítási esemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első körismézésének pontos időpontjával,
 - ha a 79%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás okozati összefüggésben áll **balesettel**, akkor továbbá:
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - baleseti jegyzőkönyv, munkahelyi baleset esetén a munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - a véralkohol vizsgálati eredményt, amennyiben ilyen készült,
 - közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:**
 - a rendőrségi jegyzőkönyv, ha készült ilyen,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye.
 - A biztosító a szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi dokumentumok bemutatását is kérheti:**
 - hivatalos bizonyítványt a biztosított születésének időpontjáról (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevel stb.).

5. A fentieken kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek IV. fejezetében felsorolt - további igazolásokat, nyilatkozatokat is beszerezhet vagy kérhet.**
6. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.**
7. Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálatához nem járult hozzá.

V. 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 jelen különös feltétel szerinti **biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.**

VI. A jelen különös feltétel szerinti biztosítás megszűnése

A szerződés jelen különös feltétel szerinti biztosítást tartalmazó része megszűnik az alább felsorolt feltételek bármelyikének bekövetkezése esetén:

- a) a biztosító jelen különös feltétel szerinti **szolgáltatása esetén**, vagy
- b) ha a biztosított **öregségi nyugdíjra szerez jogosultságot**, vagy
- c) ha a biztosított életkora **eléri a reá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt.**

Amennyiben a jelen fejezet b) és c) pontjában felsorolt feltételek közül bármelyik bekövetkezik, úgy **köteles azt a biztosított az adott feltétel bekövetkezésétől számított 15 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni.**

49%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEOEP112)

Jelen különös feltételek a Generali-Providencia Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **49%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodásra** vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekre a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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.

Jelen különös feltétel alkalmazásában Orvosszakértői intézet - a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott - az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv.

I. Biztosított

Jelen különös feltétel szerint **nem lehet biztosított** az a természetes személy, **aki a szerződéskötést (ajánlat aláírását) megelőzően**

- már saját jogú nyugellátásban vagy** az Orvosszakértői intézet által szakvéleményben megállapított egészségkárosodás vagy munkaképesség-csökkenés miatt **bármely típusú** (pl. rokkantsági-, baleseti-) **ellátásban/járadékban részesül**, vagy
- az egészségi állapota miatt **már nyújtott be igényt** egészségkárosodás- vagy munkaképesség-csökkenés megállapítására/véleményezésére az **arra illetékes hatósághoz**.

II. Biztosítási esemény

- Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, **váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében az Orvosszakértői intézet szakvéleménye a biztosítottnál 49%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodást állapított meg és az Orvosszakértői intézet szakvéleménye szerint rehabilitációja nem javasolt** feltéve, hogy **a biztosított az egészségkárosodásának megállapítására vonatkozó igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt nyújtja be az illetékes hatósághoz**.
- A biztosítási esemény **időpontja az Orvosszakértői intézet szakvéleményének a kelte**.

III. A biztosító szolgáltatása

- A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Orvosszakértői intézet szakvéleményének keltekor hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget** szolgáltatja, és ezzel a szerződés jelen különös feltétel szerinti biztosítást tartalmazó része megszűnik.

Ha az Orvosszakértői intézet szakvéleményének a kelte a biztosítás megszűnését követő időpont, akkor a biztosító szolgáltatásának megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.

- Biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási díj annak a biztosítási évnek a végéig illeti meg a biztosítót, amelyben a biztosítási esemény bekövetkezett.**
- A biztosító visszautalja a szerződőnek a jelen különös feltétel szerinti biztosításra befizetett biztosítási díjakat, ha a várakozási idő letelte előtt** (általános feltételek 1.3. pont) **következett be az olyan balesettel okozati összefüggésben nem álló betegség, amely a 49 százalékot meghaladó mértékű egészségkárosodás megállapításának alapjául szolgál.**

A díj visszafizetésével a szerződés jelen különös feltétel szerinti biztosítást tartalmazó része ezen kockázat hatálybalépésének időpontjára **visszamenőlegesen megszűnik**.

IV. A biztosító teljesítésének feltételei

- A szolgáltatási igényt az Orvosszakértői intézet szakvéleményének kézhezvételét követő **15 napon belül** kell **írásban** bejelenteni a biztosítónál.
- Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól**.
- A szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani:**
 - a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**,
 - továbbá a következő iratok másolatát:**
 - Orvosszakértői intézet szakvéleménye,**
 - a biztosítás megszűnését követően kelt Orvosszakértői intézet szakvéleménye esetén a 49%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás megállapítására irányuló **igénybennyújtás időpontjának igazolása,**
 - a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a biztosítási esemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával,
 - ha a 49%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás okozati összefüggésben áll **balesettel**, akkor továbbá:
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - baleseti jegyzőkönyv, munkahelyi baleset esetén a munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - a véralkohol vizsgálati eredményt, amennyiben ilyen készült,
 - közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:**
 - a rendőrségi jegyzőkönyv, ha készült ilyen,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye.

