



Szimba

tanuló balesetbiztosítás feltételei (TANF15)

Hatályos: 2015. szeptember 1.

Ügyfélértékelő és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések	4
I. A biztosítóra vonatkozó tájékoztató adatok	4
II. Ügyfélszolgálat	5
III. Panaszügyintézés	5
IV. Felügyeleti Hatóság	5
V. A Pénzügyi Békéltető Testület eljárása, a közvetítői eljárás és a bírói út igénybevétele	6
VI. A biztosítási titokra, valamint a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók	6
VII. Életbiztosítások adózási tudnivalói	11
VIII. Az általános forgalmi adó megtérítése	12
IX. Késedelmi kamat	12
X. Adminisztrációs díj	12
XI. A befizetett biztosítási díj elszámolásának sorrendje	12
XII. A díjfizetés módja	13
XIII. A biztosításközvetítő	13
XIV. Kedvezmények igénybevétele	13
XV. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alakai követelményei és hatályosságának feltételei	14
XVI. Egyéb rendelkezések	14
XVII. Irányadó jog, joghatóság kikötése	14
XVIII. Jelen ügyfélértékelőnek a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseitől lényegesen eltérő rendelkezései	14
Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)	16
I. A biztosítási szerződés tartalma	16
II. Általános rendelkezések	16
III. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	19
IV. A biztosítási díj	19
V. Biztosítási események, biztosítási szolgáltatások és a biztosító teljesítésének feltételei	20
VI. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	21
VII. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események	22
VIII. Egyéb rendelkezések	23
IX. Fogalomtár	23
X. Az általános feltételek Polgári Törvénykönyvtől lényegesen eltérő rendelkezései	24

Csonttörésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (CSON15)	26
A Baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (BMÜT15)	27
Melléklet a baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételeihez (BMÜT15)	29
A baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (BKNT15)	30
A baleseti költségtérítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (BKTS15)	32
Speciális balesetekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (SPECBAL15)	34
Fertőző betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (FERTŐZŐ15)	36
Speciális műtétekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (SPECMÜT15)	38
A kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (TKNT15)	39
Az égési sérülésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (ÉGÉS15)	41
A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (BROK15)	43
A közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (KROK15)	46
A baleseti halálra vonatkozó biztosítás különös feltételei (BHAL15)	49

Ügyfélértéjékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések

Köszönjük bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával a Generali Biztosító Zrt. társasághoz fordult.

Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni alábbi tájékoztatónkat, amelyben bemutatjuk társaságunk főbb adatait, tájékoztatjuk a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységeinkről, felügyeleti szervünk megnevezéséről és székhelyéről, az ügyfélpanaszoknak – azok jellege szerint – a Magyar Nemzeti Bankhoz és a Pénzügyi Békéltető Testülethez való előterjesztésének a lehetőségéről, a bírói út igénybevételéről, valamint megismertetjük az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályaival.

Felsoroljuk továbbá azokat a szervezeteket, amelyek részére társaságunk az ügyfelek – biztosítási titkot képező – adatait a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) alapján kiadhatja. Külön kitérünk a biztosítási ajánlat aláírása előtt szükséges leglényegesebb tudnivalókra, közöttük a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati ismeretekre, amelyek birtokában a szerződéskötési szándékát kifejező jognyilatkozatát megfontoltan teheti meg. Megjelöljük a biztosítási szerződésre vonatkozó adózással kapcsolatos szabályokat.

Jelen Ügyfélértéjékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések (a továbbiakban: Ügyfélértéjékoztató) a fentiekén túl tartalmazza a létrejött biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezéseket is.

Az Ügyfélértéjékoztatóban foglalt rendelkezéseken túl a biztosítási szerződéssel létrejövő jogviszony tartalmát képezik továbbá – a biztosítási szerződés típusától függően – a biztosításra vonatkozó általános szerződési feltételek, az egyes biztosítási szerződésekre vonatkozó különös és kiegészítő szerződési feltételek, valamint a szerződő/biztosított nyilatkozatai, és a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszai.

A jelen Ügyfélértéjékoztatóban, az általános szerződési feltételekben, valamint a különös és kiegészítő biztosítási feltételekben (a továbbiakban együtt: általános feltételek) nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

I. A BIZTOSÍTÓRA VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÓ ADATOK

A Generali Biztosító Zrt. – korábbi cégnevéen: Generali-Providencia Biztosító Rt. majd Generali-Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság, majd Generali-Providencia Biztosító Zrt. – a Providencia Osztrák-Magyar Biztosító Rt. és a Generali Budapest Biztosító Rt. egyesülésével jött létre 1999. év április hó 30. napján.

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

A társaság neve: Generali Biztosító Zrt.

A társaság alaptőkéje (jegyzett tőkéje): 4 500 000 000 Ft

Az alap (jegyzett) tőke ténylegesen rendelkezésre bocsátott összege: 4 500 000 000 Ft

A társaság székhelye: 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44.

A székhely állama: Magyarország

Cégjegyzékszám: 01-10-041305

Adószáma: 10308024-4-44

Nyilvántartja: a Fővárosi Törvényszék Cégbírósága

Fő tevékenységi köre: nem-életbiztosítás

A társaság cégformája: részvénytársaság

Működési módja: zártkörű

Telefon: 06 1 301 7100

A társaság egyedüli részvényese: Generali PPF Holding B.V.

Cégjegyzékszám: Amszterdami Kereskedelmi Kamara nyilvántartásában 34275688

Székhelye: NL-1112 XN Diemen, Diemerhof 32

II. ÜGYFÉLSZOLGÁLAT

A biztosítási szerződésével kapcsolatos kérdésével, problémájával, kérjük, forduljon bizalommal biztosításközvetítőjéhez, ügyfélszolgálati irodáinkhoz, illetőleg a Telefonos ügyfélszolgálat munkatársaihoz, vagy keresse fel internetes ügyfélszolgálatunkat. Kollégáink készséggel állnak az Ön rendelkezésére.

Az Ügyfélszolgálat elérhetőségei

Telefonos ügyfélszolgálat telefonszáma: 06 40 200 250

Központi ügyfélszolgálat címe: 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44.

További ügyfélszolgálatok elérhetőségei:

www.general.hu/Kapcsolatfelvetel/Kapcsolatfelvetel_pont_kereso.aspx

Információt, és támogató útmutatást – Online ügyfélszolgálat; Kapcsolatfelvétel – talál a **general.hu** címen is. Internetes ügyfélszolgálatunk esetleges üzemzavara idején a Telefonos ügyfélszolgálatunk biztosítja az elérhetőséget.

III. PANASZÜGYINTÉZÉS

Amennyiben munkatársaink segítő közreműködése ellenére sem sikerült felmerült problémáját megnyugtatóan rendezni, a **General Biztosító Zrt. Ügyfélkapcsolati Igazgatóságán** szóban (személyesen) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, avagy postai úton, továbbá a megadott telefonszámon, vagy elektronikus levelezési címen) élhet bejelentéssel, illetőleg társaságunk magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát az alábbi elérhetőségi címeken közölheti.

Postai levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888

Telefonszám: 06 40 200 250

Fax: 06 1 452 3927

E-mail: general@general.hu

Internet: www.general.hu/Online_ugyfelszolgalat/Panaszok_bejelentese.aspx

Központi ügyfélszolgálat: 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44.

További ügyfélszolgálatok elérhetőségei:

www.general.hu/Kapcsolatfelvetel/Kapcsolatfelvetel_pont_kereso.aspx

Szóbeli panaszát személyesen valamennyi, a személyes ügyélfogadásra nyitva álló ügyfélszolgálati irodánkban teheti meg.

A telefonon közölt szóbeli panasz megtételére minden munkanapon 8 órától 16 óráig, illetőleg legalább a hét egy munkanapján 8 órától 20 óráig biztosítunk lehetőséget.

Társaságunk panaszkezelési eljárásával, a panaszkezelés módjával és a panaszkezelési nyilvántartás vezetésével kapcsolatos további részletes információkat talál honlapunkon, illetőleg az ügyfélszolgálati irodáinknál kihelyezett panaszkezelési szabályzatban.

IV. FELÜGYELETI HATÓSÁG

IV.1. A biztosító felügyeleti szerve a **Magyar Nemzeti Bank** (a továbbiakban: MNB vagy Felügyelet)

A Felügyelet elérhetőségei

Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.

Levelezési cím: H-1534 Budapest BKKP Postafiók 777.

Központi telefon: 06 1 489 9100

Központi fax: 06 1 489 9102

Webcím: <http://felugyelet.mnb.hu>

Ügyfélszolgálat címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Ügyfélszolgálat telefonszáma: 06 40 203 776

Ügyfélszolgálat elektronikus levelezési címe: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Felhívjuk a figyelmét a Felügyelet fogyasztóvédelmi honlapjára (felugyelet.mnb.hu/fogyasztoknak), az ott elérhető tájékoztatókra és összehasonlítást segítő alkalmazásokra.

IV.2. Társaságunk az MNB által felügyelt tevékenység folytatására jogosult szervezet, amely tevékenységünk vonatkozásában a Felügyelet – kérelemre vagy hivatalból indított eljárás keretében – ellenőrzi

- a biztosító által nyújtott szolgáltatást igénybe vevő fogyasztóval szemben tanúsítandó magatartásra vonatkozó kötelezettséget megállapító, a Bit-ben vagy az annak felhatalmazása alapján kiadott jogszabályban előírt rendelkezések, valamint
- a fogyasztókkal szembeni tisztességtelen kereskedelmi gyakorlat tilalmáról szóló törvény rendelkezéseinek,

- c) a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló törvény rendelkezéseinek, továbbá
- d) az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló törvény rendelkezéseinek [az a)-d) pont a továbbiakban együtt: fogyasztóvédelmi rendelkezések], továbbá
- e) a pénzügyi fogyasztói jogvitával kapcsolatos kötelezettség betartását, és - ide nem értve a szerződés létrejöttének, érvényességének, joghatásainak és megszűnésének, továbbá a szerződésszegésnek és annak joghatásainak megállapítását - eljár e rendelkezések megsértése esetén (a továbbiakban: fogyasztóvédelmi eljárás).

Fogyasztóvédelmi eljárást a Felügyeletnél a Polgári Törvénykönyvről szóló törvény szerinti fogyasztónak minősülő személy kezdeményezhet, abban az esetben, ha a biztosítónál panaszát már korábban előterjesztette, azonban a panaszára nem kapott választ, vagy a panasz kivizsgálása nem jogszerűen történt, vagy a biztosító válaszából egyéb, a fentiekben meghatározott jogszabályokban előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez.

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

V. A PÉNZÜGYI BÉKÉLTETŐ TESTÜLET ELJÁRÁSA, A KÖZVETÍTŐI ELJÁRÁS ÉS A BÍRÓI ÚT IGÉNYBEVÉTELE

- V.1. A Pénzügyi Békéltető Testület az MNB által működtetett szakmailag független testület. A biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos esetleges pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljáráson kívüli rendezése érdekében a fogyasztó írásban benyújtott kérelmet terjeszthet elő a Pénzügyi Békéltető Testületnél. A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség létrehozását kíséri meg, ennek eredménytelensége esetén az ügyben döntést hoz a fogyasztói jogok egyszerű, gyors, hatékony és költségkímélő érvényesítésének biztosítása érdekében.

A Testület eljárása megindításának feltétele, hogy azt megelőzően a fogyasztó a biztosítóval közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

A Pénzügyi Békéltető Testület elérhetőségei

Címe: 1013 Budapest, Krisztina, krt. 39.

Levelezési címe: H-1525 Budapest, BKKP Pf. 172.

A Pénzügyi Békéltető Testület működésével kapcsolatos egyéb lényeges információk (így a Testület eljárási szabályzata) megtalálhatóak a <https://felugyelet.mnb.hu/pbt> honlapon.

- V.2. A permegelőző, konfliktuskezelő, vitarendezési eljárások közül – a Pénzügyi Békéltető Testületi eljáráson kívül – közvetítői eljárás is kezdeményezhető, a közvetítői tevékenységről szóló 2002. évi LV. törvény alapján.
- V.3. A biztosítási szerződésből eredő igények a fentiekben megjelölt alternatív vitarendezési módok mellőzésével bírói úton is érvényesíthetőek. A bíróság eljárására a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadóak.

VI. A BIZTOSÍTÁSI TITOKRA, VALAMINT A SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRE VONATKOZÓ ELVI ÉS GYAKORLATI TUDNIVALÓK

A biztosítási titok és a személyes adat

Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Biztosítási titkot képeznek az alábbi adatok:

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

Személyes adat valamennyi, az érintettel kapcsolatba hozható adat - különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret -, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés.

VI.1. Az adatkezelés célja

VI.1.1. A biztosítási szerződés nyilvántartásával, végrehajtásával és a biztosítási szolgáltatások teljesítésével összefüggő adatkezelés

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító, mint adatkezelő az ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek.

Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy a biztosítási törvényben meghatározott egyéb cél lehet. A biztosító ügyfelének minősül a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a szerződésre ajánlatot tesz. A Biztosító adatkezelése a biztosítási szerződés megkötésével magadottnak tekintett önkéntes hozzájáruláson alapul.

VI.1.2. A biztosítók közötti adatcserével összefüggő adatkezelés

Tájékoztatjuk, hogy a biztosított veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében társaságunk – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszá-
bályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – a 2015. év január hó 1. napjától kezdődően hatályba lépő Bit.161/A. §-ában biztosított felhatalmazása alapján, 2015. január 1. napjától kezdődően jogosult megkereséssel fordulni más biztosítóhoz az e biztosító által a Bit. 155. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével kezelt – a Bit.161/A. § (3)-(5) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában. A megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.

Társaságunk ennek keretében,

- baleset és betegség, továbbá a hagyományos életbiztosítás, házassági biztosítás, születési biztosítás, befektetési egységekhez kötött életbiztosítás, egyéni és csoportos nyugdíjbiztosítás, valamint társadalombiztosítási nyugdíjat kiegészítő járadékbiztosítás biztosítási ágazatokhoz tartozó biztosítások megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
 - b) a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat;
- szárazföldi jármű-casco (sínpályához kötött járművek nélkül), sínpályához kötött járművek cascoja, légi jármű-casco, tengeri-, tavi és folyami jármű-casco, szállítmány (beleértve árukat, poggyászokat és valamennyi más vagyontárgyat), tűz- és elemi károk, egyéb vagyoni károk, hitel, kezesség, garancia, különböző pénzügyi veszteségek, jogvédelem, segítségnyújtás és temetési biztosítási ágazatokhoz tartozó biztosítások megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
 - b) a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
 - c) az b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat;
- az önjáró szárazföldi járművekkel összefüggő felelősség, önjáró szárazföldi járművek használatából eredő felelősség, (beleértve a fuvarozó felelősségét is, és ideértve a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítást), a légi járművekkel összefüggő felelősség, a tengeri, tavi és folyami járművekkel összefüggő felelősség, valamint az általános felelősség biztosítási ágazatokhoz tartozó biztosítások megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén az alábbi adatokat kérheti:
 - a) az előző bekezdés a)–e) pontjában meghatározott adatokat;
 - b) a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat; és
 - c) a károsodott vagyontárgyat vagy a személyi sérülés miatt kárigényt, vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

A társaságunk által megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni társaságunknak.

Társaságunk a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a társaságunk tudomására jutott adat társaságunk jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés fentebb meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

Ha a megkeresés eredményeként társaságunk tudomására jutott adat társaságunk jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

Társaságunk az e célból végzett megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

Társaságunk a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a fenti céltól eltérő célból nem kapcsolja össze.

A megkeresésben megjelölt adatok helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

VI.1.3. A biztosítóhoz érkezett panaszokkal összefüggő adatkezelés

A biztosító a panaszügyintézés során tudomására jutott személyes adatokat a Bit.167/B.§. panaszkezelésre vonatkozó rendelkezéseinek való megfelelés érdekében kezeli, és az ügyfelek panaszairól, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről nyilvántartást vezet. A Biztosító adatkezelése a Bit. fenti rendelkezésén alapul.

VI.2. Az adatkezelés időtartama

- VI.2.1. A biztosító a személyes adatokat- ideértve az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő adatokat is – a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint – eltérő jogszabályi rendelkezés hiányában – azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- VI.2.2. A telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító a közötte és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy évig megőrzi.
- VI.2.3. A biztosító a panaszt és az arra adott választ három évig őrzi meg.
- VI.2.4. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

VI.3. Az adatkezelés jogalapja

- VI.3.1. Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben (a továbbiakban: Infotv.) foglaltaknak megfelelően tájékoztatjuk, hogy a fentebb hivatkozott adatkezelések jogalapja a Bit. 155. §-a és a Bit.167/B §-a, illetve a biztosítók közötti adatcsere tekintetében, 2015. január 1. napjától kezdődően a Bit. 161/A §-a. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
- VI.3.2. Az Infotv. értelmében személyes adat kezelhető akkor is, ha az érintett hozzájárulásának beszerzése lehetetlen vagy aránytalan költséggel járna, és a személyes adat kezelése
 - a) az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése céljából szükséges, vagy
 - b) az adatkezelő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése céljából szükséges, és ezen érdek érvényesítése a személyes adatok védelméhez fűződő jog korlátozásával arányban áll.
- VI.3.3. Az Infotv. értelmében, ha a személyes adat felvételére az érintett hozzájárulásával került sor, az adatkezelő a felvett adatokat törvény eltérő rendelkezésének hiányában
 - a) a rá vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése céljából, vagy
 - b) az adatkezelő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése céljából, ha ezen érdek érvényesítése a személyes adatok védelméhez fűződő jog korlátozásával arányban álltovábbi külön hozzájárulás nélkül, valamint az érintett hozzájárulásának visszavonását követően is kezelheti.
- VI.3.4. Az érintett természetes személy előzetes hozzájárulása esetén a biztosító egyéb céllal is kezelhet személyes adatokat. Ezen adatkezelésekről a biztosító az adatoknak a cél szerinti felvételekor ad tájékoztatást.

VI.4. Az adatok megismerésére jogosultak köre

Tájékoztatjuk, hogy a személyes adatokat és a biztosítási titoknak minősülő információkat kizárólag társaságunknak a vonatkozó adatkezelési célhoz kapcsolódó hozzáférési jogosultságokkal rendelkező munkavállalói, megbízott biztosításközvetítói, illetve a társaságunk részére külön szerződés alapján adatfeldolgozási vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a társaságunk által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges mértékben. Az adatokat jogosultak megismerni továbbá mindazon személyek vagy szervezetek is, akikkel szemben társaságunknak a biztosítási titok megtartásának a kötelezettsége a VI.6.–VI.9. pontok értelmében nem áll fenn.

Tájékoztatjuk, hogy társaságunk az adatkezelések során adatfeldolgozókat vesz igénybe. Az adatfeldolgozók személyére vonatkozóan a biztosító a general.hu internetes oldalon ad tájékoztatást.

VI.5. A biztosítási titok megtartására vonatkozó rendelkezések

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

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

VI.5.1. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) az adóhatósággal abban az esetben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) a biztosítási törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adata és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)–j), n) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k)–m) és p)–r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentebb meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez.

- VI.5.2. A biztosító a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

- A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn továbbá abban az esetben sem, ha
- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
 - b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

- VI.5.3. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben:
- a) ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

- VI.5.4. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
 - c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a pénz-, tőke- és biztosítási piac szabályozásáért felelős miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.
 - d) a biztosítási törvény összevont alapú felügyeletre vonatkozó fejezetében és a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

Fentiekben meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a VI.5.1. pont b) f) és j) pontjai, illetve a VI.5.2.pont alapján végzett adattovábbításokról.

A biztosító a VI.5.1.pontban, a VI.5.2. pont a)-b) pontjaiban, továbbá a VI.5 pont második bekezdésében, a VI.5.3. pontban, a VI.5.4. pontban, valamint 2015. január 1-jétől kezdődően a VI.1.2. pontban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

- VI.5.5. Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

VI.6. Az adatkezelésekkel kapcsolatos jogok és érvényesítésük

Az érintett természetes személy kérelmére – a kérelem benyújtásától számított legrövidebb idő alatt, legfeljebb azonban 30 napon belül – a biztosító írásban tájékoztatást ad az érintett részére a kezelt, illetve a társaságunk által – vagy rendelkezése szerint megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott személyes adatairól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevéről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá – az érintett személyes adatainak továbbítása esetén – az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről. A tájékoztatás ingyenes, ha a tájékoztatást kérő a folyó évben azonos adatkörre vonatkozóan tájékoztatási kérelmet az érintett természetes személy még nem nyújtott be.

Az érintett természetes személy kérheti személyes adatainak helyesbítését, továbbá – törvény vagy – törvény felhatalmazása alapján, az abban meghatározott körben – helyi önkormányzat rendelete közérdeken alapuló célból elrendelt adatkezelések kivételével – adatainak a zárolását és törlését. Társaságunk az érintett természetes személy által kezdeményezett adathelyesbítéseket a nyilvántartásaiban átvezeti.

Az érintett természetes személy az Infotv-ben meghatározott esetekben tiltakozhat személyes adatainak a kezelése ellen. A tiltakozást társaságunk annak benyújtásától számított legrövidebb időn belül, de legfeljebb 15 napon belül megvizsgálja, annak megalapozottsága kérdésében döntést hoz, és döntéséről az érintett természetes személyt írásban tájékoztatja. Amennyiben az érintett a döntéssel nem ért egyet, illetve a társaságunk a fenti határidőt elmulasztja, úgy a döntés közlésétől, illetve a határidő utolsó napjától számított 30 napon belül jogosult bírósághoz fordulni.