4. **A biztosító a szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi dokumentumok bemutatását is kérheti:**
 - hivatalos bizonyítványt a biztosított születésének időpontjáról (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevél stb.).
5. A fentieken kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek IV. fejezetében felsorolt - további igazolásokat, nyilatkozatokat is beszerezhet vagy bekérhet.**
6. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.**
7. **Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálatához nem járult hozzá.**

V. 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

jelen különös feltétel szerinti **biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VI. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.**

VI. A jelen különös feltétel szerinti biztosítás megszűnése

A szerződés jelen különös feltétel szerinti biztosítást tartalmazó része megszűnik az alább felsorolt feltételek bármelyikének bekövetkezése esetén:

- a) a biztosító jelen különös feltétel szolgáltatása esetén, vagy
- b) ha a biztosított **őregségi nyugdíjra szerez jogosultságot**, vagy
- c) ha a biztosított életkora **eléri a reá irányadó őregségi nyugdíjkorhatárt.**

Amennyiben a jelen fejezet b) és c) pontjában felsorolt feltételek közül bármelyik bekövetkezik, úgy **köteles azt a biztosított a feltétel bekövetkezésétől számított 15 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni.**

Keresőképtelenségre vonatkozó biztosítás különös feltételei (EEKEK012)

Jelen különös 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 különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali-Providencia Biztosító Zrt. **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételei** (TÁSZF012) (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. Biztosított

- a) Jelen különös feltételek szerint **nem lehet biztosított az a természetes személy, aki** a kötelező egészségbiztosítás rendszerében saját jogon **táppénzre nem jogosult**.
b) 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.
- A **biztosított köteles** a biztosítónak **15 napon belül** írásban bejelenteni
a) a bekövetkezést követően, ha a jelen különös feltételek szerinti **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.
b) a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatának kézhezvételét követően, **ha a biztosítás tartama alatt öregségi nyugdíjra, rokkantsági-, baleseti rokkantsági-, rehabilitációs-, illetve egyéb nyugdíjszerű ellátásra, járadékra (a továbbiakban: nyugdíj) szerez jogosultságot**. Ebben az esetben a szerződés keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része a nyugdíjjogosultság megszerzését követő hónap első napján megszűnik.
- Ha a szerződés keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része az I.2. pontban foglaltak szerint megszűnt, akkor ezen kockázat ismételt hatályba lépésére – a megszűnési ok elhárulását követően – a szerződő és a biztosított írásbeli kérelme és a biztosító által lefolytatott egészségi kockázatfelbírálás alapján a biztosító engedélyével kerülhet sor.

II. Biztosítási esemény

- Biztosítási esemény az **a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett**, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan **betegség vagy baleset** (általános feltételek VII.1.), **melynek következtében a biztosított** a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően, a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos által igazoltan saját jogon, folyamatosan keresőképtelen állományban van, és Magyarországon táppénzt vesz igénybe.

- A biztosítási esemény **időpontja a biztosított betegség miatti keresőképtelensége esetén a keresőképtelen állomány első napja, baleset miatti keresőképtelensége esetén a baleset időpontja**.

III. A biztosító szolgáltatása

- A biztosító **a biztosítási esemény bekövetkezése esetén betegségből eredően a kockázatviselés tartama alatti keresőképtelen napokra, balesetből eredően a baleset napjától számított két éven belüli keresőképtelen napokra nyújt szolgáltatást**.
- A **folyamatos keresőképtelenség első**, a szerződésben (az ajánlaton) **meghatározott számú napjára** (továbbiakban: önrész) **a biztosító nem teljesít szolgáltatást**.
- 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 keresőképtelennek minősült, figyelembe véve az önrészt is**.
- Amennyiben a **biztosított baleset miatti keresőképtelensége** a jelen biztosítási **szerződés megszűnését követően**, de a kockázatviselés tartama alatti **balesetét követő két éven belül** következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az **utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.
- Ha a biztosítási évforduló napja beleesik abba az időtartamba, amely alatt a biztosított a jelen különös feltételek alapján igazoltan keresőképtelennek minősült 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.
- A **biztosító – elismert jogalap esetén – betegségből eredő keresőképtelenség esetén egy biztosítási éven belül legfeljebb 150 napra teljesít szolgáltatást, balesetből eredő keresőképtelenség esetén – egy balesettel összefüggésben – a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb 300 napra teljesít szolgáltatást**.

IV. A biztosító teljesítésének feltételei

- A **szolgáltatási igényt első alkalommal legkésőbb az önrész leletétől számított 15 napon belül, majd azt követően legalább 14 napos időközönként kell írásban a biztosítónak bejelenteni**.
- Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól**.
- A **szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani**:
 - a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**,
 - továbbá a következő iratok másolatát**:
 - a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány (Orvosi igazolás keresőképtelen (terhességi) állományba vételről),

- b) ha kórházi ellátás is történt: kórházi zárójelentés, a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül,
- c) valamint amennyiben a biztosítási esemény okozati összefüggésben állt **balesettel**:
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - véralkohol vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
- d) **közlekedési baleset esetén** az előzőeken felül:
- rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a **jármű vezetőjeként sérült meg**, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye.
4. **Folyamatos keresőképtelenség esetén:**
- a jelen fejezet 3.1. és a 3.2. c), d) pontjában meghatározott dokumentumokat csak az első bejelentés alkalmával kell benyújtani,
 - 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),
 - továbbá a biztosítottnak 60 naponként be kell nyújtania a biztosítónak az egészségi állapotot leíró új kezelőorvosi dokumentumokat.
5. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az **általános feltételek IV. fejezetében felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
6. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított keresőképtelen állapotát, egészségi állapotát, a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.**
7. **Amennyiben a biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételeként orvosi vizsgálatot ír elő, a biztosító jogosult a szolgáltatási igény teljesítését mindaddig elutasítani, ameddig a biztosított az előírt orvosi vizsgálathoz nem járult hozzá.**
- V. 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.**