Az érintett természetes személyek a személyes adataik kezelésével kapcsolatos tiltakozásaikat, kérelmeiket társaságunknál szóban (személyesen) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, avagy postai úton, telefaxon, vagy elektronikus levelezési címen) jelenthetik be, a II. és III. pontban feltüntetett elérhetőségi címeken, a biztosító belső adatvédelmi felelősének címezve. A kérelmeket, tiltakozásokat a Központi Ügyfélszolgálati és Panaszkezelési csoport bírálja el a belső adatvédelmi felelős bevonásával.

Amennyiben az érintett természetes személy a személyes adataival kapcsolatos tiltakozását, panaszát, kérelmeit társaságunknál nem sikerült megnyugtató módon rendeznie, vagy az érintett bármikor úgy ítéli meg, hogy személyes adatai kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll, úgy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetőségei

Székhely: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.

Levelezési cím: 1530 Budapest, Pf. 5

Telefon: 06 1 391 1400

Telefax: 06 1 391 1410

E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

Web: naih.hu

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

VII. ÉLETBIZTOSÍTÁSOK ADÓZÁSI TUDNIVALÓI

- VII.1. Adómentes a magánszemély számára történő szolgáltatás, ha az haláleseti, baleseti, betegségi, illetve a jogszabálynak megfelelő nyugdíjbiztosítási, vagy járadékbiztosítási szolgáltatásnak minősül. Ezen kifizetésekhez kapcsolóan a magánszemélynek adókötelezettsége nincs.
- VII.2. Kamatjövedelem keletkezhet, ha biztosító teljesítése nem minősül adómentesnek, egyéb jövedelemnek, vagy más adóköteles jövedelemnek (így kamatjövedelem keletkezhet a lejáratú szolgáltatásból, visszavásárlásból, részvisszavásárlásból). Kamatjövedelemnek minősül a biztosítói teljesítésnek az a része, amely meghaladja a befizetett biztosítási díj összegét, azzal, hogy befizetett díjként nem vehető figyelembe a kockázati biztosítás díjaként teljesített összeg. A kamatjövedelem csökkenthető a kamatjövedelem 50 százalékával, ha a szerződés létrejöttét követően egyszeri díjas szerződés esetén 3 év, rendszeres díjas szerződés esetén 6 év eltelt, illetve 100 százalékával, ha a szerződés létrejöttét követően egyszeri díjas szerződés esetén 5 év, rendszeres díjas szerződések esetén 10 év eltelt. Ha a szerződésre rendkívüli (eseti) díj befizetése történik, akkor az a kamatjövedelem elszámolása szempontjából társaságunknál önálló, egyszeri díjas szerződésként kerül figyelembe vételre. A kamatjövedelemből a biztosító által 16% személyi jövedelemadó és 6% egészségügyi hozzájárulás kerül levonásra. Nem terheli egészségügyi hozzájárulás az olyan kamatjövedelmet, amely olyan szerződésből származik, amely szerződés mögött álló befektetés legalább 80 százalékban EGT-állam által kibocsátott, forintban jegyzett, hitelviszonyt megtestesítő értékpapírt tartalmaz, azzal hogy e feltételnek a tartam alatt mindvégig teljesülnie kell. A kamatjövedelmet a magánszemélynek – jellemzően – nem kell a bevallásában szerepeltetnie.
- VII.3. Más jövedelemként (a pótoltt jövedelemre vonatkozó szabályok szerint) adóköteles a kifizető díjfizetésével létrejött baleset-, betegségbiztosítási szerződés jövedelempótló, valamint az eltelt napok száma alapján meghatározott szolgáltatásból a napi 15 ezer forintot meghaladó rész. A kifizetéskor a biztosító által levonásra kerül az adóköteles jövedelmet terhelő adóelőleg. E jövedelmet a magánszemély köteles az adóbevallásában szerepeltetni.

- VII.4. Egyéb jövedelemként adóköteles a határozatlan tartamú, kizárólag halál esetére szóló életbiztosítás visszavásárlási, részvisszavásárlási összegéből a magánszemély által megfizetett díj és a kifizető (munkáltató) által megfizetett adóköteles díj együttes összegét meghaladó rész, feltéve, hogy e szerződéshez kapcsolódóan bármely kifizető (munkáltató) adómentes díjat fizetett. A kifizetésekor a törvény szerint megállapított adóalapból a biztosító által levonásra kerül 16% személyi jövedelemadó-előleg. E jövedelmet a magánszemély köteles adóbevallásában szerepeltetni, továbbá a magánszemély köteles az e jövedelem utáni 27%-os százalékos egészségügyi hozzájárulás fizetési és bevallási kötelezettségét is rendezni.

Amennyiben bármely biztosítói teljesítésre nem magánszemély (például gazdálkodó) jogosult, akkor a biztosító a fentiekől eltérően adókötelezettséget nem állapít meg, a teljesítés tartalma alapján az érintett szolgáltatásra jogosult a rá vonatkozó jogszabályi előírások szerint köteles elszámolni a biztosítótól származó bevételét, illetve ahhoz kapcsolódó esetleges adókötelezettségeit.

- VII.5. A 2014. január 1-jétől, vagy azt követő időponttól létrejött, a hatályos törvényi követelményeknek megfelelő nyugdíjbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan a magánszemély szerződő a tárgyévi összevont adóalapja után fizetendő, más kedvezményekkel csökkentett személyi jövedelemadója terhére rendelkezhet akként, hogy az általa megfizetett biztosítási díj 20 százaléka, maximum 130 ezer forint átutalásra kerüljön a nyugdíjbiztosítási szerződésére. Részletes tájékoztató az érintettek számára a biztosítás megkötésekor kerül átadásra.
- VII.6. Az előbbieken ismertetett szabályok a jövőben változhatnak, ezért felhívjuk szíves figyelmét arra, hogy saját érdekében is kövesse a jogszabályváltozásokat, különösen a személyi jövedelemadóról szóló törvény, az egészségügyi hozzájárulásról szóló törvény, valamint az adózás rendjéről szóló törvény rendelkezéseinek esetleges változását. Az aktuális szabályokról társaságunk honlapján is folyamatosan tájékozódhat.

VIII. AZ ÁLTALÁNOS FORGALMI ADÓ MEGTÉRÍTÉSE

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

IX. KÉSEDELMI KAMAT

A biztosító a biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén jogosult a Polgári Törvénykönyvről szóló törvény (továbbiakban: Ptk.) 6:48. § (1) bekezdésében meghatározott késedelmi kamatot felszámítani.

Amennyiben a díjfizetésre köteles szerződő a Ptk. szerinti vállalkozásnak minősül, úgy a biztosító a biztosítási díj késedelmes megfizetése esetén jogosult a Ptk. 6:155. § (1) és (2) bekezdésében meghatározott késedelmi kamatot és költséget felszámítani.

X. ADMINISZTRÁCIÓS DÍJ

- X.1. A biztosító egyes eljárásokért adminisztrációs díjakat számíthat fel, az ezen eljárásokkal összefüggésben felmerülő költségei megtérülése érdekében. A jelen Ügyféltájékoztatóban feltüntetett adminisztrációs díjon túlmenően az egyes biztosítási szerződésekre vonatkozó általános vagy különös szerződési feltételek további adminisztrációs díjakra vonatkozó szabályozást tartalmazhatnak.
- X.2. Amennyiben a felek szerződésben foglalt megállapodása szerint a szerződő a díjfizetést nem készpénzátutalási megbízással (sárga vagy fehér csekk) teljesíti, de ennek ellenére a biztosítótól a díjfizetés teljesítése érdekében – a szerződés ezirányú módosítása nélkül – készpénzátutalási megbízás megküldését igényli, vagy egyéb esetben a részére a biztosító által megküldött készpénzátutalási megbízás ismételt megküldését igényli úgy a biztosító adminisztrációs díjat számíthat fel.
- X.3. A X.2. pontban jelölt adminisztrációs díj mértéke: 400 Ft

XI. A BEFIZETETT BIZTOSÍTÁSI DÍJ ELSZÁMOLÁSÁNAK SORRENDJE

Amennyiben a Szerződőnek a szerződéséből/szerződéseiből adódóan kiegyenlítettlen tartozása áll fenn társaságunkkal szemben, és a Szerződő által befizetett összeg valamennyi tartozás kiegyenlítésére nem elégséges, úgy a Szerződő által befizetett díj elszámolása az egyes biztosítási szerződésekre irányadó szabályozás szerint történik meg, míg ilyen szabályozás hiányában elsősorban az alábbi sorrendben: tőketartozás (díjtartozás), késedelmi kamat, adminisztrációs díj.

Amennyiben a Szerződőnek egy biztosítási szerződését illetően több díjtarozása van a biztosító felé (pl. több díjrészlettel tartozik), és a befizetett díj nem fedezi valamennyi tartozását, akkor a teljesítést a régebben lejárt díjtarozásra számolja el a biztosító.

XII. A DÍJFIZETÉS MÓDJA

- XII.1. A felek a biztosítási díj megfizetésének módjára vonatkozóan az alábbi fizetési módokon történő fizetésben állapodhatnak meg:
- készpénzáttalási megbízással (csekk) – a biztosító a díjfizetési gyakoriságnak megfelelően postai úton juttatja el a szerződőnek az esedékes díjat tartalmazó csekket, melyet a szerződő köteles befizetni,
 - csoportos beszedési megbízással (inkasszóval) – a szerződő megbízást ad a folyószámláját vezető banknak a rendszeres díjak lehívásának engedélyezésére,
 - áttalási megbízással – a biztosító a díj esedékessége előtt (a választott díjfizetési ütemnek megfelelően) díjbekérőt küld a szerződőnek, mely alapján a szerződő megbízást ad a bankjának a díjbekérőn megjelölt díj átutalására.
- XII.2. **Amennyiben nem áll rendelkezésre az esedékes díj megfizetésére szolgáló, a biztosító által kiállított készpénzáttalási megbízás (csekk), díjbekérő levél vagy más dokumentum, a szerződő köteles az esedékes díjat postai csekkben vagy a biztosító legközelebbi ügyfélszolgálatán a kötvényszám feltüntetésével mellet befizetni.**
- XII.3. A szerződőnek rendkívüli esetben lehetősége van arra, hogy díjfizetési kötelezettségét egyéb módon teljesítse. Ezen lehetőségekről a biztosító honlapján (www.general.hu), a biztosító ügynökeinél, vagy a biztosító ügyfélszolgálatán tájékozódhat.

XIII. A BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ

- XIII.1. A biztosítási szerződés közvetítője lehet függő vagy független biztosításközvetítő.
- XIII.2. A függő biztosításközvetítő (ügynök) a biztosítási szerződést a biztosítóval fennálló munkaviszonya vagy a biztosító megbízása alapján közvetíti. A függő biztosításközvetítő közvetítői tevékenysége során esetlegesen okozott károkért a biztosító felelős.
- XIII.3. Független biztosításközvetítő az alkusz, aki az ügyfél megbízásából jár el, és a többes ügynök, aki egyidejűleg több biztosítóval fennálló jogviszonya alapján a biztosító egymással versengő termékeit közvetíti.
- A független biztosításközvetítő a biztosításközvetítői tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályok megszegésével vagy elmulasztásával esetlegesen okozott károkért önállóan felel. Ez a felelőssége kiterjed a nevében (képviselésében) eljáró személyek tevékenységére is.
- A független biztosításközvetítő a biztosító nevében nem jogosult biztosítási díj átvételére.
- XIII.4. **A biztosító képviselője – így a biztosító ügynöke is – nyomdailag előállított, és nyomdai Generali emblémával ellátott átvételi elismervény (nyugta) ellenében jogosult biztosítási díj átvételére, melynek mértékét a biztosító 250.000 Ft-ban korlátozza. Ezt meghaladó mértékű biztosítási díj átvételére a biztosító képviselője nem jogosult.**
- XIII.5. A biztosító megbízásából eljáró függő biztosításközvetítő (ügynök) és többes biztosításközvetítő a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében nem jogosult közreműködni.

XIV. KEDVEZMÉNYEK IGÉNYBEVÉTELE

Abban az esetben, amennyiben a szerződő a biztosítási díj mértékét befolyásoló kedvezményt vett igénybe, melyet követően a kedvezményre jogosító körülmények megváltoznak, vagy utóbb már nem állnak fenn (pl. inkasszós fizetési mód megváltozása, inkasszós fizetés lehetetlenné válása inkasszós felhatalmazás hiányában vagy annak visszavonása miatt) úgy a szerződő a kedvezményre való jogosultságát elveszti és köteles a kedvezmény figyelembe vétele nélkül számított biztosítási díj megfizetésére.

Ilyen esetben a kedvezmény nélkül számított díj akkor esedékes, amikor a biztosító erre vonatkozóan felhívást (díjbekérő, csekk küld) vagy a díj beszedési megbízással (inkasszó) történő beszedését először megkísérli.

XV. A JOGNYILATKOZATOK (BEJELENTÉSEK, ÉRTESÍTÉSEK) ALAKI KÖVETELMÉNYEI ÉS HATÁLYOSSÁGÁNAK FELTÉTELEI

- XV.1. A biztosítási szerződés alanyai szerződéses nyilatkozataikat az alábbiakban meghatározott módon és formában tehetik meg, azok csak ilyen alakban érvényesek:
- a biztosító címére megküldött és aláírt postai levél,
 - a biztosító által megjelölt és közzétett faxszámra elküldött és aláírással ellátott faxküldemény,
 - a biztosító által megjelölt és közzétett elektronikus levelezési címre megküldött szkennelt és aláírással ellátott okirat,
 - a biztosító által megjelölt és közzétett elektronikus levelezési címre megküldött nyilatkozat, amennyiben a nyilatkozatot tevő ügyfél az elektronikus kommunikációhoz előzetesen hozzájárulását adta, és a nyilatkozatot a hozzájárulás során közölt elektronikus levelezési címről továbbítja a biztosító felé,
 - a biztosító bármely ügyfélszolgálatán személyesen vagy más által leadott, aláírt okirat,
 - a biztosító által megjelölt és közzétett telefonszámon megtett nyilatkozat, azon jognyilatkozatok kivételével, amelyek tekintetében a telefonon történő jognyilatkozattételt a biztosító csak külön szolgáltatási szerződés megkötése esetén teszi lehetővé,
 - egyes, a biztosító által meghatározott szerződésekre vonatkozó jognyilatkozatok tekintetében, külön szolgáltatási szerződés megkötése esetén, a biztosító által működtetett internetes szerződéskezelő és ügyfélszolgálati rendszerben (Szerződéseim rendszer) megtett és a biztosító által rögzített, archivált nyilatkozat,
 - egyes, a biztosító által meghatározott szerződésekre vonatkozó jognyilatkozatok tekintetében, külön szolgáltatási szerződés megkötése esetén a biztosító Telefonos ügyfélszolgálat útján megtett és a biztosító által hangfelvételel rögzített szóbeli nyilatkozat,
- formájában.

A nyilatkozattételi lehetőséget a biztosító egyes szerződések és nyilatkozattípusok esetében fentiekől eltérően határozhatja meg, illetve további rendelkezéseket határozhat meg, melyeket a szerződésre vonatkozó általános, vagy különös szerződési feltételek, vagy a felek között külön e tárgyban létrejött megállapodás tartalmaz.

A biztosítási esemény bejelentésére és határidejére vonatkozó rendelkezéseket a biztosítási szerződésre vonatkozó általános és különös szerződési feltételek tartalmazzák.

- XV.2. A jognyilatkozat csak akkor hatályos, ha az a biztosító valamelyik szervezeti egységének tudomására jut.
- XV.3. A szerződő felek a biztosítási szerződés **felmondását** tartalmazó nyilatkozatukat **írásban** kötelesek megtenni. Írásban megtett nyilatkozatnak tekinthető a nyilatkozó személy részéről aláírt azon nyilatkozat is, melyet postai úton, faxon, vagy elektronikus úton továbbított szkennelt okirat formájában továbbítanak a biztosító által megadott elérhetőségekre.
- XV.4. **Postai úton** tértivevénnyel történő közlés esetében kézbesítettnek kell tekinteni a biztosító által küldött jognyilatkozatot, ha annak átvételét a címzett megtagadta, vagy ha a küldemény a címzett – biztosító által nyilvántartott – címéről „ismeretlen helyre költözött” vagy ”nem kereste” jelzéssel érkezik vissza. Kézbesítettnek kell tekinteni továbbá a nyilatkozatot akkor is, ha annak átvételét a címzett vagy annak képviselője aláírásával elismerte.

XVI. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

- XVI.1. **Nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.**
- XVI.2. **A felek között létrejött megállapodás a biztosítási szerződés valamennyi feltételét tartalmazza, az írásbeli szerződésbe nem foglalt korábbi megállapodások hatályukat veszítik.**

XVII. IRÁNYADÓ JOG, JOGHATÓSÁG KIKÖTÉSE

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

Amennyiben a szerződő fél a biztosítási szerződés létrejöttének időpontjában Magyarországon rendelkezik lakóhellyel, székhellyel vagy szokásos tartózkodási hellyel, úgy a szerződésből eredő jogviták rendezésére kizárólag a magyar bíróságok jogosultak.

XVIII. JELEN ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓNAK A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYV RENDELKEZÉSEITŐL LÉNYEGESEN ELTÉRŐ RENDELKEZÉSEI

Jelen fejezet nem tartalmazza az Ügyféltájékoztató azon – a biztosító által alkalmazott korábbi általános feltételektől eltérő – rendelkezéseit, melyek módosítására a 2014. március 15-én hatályba lépett, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvénynek történő megfelelés érdekében került sor.

XVIII.1. A befizetett díj elszámolásának sorrendje (XI. pont)

Amennyiben a szerződő által a biztosító részére befizetett összeg valamennyi fennálló tartozás kiegyenlítésére nem elégséges, úgy a befizetett díj elszámolása az egyes biztosítási szerződésekre irányadó szabályozás szerint, annak hiányában jelen Ügyféltájékoztatóban foglaltak szerint történik meg.

Amennyiben szerződőnek egy biztosítási szerződését illetően több díjtartozása van a biztosító felé úgy a befizetett díj elszámolása a jelen Ügyféltájékoztatóban foglaltak szerint történik meg.

XVIII.2. Egyéb rendelkezések (XVI. pont)

A Ptk. 6:63. §.-ában foglaltaktól eltérően nem válik a biztosítási szerződés tartalmává a felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

A sikeres együttműködés reményében:



Erdős Mihály



Hegedűs Anna

Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)

Jelen Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (továbbiakban: általános feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) tanuló balesetbiztosítást tartalmazó szerződéseire (továbbiakban: szerződés) érvényesek feltéve, hogy a szerződést a jelen általános feltételekre hivatkozással kötötték.

Az általános feltételekhez a választott biztosítási csomag tartalmától függően, a csomagba tartozó biztosítási kockázatokra vonatkozó szabályokat tartalmazó különös feltételek (továbbiakban: különös feltételek) tartoznak. A választható biztosítási szolgáltatási csomagokat, az egyes csomagokba tartozó biztosítási kockázatokot, továbbá a biztosítási kockázatokhoz tartozó biztosítási összegeket a szerződés részét képező Szimba-kalauz tartalmazza.

Jelen általános feltételekben, valamint a különös feltételekben (továbbiakban együtt: feltételek) nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

A különös biztosítási feltételek jelen feltételekben foglaltaktól eltérhetnek, az általános és különös feltételek eltérése esetén a különös feltétel előírásai az irányadók.

A biztosítási szerződés részét képező „Ügyféléjtájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” című dokumentumban és a feltételekben foglaltak eltérése esetén a feltételek rendelkezései irányadók.

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS TARTALMA

A biztosítási szerződés alapján a biztosító a jelen általános feltételekben és a különös feltételekben meghatározott biztosítási kockázat viselésére, továbbá a biztosítási esemény bekövetkeztétől függően biztosítási szolgáltatás megfizetésére, az ajánlattevő pedig biztosítási díj fizetésére kötelezi magát.

Biztosítási esemény: a szerződésben meghatározott biztosításokra vonatkozó különös feltételekben rögzített biztosítási esemény bekövetkezése.

II. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

II.1. A szerződés alanyai

II.1.1. **Biztosító** az a jogi személy, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

II.1.2. **Ajánlattevő** az a fogyasztónak nem minősülő

- a) oktatási intézmény vagy nevelő-gondozó intézmény (továbbiakban röviden: oktatási intézmény), vagy
- b) oktatási intézmény fenntartójának minősülő szervezet (továbbiakban röviden: fenntartó), vagy
- c) azon társadalmi szervezet, amely a létesítő okiratában rögzített tevékenysége vagy szervezete alapján az oktatási intézményhez kapcsolódik,

és amely a biztosítási szerződést a Biztosítóval megkötö és a biztosítási szerződés részét képező biztosított névjegyzékben/pótlistán nevesített biztosítottaktól átvett biztosítási díjat a biztosító részére megfizeti. A biztosító nevében az ajánlattevő nem jogosult nyilatkozni.

II.1.3. **Biztosított** az a természetes személy, akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön. A biztosítottak megjelölésére az ajánlattételkor kerül sor, továbbá az ajánlattevőnek lehetősége van arra is, hogy a szerződés létrejöttét követően kezdeményezze a szerződés hatályának új, vagy további biztosítottakra történő kiterjesztését.

A jelen általános feltételek alapján létrejövő szerződésben több, név szerint meghatározott biztosítotti csoport képezhető.

Biztosított lehet az a természetes személy, aki az ajánlattétel időpontjában a 25. életévét nem töltötte be és akit a díjfizetéssel egyidejűleg a biztosítotti névjegyzékbe/pótlistára felvettek és

- az II.1.2 a) pontban meghatározott oktatási intézménnyel, vagy a II.1.2 b) pontban meghatározott fenntartó ajánlattevővel – nappali tagozatos – tanulói/hallgatói jogviszonyban áll, vagy
- az oktatási intézmény (pl. óvoda, bölcsőde) nevelésébe/gondozásába felvett gyermek, vagy
- amennyiben az ajánlattevő társadalmi szervezet, úgy az ajánlattevővel az II.1.2 c) alpont szerinti kapcsolatban álló oktatási intézménnyel nappali tagozatos hallgatói/tanulói jogviszonyban áll, vagy az ilyen oktatási intézmény nevelésébe/gondozásába felvett gyermek.

II.1.4. **Ha a biztosított kiskorú, a szerződés érvényességéhez – ideértve a biztosított kiskorúsága idején a szerződés adott biztosítottra vonatkozó része módosításának érvényességét is – a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges. A gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges abban az esetben sem, ha a biztosított a cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.**

II.1.5. **Kedvezményezett** a biztosított életében esedékes szolgáltatások esetén a biztosított, a biztosított halála esetén a biztosított örököse(i).

II.2. A biztosítási szerződés és a biztosítotti jogviszony létrejötte

II.2.1. A **szerződés** az ajánlattevő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre. A biztosítási szerződés megkötését az ajánlattevő kezdeményezi írásbeli ajánlattal, az ajánlathoz csatolt biztosítotti névjegyzékkel, valamint az egyszeri biztosítási díj egyidejű megfizetésével. Az ajánlattevő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig van kötve.

II.2.2. A biztosító az ajánlatot, illetve a biztosítotti jogviszony létesítésére/biztosítotti jogviszony módosítására vonatkozó nyilatkozatot (szerződésmódosítás) vagy elfogadja, vagy elutasítja, vagy arra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat, illetve az ajánlattevő által tett szerződésmódosítás esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles megindokolni.

II.2.3. Ha az ajánlattevő az ajánlattól vagy szerződésmódosítás esetén az ajánlattevő által tett módosító javaslatról eltérő tartalommal kiállított fedezetet igazoló dokumentumban (továbbiakban: kötvény) szereplő eltérést a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül, de legfeljebb 15 napon belül írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre/módosul. Ha az ajánlattevő az eltérést elutasítja (kifogásolja), a szerződés/módosítás nem jön létre. **A lényeges eltérésre a biztosító a kötvény átadásakor az ajánlattevő figyelmét írásban felhívja.** Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat, illetve az ajánlattevő által tett módosító javaslat tartalmának megfelelően jön létre.

II.2.4. **A szerződés létrejön, ha a biztosító az ajánlattevő ajánlatát az ajánlattevő részére megküldött kötvénnyel elfogadja.**

II.2.5. **A biztosítotti jogviszony az adott biztosított vonatkozásában a biztosítási szerződés részét képező Szimba-kalauzon található Válaszkártya és annak részét képező Ügyfélkártya (együttesen: Válaszkártya) érvényes megtételével (megfelelő kitöltésével és aláírásával), valamint a biztosítottnak a biztosítotti névjegyzékbe, illetve a pótlistába való felvételével és a névjegyzék/pótlista biztosító részére történő átadásával, továbbá a biztosítási díj adott biztosítottra vonatkozó részének biztosító részére történő megfizetésével jön létre.**

II.3. A kockázatviselés kezdete és megszűnése

II.3.1. **A kockázatviselés kezdete és vége a tárgyév augusztus 31. napja előtt létrejött szerződések esetén**

- a) Ha az Ajánlattevő által aláírt ajánlat és annak elválaszthatatlan részét képező biztosítotti névjegyzék alapján az ajánlat aláírásának időpontja szerinti év (továbbiakban: tárgyév) augusztus 31. napja előtt érvényesen létrejön a biztosítási szerződés és a tárgyév augusztus 31. napjáig a biztosítotti névjegyzéken szereplő biztosítottak után járó biztosítási díj a névjegyzékkel és az ajánlattétellel egyidejűleg beérkezik a biztosítóhoz, úgy a biztosító kockázatviselésének kezdete a biztosítotti névjegyzéken szereplő biztosítottak vonatkozásában a tárgyév szeptember 1. napja, és a biztosító kockázatviselése a tárgyévet követő naptári év augusztus 31. napjáig tart.
- b) Amennyiben a tárgyév szeptember 1. napja előtt az Ajánlattevő intézmény már rendelkezik érvényes Szimba biztosítási szerződéssel és a tárgyév szeptember 1. előtt szerződésmódosítással pótlistán új biztosított lép be a már meglévő szerződésbe, és a pótlistán szereplő biztosítottak után járó biztosítási díj a pótlista benyújtásával egyidejűleg beérkezik a biztosítóhoz, úgy a pótlistán nevesített biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete a tárgyév szeptember 1. napja, és a biztosító kockázatviselése a tárgyévet követő naptári év augusztus 31. napjáig tart.
- c) Amennyiben a tárgyév szeptember 1. napja után, de a tárgyév december 31. napja előtt bármely időpontban szerződésmódosítással pótlistán új biztosított lép be a már meglévő szerződésbe, úgy a pótlistán nevesített biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés csak a szerződésmódosítás, a pótlista és a pótlistán

található biztosítottak után járó biztosítási díj biztosító részére történő beérkezését követő nap „0” órakor kezdődik és a tárgyévet követő naptári év augusztus 31. napjáig tart.

- d) Amennyiben a tárgyévet követő évben – ezen év augusztus 31. napja előtt – bármely időpontban szerződésmódosítással pótlistán új biztosított lép be a már meglévő szerződésbe, úgy a pótlistán nevesített biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés csak a szerződésmódosítás, a pótlista és a pótlistán található biztosítottak után járó biztosítási díj biztosító részére történő beérkezését követő nap „0” órakor kezdődik és a szerződésmódosítás szerinti év augusztus 31. napjáig tart.

II.3.2. A kockázatviselés kezdete és vége a tárgyév szeptember 1. napja és október 31. napja között létrejött szerződések esetén

- a) Ha az Ajánlattevő által az aláírt ajánlat és annak elválaszthatatlan részét képező biztosítotti névjegyzék alapján tárgyév szeptember 1. napja és október 31. napja között érvényesen létrejön a biztosítási szerződés és ezen időtartam alatt a biztosítotti névjegyzéken szereplő biztosítottak után járó biztosítási díj a névjegyzékkel és az ajánlattétellel egyidejűleg beérkezik a biztosító részére, úgy a biztosító kockázatviselésének kezdete a biztosítotti névjegyzéken szereplő biztosítottak vonatkozásában a tárgyév szeptember 1. napja, és a biztosító kockázatviselése a tárgyévet követő naptári év augusztus 31. napjáig tart.
- b) Amennyiben szerződésmódosítással tárgyév szeptember 1. napja után, de a tárgyév december 31. napja előtt bármely időpontban pótlistán új biztosított lép be a már meglévő szerződésbe, úgy a pótlistán nevesített biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés csak a szerződésmódosítás, a pótlista és a pótlistán található biztosítottak után járó biztosítási díj biztosító részére történő beérkezését követő nap „0” órakor kezdődik és a tárgyévet követő naptári év augusztus 31. napjáig tart.
- c) Amennyiben a tárgyévet követő évben – ezen év augusztus 31. napja előtt – bármely időpontban szerződésmódosítással pótlistán új biztosított lép be a már meglévő szerződésbe, úgy a pótlistán nevesített biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés csak a szerződésmódosítás, a pótlista és a pótlistán található biztosítottak után járó biztosítási díj biztosító részére történő beérkezését követő nap „0” órakor kezdődik és a szerződésmódosítás szerinti év augusztus 31. napjáig tart.

II.3.3. A kockázatviselés kezdete és vége a tárgyév október 31. napját követően, de tárgyév december 31. napját megelőzően létrejött szerződések esetén

- a) Ha az Ajánlattevő által az aláírt ajánlat és annak elválaszthatatlan részét képező biztosítotti névjegyzék alapján tárgyév október 31. napját követően, de tárgyév december 31. napját megelőzően érvényesen létrejön a biztosítási szerződés és a biztosítotti névjegyzéken szereplő biztosítottak után járó biztosítási díj a biztosító részére ezen időtartam alatt beérkezik, akkor a kockázatviselés kezdete a biztosítási díj biztosítóhoz történő beérkezését követő nap „0” órakor kezdődik, és a biztosító kockázatviselése a tárgyévet követő naptári év augusztus 31. napjáig tart.
- b) Amennyiben a tárgyév október 31. napját követően, de a tárgyév december 31. napja előtt jön létre a biztosítási szerződés és szerződésmódosítással pótlistán új biztosított lép be a már meglévő szerződésbe, úgy a pótlistán nevesített biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete a szerződésmódosítás, a pótlista és a pótlistán található biztosítottak után járó biztosítási díj biztosító részére történő beérkezését követő nap „0” órakor kezdődik és a tárgyévet követő naptári év augusztus 31. napjáig tart.
- c) Amennyiben a tárgyévet követő évben – ezen év augusztus 31. napja előtt – bármely időpontban szerződésmódosítással pótlistán új biztosított lép be a már meglévő szerződésbe, úgy a pótlistán nevesített biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés csak a szerződésmódosítás, a pótlista és a pótlistán található biztosítottak után járó biztosítási díj biztosító részére történő beérkezését követő nap „0” órakor kezdődik és a szerződésmódosítás szerinti év augusztus 31. napjáig tart.

II.3.4. A kockázatviselés kezdete és vége a tárgyév január 1. napja és augusztus 31. napja között létrejött szerződések esetén

- a) Ha az Ajánlattevő által az aláírt ajánlat és annak elválaszthatatlan részét képező biztosítotti névjegyzék alapján tárgyév január 01. napja és augusztus 31. napja között érvényesen létrejön a biztosítási szerződés és a biztosítotti névjegyzéken szereplő biztosítottak után járó biztosítási díj a biztosító részére ezen időtartam alatt beérkezik, akkor a kockázatviselés kezdete a biztosítási díj biztosítóhoz történő beérkezését követő nap „0” órakor kezdődik, és a biztosító kockázatviselése a tárgyév augusztus 31. napjáig tart.
- b) Amennyiben a tárgyév január 1. napja és augusztus 31. napja között jön létre a biztosítási szerződés és szerződésmódosítással pótlistán új biztosított lép be a már meglévő szerződésbe, úgy a pótlistán nevesített biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete a szerződésmódosítás, a pótlista és a pótlistán található biztosítottak után járó biztosítási díj biztosító részére történő beérkezését követő nap „0” órakor kezdődik és a tárgyév augusztus 31. napjáig tart.

II.4. A szerződés tartama

A szerződés és a biztosítotti jogviszony határozott tartamra jön létre.

II.5. A biztosítási szerződés és a biztosítotti jogviszony megszűnése

II.5.1. A biztosítási szerződés megszűnik a határozott időtartam lejártakor.

A biztosítási szerződés megszűnésével egyidőleg valamennyi biztosítotti jogviszony is megszűnik.

II.5.2. Az adott biztosított biztosítotti jogviszonya megszűnik a biztosított halála esetén is.

II.6. A biztosítás területi hatálya

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

III. A SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

- III.1. Az ajánlattevő köteles tájékoztatni a biztosítottakat a biztosítási szerződés tartalmáról és az abban bekövetkező valamennyi változásról.
- III.2. Az ajánlattevő kezdeményezheti a szerződés módosítását. A biztosító a módosítási igényt vagy elfogadja, vagy elutasítja, vagy arra módosító javaslatot tesz. Az elutasítást, vagy a módosító javaslatot a biztosító nem köteles indokolni. **A biztosítási szerződés módosításához a biztosított hozzájárulása nem szükséges.**
- III.3. **A biztosított az ajánlattevő helyébe nem léphet.**
- III.4. Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja. **Ha ajánlattevő a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a biztosító módosító javaslatára nem válaszol, a szerződés a módosító javaslatban foglaltak szerint módosul a módosító javaslat közzétételétől számított 30. napon,** feltéve, hogy a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtevételekor az ajánlattevő figyelmét felhívta. Ha a szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a jelen pontban meghatározott jogait a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.
- III.5. Az ajánlattevő köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyet ismernie kellett. A biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal az ajánlattevő közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- III.6. Az ajánlattevő köteles a lényeges körülmények változását a biztosítónak írásban bejelenteni.
- III.7. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli az ajánlattevőt és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

IV. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

- IV.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének ellenértéke, melynek megfizetésére az ajánlattevő az ajánlattétellel, illetve új biztosított beléptetése esetén az erre vonatkozó szerződésmódosítással egyidejűleg köteles.
- IV.2. **A biztosítási díj éves, egyszeri és összege nem függ a biztosítotti jogviszony létrejöttének, továbbá a kockázatviselés kezdetének időpontjától.** A biztosító a biztosítottak egy főre jutó biztosítási díját a választott szolgáltatási csomag függvényében, a Szimba-kalauzon határozza meg.
- IV.3. Az ajánlattevő által a biztosítási szerződés létrejöttét megelőzően a biztosító részére megfizetett díj (vagy díjrészlet) díjelőlegnek minősül, melyet a biztosító kamatmentesen kezel. Ha a szerződés létrejön, a biztosító a díjelőleget a biztosítási díjba beszámítja. Ha a szerződés nem jön létre, a biztosító a díjelőleget az ajánlattevőnek visszafizeti.
- IV.4. A díjat a biztosítotti névjegyzéken szereplő biztosítottak után az ajánlattétellel egyidejűleg, a már meglévő szerződésbe belépő, pótlistán nevesített biztosítottakra vonatkozó díjat pedig a szerződés módosításakor, egyösszegben kell a biztosító részére megfizetni.
- IV.5. Az ajánlattevő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.
- IV.6. **A biztosító képviselője – így a biztosító ügynöke is – nyomdailag előállított, és nyomdai Generali emblémával ellátott átvételi elismervény (továbbiakban: nyugta) ellenében jogosult biztosítási díj átvételére, melynek mértékét a biztosító 250.000 Ft-ban korlátozza.**

250.000 Ft-ot meghaladó mértékű biztosítási díj átvételére a biztosító képviselője kizárólag nyomdai Generali emblémával ellátott „SZIMBA 250.000 Ft feletti díj átvételére” elnevezésű nyugta ellenében jogosult.

V. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK, BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK ÉS A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

V.1. Biztosítási események

A jelen általános feltételek és a hozzá kapcsolódó különös feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés szerinti biztosítási események a különös feltételekben ilyenként meghatározott események.

V.2. A biztosító szolgáltatása

- V.2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosított névjegyzékben, továbbá a pótlistán szereplő, az adott biztosítottra vonatkozó választott biztosítási csomagnak megfelelő, a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát.
- V.2.2. A biztosító a biztosítási szerződés alapján kizárólag a feltételekben megjelölt, szükséges és indokolt költségeket köteles megtéríteni.
- V.2.3. A biztosító a szolgáltatási összeget banki- vagy postai utalással teljesíti.

V.3. A biztosító teljesítésének feltételei

V.3.1. A biztosítási esemény bejelentésének határideje

- V.3.1.1. A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül írásban kell bejelenteni a biztosítónál.
- V.3.1.2. Abban az esetben, ha a fenti határidőt nem tartják be, a biztosító által a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából szükségesnek ítélt felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**

V.3.2. A biztosító teljesítésének esedékessége

- V.3.2.1. A biztosító a szerződés alapján a biztosítási esemény bekövetkezésekor – elismert jogalap esetén – a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezi magát.
- V.3.2.2. A biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges **valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül teljesíti** kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.
- V.3.2.3. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére nem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

V.3.3. A szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumok

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

- V.3.3.1. Amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
- V.3.3.2. A biztosítási esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, boncolási jegyzőkönyv, jogosítvány és forgalmi engedély, munkahely, oktatási intézmény, közlekedési vállalat/rendőrség által felvett baleseti jegyzőkönyv/határozat, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények).
- V.3.3.3. A biztosító által rendelkezésre bocsátott és a biztosított kezelőorvosa, illetve az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatvány a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a biztosított egészségi állapotáról, illetve a biztosított kórelőzményi adatairól.
- V.3.3.4. A biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumai: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi kárton másolata, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok.

-
- V.3.3.5. A társadalombiztosítási szerv, vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosítotti adatokat tartalmazó iratok (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján).
- V.3.3.6. A biztosított születésének időpontját igazoló hivatalos bizonyítvány (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevél, vezetői engedély).
- V.3.3.7. A biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételül orvosi vizsgálatot írhat elő, ennek előírása esetén a biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.
- V.3.3.8. A biztosító kérheti az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített magyar nyelvű hiteles fordításának benyújtását.
- V.3.3.9. A biztosító kérheti a fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását és bármely adathordozón történő benyújtását.
- V.3.3.10. A biztosító bekérheti az ajánlattevő létesítő okiratának másolatát.
- V.3.3.11. A biztosító bekérheti a biztosított óvoda-, iskola látogatási igazolását, hallgatói jogviszony igazolását (diákigazolvány másolatát).
- V.3.3.12. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához egyéb iratokat is beszerezhet.

VI. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

- VI.1. Ha az ajánlattevő vagy a biztosított közlési, illetve változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn kivéve, ha az ajánlattevő bizonyítja, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:**
- a) a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződésalkötéskor ismerte, vagy
 - b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

Ha a szerződés több biztosítottra vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi biztosított esetén nem hivatkozhat.

- VI.2. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét; a biztosító szolgáltatása ebben az esetben a biztosított örökösét illeti meg és a kedvezményezett abból nem részesül.**
- VI.3. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a biztosított jogellenesen és szándékosan vagy jogellenesen és súlyosan gondatlanul okozta.**

A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha

- a) a biztosítási esemény rendszeres alkohol-fogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták.
- b) a biztosítási esemény idején bizonyítottan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkeztében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekinthető az 1,5%-ot meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció
- c) a biztosított olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett, és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkeztében közrehatott.
- d) a biztosítási esemény bekövetkezése okozati összefüggésben állt azzal, hogy a biztosított a biztosítási esemény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti szabályt megszegett.

- VI.4. A biztosított a kár megelőzése és enyhítése érdekében az adott helyzetben elvárható magatartást köteles tanúsítani, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az eljáró orvos előírásainak a gyógyító eljárás befejezéséig folyamatosan eleget kell tennie. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a biztosított a jelen pontban rögzített kötelezettségének nem tett eleget. Ez a rendelkezés nem befolyásolja a biztosított szabad orvosválasztási jogát.**

VII. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

- VII.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:**
- ionizáló sugárzás,
 - nukleáris energia,
 - HIV-fertőzés,
 - háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviillongások, felkelés.
- VII.1.1. Jelen általános feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást, vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.**
- VII.1.2. A biztosító kockázatviselése a VII.1. d) pontban foglaltakkal ellentétben kiterjed a biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a biztosítottnak a tüntetés, sztrájk, illetve felvonulás hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított eseményein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek abban az esetben, ha a biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.**
- VII.2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel okozati összefüggésben álló eseményekre**
- a biztosított olyan betegségére vagy kóros állapotára, amely a biztosító kockázatviselése kezdetét megelőzően bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőzően kórisméztek, vagy amely a kockázatviselést megelőzően gyógykezelést igényelt, kivéve, ha a biztosított folyamatosan és igazoltan, megszakítás nélkül 24 hónapon keresztül rendelkezett Szimba tanuló balesetbiztosítással (folyamatosság alatt az értendő, hogy a biztosítottra a biztosított jogviszonya kezdetétől 24 hónapon keresztül megszakítás nélkül valamennyi naptári napon kiterjedt a biztosító kockázatviselése), és a gyógykezelést igénylő betegséget, kóros állapotot első ízben ezen időszak alatt kórismézték.
 - a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodására.
- VII.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek az alábbi körülményekkel okozati összefüggésben következnek be:**
- a biztosított alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf, hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, Bungee Jumping (mélybe ugrás), autó-motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, moto-cross, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival), quad, privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés, bázisugrás).
 - a biztosított olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben vesz részt, amely motoros meghajtású szárazföldi, vízi- vagy légi jármű használatával jár.
 - a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye következtében bekövetkező biztosítási események.
- VII.4. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:**
- az olyan kórházi ápolás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen az esztétikai, illetve kozmetikai beavatkozások, szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,
 - a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,
 - orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.
- VII.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a lelki működés zavaraira és/vagy pszichiátriai megbetegedésekre, öngyilkosságra, öngyilkossági kísérletre.**

VIII. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

VIII.1. Elévülési idő

A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 2 év. Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

- a) a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- b) a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó iratnak a biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. naptól,
- c) a biztosítási esemény bejelentése esetén amennyiben a biztosító által igényelt iratcsatolás, vagy információszolgáltatás elmarad, a biztosító által annak teljesítésére meghatározott határnapot követő naptól, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. naptól,
- d) egyéb esetekben a követelés esedékessé válásának napján.

VIII.2. Eljárás véleménykülönbség esetén

Ha az ügyfél vitatja a biztosító – szolgáltatási igénnyel kapcsolatos – álláspontját, írásban kérheti a döntés felülvizsgálatát. A biztosító illetékes szervezeti egysége a kérelem elbírálásához valamennyi irat/adat kézhezvételétől számított 30 napon belül döntést hoz és a döntésről a kérelmezőt értesíti.

IX. FOGALOMTÁR

IX.1. **Fogyasztónak minősül** a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

IX.2. A baleset és a közlekedési baleset fogalma

IX.2.1. Jelen általános feltételek szempontjából **baleset** az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a biztosítottat akarától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, és amellyel összefüggésben a biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a biztosított halálát okozza.

IX.2.2. Jelen általános feltételek szempontjából **balesetnek minősül továbbá:**

- a) a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor az agyburok- és/vagy agyvelőgyulladásra diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
- b) a veszettség, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
- c) a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

IX.2.3. Jelen általános feltételek szerint **nem minősül balesetnek:**

- a) az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadószervezetbe jutása/juttatása (a továbbiakban együtt: átvitele) még abban az esetben sem, ha az átvitelt balesetszerű fizikális ok váltja ki, kivéve, ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek,
- b) a biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be,
- c) a csontok patológiás törései,
- d) a sokszor ismétlődő (habituális) ficam,
- e) a porckorongsérv kialakulása kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- f) a hasi sérv kialakulása kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- g) az ízületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép ízületet kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

IX.2.4. Jelen általános feltételek alkalmazásában **közlekedési balesetnek** minősül a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként, vagy utasaként szenved balesetet.

IX.2.5. Jelen általános feltételek szerint **nem minősül közlekedési balesetnek:**

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

IX.3. A betegség, a kórház, a műtét és a műtéti lista fogalma

- IX.3.1. Jelen feltételek szempontjából **betegség** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.
- IX.3.2. Jelen általános feltételek szempontjából **kórháznak** minősül a szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen általános feltételek szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, geriatrai ellátók, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei feltéve, hogy a biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.
- IX.3.3. Jelen általános feltételek alkalmazásában **műtétnek** tekintendők azok az orvosi beavatkozások, melyek során az orvosszakmai szabályok megtartásával, az egészség megőrzésére, a betegségek gyógyítására illetve következményeiknek mérséklésére irányuló szándékkal a kültakaró és/vagy a nyálkahártyák folytonosságát megsértik.
- IX.3.4. Jelen általános feltételek alkalmazásában a „Műtétek térítési kategóriák szerinti csoportosítása” című tételes lista – a továbbiakban: **műtéti lista** –, amely az orvosi beavatkozásoknak nemzetközi kódrendszerrel (WHO-kód) azonosított felsorolása. A műtéti lista tartalmazza a műtétek biztosító által meghatározott csoportba sorolását is. A műtéti lista a biztosító Vezérigazgatóságán, illetve Személybiztosítási Kompetencia Központjaiban megtekinthető.
- IX.3.5. Jelen általános feltételek alkalmazásában kivonatos lista – a továbbiakban: **kivonatos lista** – a műtéti lista kivonata. Ez a különböző csoportba sorolt orvosi beavatkozásokból a gyakoribb, jellemzőbb műtéteket tartalmazza a beavatkozások azonosítására alkalmas WHO-kódokkal együtt.

A kivonatos lista célja, hogy szemléltesse a biztosítási szolgáltatás megállapításának elvét. Műtét esetén a biztosítási esemény azonosítása, az elvégzett orvosi beavatkozás műtéti lista szerinti besorolása a biztosító orvosának szakvéleménye alapján történik.

A műtéti lista a jelen általános feltételek alapján megkötött biztosítási szerződés részét képezi.

Műtét esetén a biztosítási esemény azonosítása, és ez alapján az elvégzett orvosi beavatkozás műtéti lista szerinti besorolása a biztosító orvosának hatáskörébe tartozik. A besorolás alapidokumentuma a műtéti lista. Amennyiben valamely elvégzett műtét a műtéti listában nem található meg, úgy annak csoportba sorolását a biztosító orvosa állapítja meg.

IX.4. Közeli hozzátartozó

Jelen általános feltételek alkalmazásában **közeli hozzátartozó** a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe-fogadott-, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér.

IX.5. Társadalmi szervezet

Jelen feltétel alkalmazásában **társadalmi szervezetnek** minősül az alapítvány, a közalapítvány, valamint az egyesület.

X. AZ ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL LÉNYEGESEN ELTÉRŐ RENDELKEZÉSEI

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a Szimba tanuló balesetbiztosítás általános szerződési feltételeinek azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) rendelkezéseitől lényegesen eltérnek.

X.1. Jelen általános feltételek Ptk-tól lényegesen eltérő rendelkezései

- X.1.1. Jelen feltételek II.1.4. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:479. § (1) bekezdésétől – kiskorú biztosított vonatkozásában a szerződés érvényességéhez **a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges.**
- X.1.2. Jelen feltételek II.2.1. pontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:443. § (1) bekezdésétől – a biztosítási szerződés az ajánlattevő és a biztosító **írásbeli megállapodása alapján jön létre, melyet az ajánlattevő biztosítási ajánlat-tal kezdeményez.**
- X.1.3. Jelen feltételek II.2.3. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:443. § (2) bekezdésétől – az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben szereplő eltérésre az ajánlattevőnek **késedelem nélkül, de legfeljebb 15 napon belül** van lehetősége kifogását előterjeszteni.

-
- X.1.4. Jelen feltételek III.2. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:475. § – a biztosítási szerződés módosításához a biztosított hozzájárulására nincs szükség.
- X.1.5. Jelen feltételek III.4. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:446. § (2) bekezdésétől – ha az ajánlattevő a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül **nem válaszol, a szerződés a módosító javaslatban foglaltak szerint módosul** a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon, feltéve, hogy a biztosító erre a következőképpen a módosító javaslat megtételekor az ajánlattevő figyelmét felhívta.
- X.1.6. Jelen feltételek VIII.1. pontjában foglalt elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. Jelen szerződésből eredő igények **2 év elteltével évülnek el.**

Csonttörésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (CSO15)

Jelen **csonttörésre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF15)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a biztosított csonttörést, csontrepedést szenved.
- I.2. Jelen feltételek szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.
- I.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén – balesetenként a törések számától függetlenül – egyszeri kifizetésként az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázatra megjelölt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összeget téríti.
- II.2. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosítóhoz be kell nyújtani azokat a dokumentumokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és a szolgáltatási igény összegszerűsége megállapításához szükségesek:
 - a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) az első orvosi ellátás dokumentumainak fénymásolata,
 - c) a csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi dokumentum fénymásolata.
 - d) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
 - e) a baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - f) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
 - g) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - h) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.2. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
- III.3. 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.

A baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (BMÜT15)

Jelen **műtéti térítésre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF15)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a biztosítotton műtétet hajtanak végre.
- I.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. A biztosító a baleset napjától számított 1 (egy) éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást.
 - II.2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázatra megjelölt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összegnek az elvégzett műtét besorolása szerinti százalékos mértéke.
 - II.3. A biztosító az alábbi szolgáltatást nyújtja:
 - a) az 1. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 200%-át,
 - b) a 2. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 100%-át,
 - c) a 3. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 50%-át,
 - d) a 4. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 25%-át,
 - e) az 5. csoportba tartozó műtétek nem térített műtéteknek minősülnek. Abban az esetben, ha a biztosított az 5. csoportba sorolt műtétet hajtják végre, a biztosító nem nyújt szolgáltatást.
 - II.4. A műtéti lista a biztosító Vezérigazgatóságán, illetve a területi igazgatóságain és a Személybiztosítási Kompetencia Központjaiban igény esetén megtekinthető.
 - II.5. Amennyiben egyetlen műtéti beavatkozás során több sebészeti eljárás szükséges, a térítés mértékét a beavatkozás során elvégzett, legmagasabb térítési kategóriába sorolt eljárás határozza meg.
 - II.6. A műtéti eljárások kivonatos listája a jelen különös feltételek mellékletében található.
 - II.7. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás a műtéti listán nem található meg, úgy a műtét besorolását a biztosító orvosa állapítja meg.
 - II.8. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a műtét indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
-

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a kórházi ápolás befejeztét követő 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.
- III.2. Baleseti műtéti térítés szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosítóhoz be kell nyújtani azokat a dokumentumokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és a szolgáltatási igény összege megállapításához szükségesek:
- a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - c) a kórházi zárójelentés,
 - d) a műtéti leírás amelyen szerepelnie kell a műtéti (WHO) kódnak,
 - e) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
 - f) a baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - g) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
 - h) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - i) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.3. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
- III.4. 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.
- III.5. **A kockázatviselésből kizárt események**

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan műtétekre, amelyet nem a biztosított egészségének megőrzésére, betegségének gyógyítására, illetve következményeinek mérséklésére irányuló szándékkal végeztek, így különösen az esztétikai, illetve kozmetikai beavatkozásokra.

Melléklet a baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételeihez (BMÜT15)

A műtéti eljárások kivonatos listája:

a) az 1. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 200%-át

WHO-kód	Műtét megnevezése
50119	Agyon belüli vérömleny eltávolítása
50201	Nyílt agykoponya sérülés ellátása
50340	Gerinctörés csontdarab kiemelése a gerinccsa-tornából
5814L	Térdprotézis beültetés
58151	Teljes csípőprotézis
53240	Tüdőlebens eltávolítása
53340	Tüdőátültetés
53522	A kéthegyű billentyű pótlása mechanikus műbillentyűvel
53531	Billentyű plasztika a kéthegyű billentyűn

b) a 2. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 100%-át

WHO-kód	Műtét megnevezése
51510	Idegentest eltávolítása mágnessel a szemből
58145	Térd csontos beroppanás kiemelése, csontpótlás,
53611	Koszorúér-áthidaló műtétek
53502	Zárt billentyűbemetszés a kéthegyű billentyűn
5382L	Hasi aorta tágulat eltávolítása
53836	Érpótlás
51358	Szívárványhártya eltávolítás
51570	Úvegtest csere
53163	Művi gégeképzés

c) a 3. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 50%-át

WHO-kód	Műtét megnevezése
54130	Lépeletávolítás
57902	Combnyak-szegezés

57921	Tűzés feltárással
57922	Húzóhurkos csont rögzítés
57924	Csavarozás
58480	Comb amputáció
50630	Pajzsmirigy eltávolítás
51150	Kötőhártyavarrat
83620	Velőúrsínezés

d) a 4. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 25%-át

WHO-kód	Műtét megnevezése
51570	Szemlencse beültetés
51950	Dobhártyaplasztika
57900	Csonttörések bőrön keresztül történő dróttűzése
57723	Arccsont törés ellátása (minilemez, csavar, T. lemez)
57903	Fedett combnyak csavarozás
58130	Külbokaszalag varrat

e) az 5. csoportba tartozó műtétek nem térített műtétek minősülnek. Abban az esetben, ha a biztosított az 5. csoportba sorolt műtétet hajtják végre, a biztosító nem nyújt szolgáltatást

WHO-kód	Műtét megnevezése
52100	Orrvérzés ellátása edzőszerrel
52310	Fog sebészeti eltávolítása
57880	Belső fémrögzítés eltávolítása (szeg, lemez, stb.)
58900	Bőrvarrat
58830	Seb tisztítása, sebkimetszés (bőrt, bőr alatti kötőszövetet érintő elváltozás)
82090	Ficam zárt helyzetétele
83304	Külső rögzítés eltávolítás
84712	Combcsontba fúrt dróttal történő húzatás

Baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (BKNT15)

Jelen **baleseti kórházi napi térítésre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF15)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a biztosított folyamatos kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, amennyiben az orvosilag szükséges.
- I.2. Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása szempontjából a kórházi ápolás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ápolás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.
- I.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. A biztosító a baleset napjától számított 1 (egy) éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésre nyújt szolgáltatást.
- II.2. A biztosító a kórházi ápolás minden napjára az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázatra megjelölt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összeget téríti.
- II.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A kórházi gyógykezelést annak befejezésétől számított 15 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak.
- III.2. Baleseti kórházi napi térítés szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosítóhoz be kell nyújtani azokat az dokumentumokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és a szolgáltatási igény összegszerűsége megállapításához szükségesek:
 - a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - c) a kórházi zárójelentés,
 - d) a baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata.
 - f) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolata.

-
- III.2. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
- III.3. 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.
- III.4. **A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett eseményre, ha**
- a) a biztosítási esemény a biztosított rendszeres alkoholfogyasztása következtében történt;
 - b) a biztosítási esemény a biztosított kábítószer fogyasztása, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták;
 - c) a biztosítási esemény bekövetkezésének idején alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer, vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkezésében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő az 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció.
 - d) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett, és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott.
 - e) a biztosítási esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll azzal, hogy a biztosított a biztosítási esemény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti szabályt megszegett.
 - f) a krónikus betegségek rehabilitációjára, gondozására (különösen gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizio- és fizioterápia, masszázs, fürdőkúra, fogyókúra),
 - g) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelésre,
 - h) a lelki működés zavaraira és/vagy pszichiátriai megbetegedésekre, öngyilkossági kísérletre
 - i) arra a biztosítási eseményre, amely a biztosított rendszeres alkohol fogyasztásával, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt, kivéve, ha ez utóbbiakat a kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták.
-

A baleseti költségtérítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (BKTS15)

Jelen **baleseti költségtérítésre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF15)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a biztosítottnak a balesettel kapcsolatos, **Magyarországon kiállított számlával igazolt alábbi baleseti költségei merülnek fel:**
- a) a biztosított baleset miatti orvosi indokolt kórházi ápolása esetén, a biztosított kórházi ápolásának időtartama alatt, a biztosítottal egyidejűleg ugyanabban a kórházban **a biztosított egy fő nagykorú közeli hozzátartozója** (TANF15., IX.4. pont) **bent tartózkodásának szállásköltsége**. A szállásköltség első napja a biztosított és a közeli hozzátartozó kórházi felvételének első napja, a szállásköltség utolsó napja a biztosított és a közeli hozzátartozó kórházból történő elbocsátásának a napja.
 - b) **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,
 - c) **szállítási költség**, amely akkor merül fel, ha a balesetet szenvedett biztosítottat Magyarországon a baleset helyszínéről a kezelésre alkalmas legközelebbi magyarországi kórházba, illetve orvoshoz, valamint az első orvosi ellátás helyszínéről orvosi javaslatra Magyarországon belül hazaszállítják, vagy a biztosított a baleset következtében meghal, és holttestét a baleset helyszínéről elszállítják. Nem minősül baleseti költségnek a baleset követően a felülvizsgálatokra, kezelésekre történő szállítás költsége. Szállítási költségként – halál esetét kivéve – az adott útra vonatkozóan a személygépkocsi benzinköltsége (a mindenkori hatályos NAV rendelet alapján), vagy a betegszállítás számlával igazolt költsége fogadható el.
 - d) **baleset során megsérült fog, műfog, korona, híd – baleset miatt szükséges javításának költsége**, amennyiben a sérülés igazoltan a baleset következménye és **a beavatkozás a rágásfunkció helyreállítását szolgálja**, feltéve, hogy az ellátás legalább két egymás mellett lévő, azonos oldali fog együttes, fogászati röntgennel igazolt sérülése miatt következik be. Nem minősül baleseti költségnek a fogtömés, az esztétikai célt szolgáló fogászati ellátás, a biztosított kivehető műfogsorának vagy fogszabályozójának javítási költsége, cseréje.
Nem minősül baleseti költségnek azon költség, amely valamely jelen bekezdésben megjelölt tárgynak a baleset előtt már meglévő hibája miatt merül fel.
Fogszabályozás semmilyen okból nem minősül baleseti költségnek, még a rágásfunkció helyreállítása céljából sem.
 - e) a **gyógyászati segédeszközök** hivatalos aktuális listájában (<http://www.oep.hu>) található termékek, a kezeléshez szükséges, orvosszakmailag indokolt 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 újból beszerzésre). A gyógyászati segédeszköz szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja,
 - f) **szemüveg (kontaktlencse) beszerzésének költségeit csak akkor téríti a biztosító, ha az – szemész szakorvosi vélemény és a baleset körülményeit leíró dokumentáció alapján a baleset következtében vált szükségessé**. Meglévő szemüveg (kontaktlencse) sérülése miatti cseréjét a biztosító nem téríti.
- I.2. Nem minősül baleseti költségnek a rehabilitációs, a szanatóriumi, a fürdőkurákkal és üdülésekkel kapcsolatos utazási és tartózkodási költség.
- I.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
-

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosító az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázatra megjelölt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összeg erejéig megtéríti a jelen feltételek I.1. pontjában meghatározott baleseti költségeket, amennyiben azok a baleset napjától számított 1 (egy) éven belül merülnek fel, és más módon nem térülnek meg.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a számla keltét követő 15 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak.
- III.2. Baleseti költségtérítés szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosítóhoz be kell nyújtani azokat a dokumentumokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és a szolgáltatási igény összezszerűsége megállapításához szükségesek:
- a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igény bejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - c) a kifizetéseket igazoló a biztosított nevére szóló eredeti számlák, a biztosító nyugtát nem fogad el,
 - d) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
 - e) a baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - f) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
 - g) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - h) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolata
 - i) szállítási költség esetén (saját személyautóval) a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.3. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

Speciális balesetekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (SPECBAL15)

Jelen **speciális balesetekre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF15)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a jelen különös feltételben meghatározott **balesete**.
- I.2. Jelen különös feltétel vonatkozásában **balesetnek** minősülnek:
állatharapás,
áramütés,
kullancs-csípés által okozott agyburok és/vagy agyvelőgyulladás,
Lyme-kór.
- I.3. Biztosítási események definíciói, a biztosítási események időpontja:
- I.3.1. Jelen különös feltétel vonatkozásában **állatharapásnak minősül** az a gerinces állat által a kockázatviselés tartama alatt okozott harapás, amely következtében a bőr folytonossága megszakad, és mely miatt a bőr alapvető sebtisztításán túlmenően varrat, drainézis, vagy a roncsolt terület kimetszése is szükséges.
- Biztosítási esemény időpontja:** az állatharapás időpontja.
- I.3.2. Jelen különös feltétel vonatkozásában **áramütésnek minősül** az a kockázatviselés tartama alatti áramütés, amely következtében haladéktalanul kórházi fekvőbeteg-ellátására kerül sor, és a kórházban tartózkodás időtartama meghaladja a 24 órát.
- Biztosítási esemény időpontja:** az áramütés időpontja.
- I.3.3. Jelen különös feltétel vonatkozásában biztosítási eseménynek tekintendő **a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás**, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik.
- Biztosítási esemény időpontja:** az a nap, amikor az agyburok- és/vagy agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség jelentkezése miatt először fordultak orvoshoz.
- I.3.4. Jelen különös feltétel vonatkozásában biztosítási eseménynek tekintendő **a kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór**, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és a betegségre jellemző bőrelváltozás legkorábban 2 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A jellegzetes bőrtünet nélkül kialakult esetekben a lappangási idő legkésőbbi dátumára vonatkozó korlátozás nincs, de a szerológiai eredmény dátuma nem lehet későbbi, mint a kockázatviselési időszak utolsó napja.
- Biztosítási esemény időpontja:** az a nap, amikor az utólag Lyme-kórként diagnosztizált betegség jelentkezése miatt a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelésre került.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázatra megjelölt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összeget téríti.
- II.2. A biztosító jelen kockázat alapján egy biztosítási éven belül ugyanazon biztosított részére legfeljebb egy alkalommal teljesít szolgáltatást.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő 15 napon belül kell írásban bejelenteni a biztosítónak.
- III.2. A **speciális baleset** szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosítóhoz be kell nyújtani azokat a dokumentumokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és a szolgáltatási igény összegszerűsége megállapításához szükségesek:
- hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - állatharapás esetén** az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata,
 - áramütés esetén** az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata,
 - a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás** esetén a szerológiai vizsgálat eredményének másolata, valamint az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata,
 - kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór** esetén a szerológiai vizsgálat eredménye, valamint a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum is.
- III.3. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
- III.4. 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.

Fertőző betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (FERTŐZŐ15)

Jelen **fertőző betegségekre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF15)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a jelen különös feltételben meghatározott **fertőző betegsége**.
- I.2. Jelen különös feltétel vonatkozásában fertőző betegségnek az alábbi a betegségek minősülnek:
rotavírus fertőzés,
szalmonella fertőzés,
agyburok és/vagy agyvelőgyulladás.
- I.3. A biztosítási események definíciói, a biztosítási események időpontja:
 - I.3.1. **Biztosítási eseménynek minősül a kockázatviselés tartama alatti rotavírus fertőzés**, ha a fertőzést szerológiai módszerrel kimutatták, és ha az több mint 24 órás kórházi fekvőbeteg-ellátást igényel.
Biztosítási esemény időpontja: a kórházi fekvőbeteg ellátás első napja.
 - I.3.2. **Biztosítási eseménynek minősül a kockázatviselés tartama alatti szalmonella fertőzés**, ha a fertőzést szerológiai módszerrel kimutatták, és ha az több mint 24 órás kórházi fekvőbeteg-ellátást igényel.
Biztosítási esemény időpontja: a kórházi fekvőbeteg ellátás első napja.
 - I.3.3. **Biztosítási eseménynek minősül a fertőzés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás**, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik.

Nem **minősül** biztosítási eseménynek a kullancscsípés által okozott agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás.

Biztosítási esemény időpontja: az a nap, amikor az agyburok- és/vagy agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség jelentkezése miatt először fordultak orvoshoz.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázatra megjelölt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összeget téríti.
- II.2. A biztosító jelen kockázat alapján egy biztosítási éven belül ugyanazon biztosított részére legfeljebb egy alkalommal teljesít szolgáltatást.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő 15 napon belül kell írásban bejelenteni a biztosítónak.
- III.2. A **fertőző betegség** szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosítóhoz be kell nyújtani azokat a dokumentumokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és a szolgáltatási igény összegszerűsége megállapításához szükségesek:
- a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatban az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata,
 - c) **rotavírus fertőzés** esetén a szerológiai vizsgálat eredményének másolata,
 - d) **szalmonella fertőzés** esetén a szalmonella fertőzést igazoló széklet tenyésztés eredményének másolata,
 - e) **fertőzés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás** esetén a szerológiai vizsgálat eredményének másolata.
- III.3. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.

Speciális műtétekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (SPECMÜT15)

Jelen **speciális műtétekre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF15)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvény- könyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottna a kockázatviselés tartama alatt a jelen különös feltétel 1.2. pontjában meghatározott valamely műtét elvégzése.
- I.2. Jelen különös feltétel vonatkozásában **műtétnek minősülnek** az alábbi beavatkozások:
lágycsérvműtét,
vakbélműtét,
garatmandula-műtét.
- I.3. **Biztosítási esemény időpontja:** a műtét elvégzésének napja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázatra megjelölt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összeget téríti.
- II.2. A biztosító jelen kockázat alapján egy biztosítási éven belül ugyanazon biztosított részére legfeljebb egy alkalommal teljesít szolgáltatást.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő 15 napon belül kell írásban bejelenteni a biztosítónak.
- III.2. A **speciális műtét** szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosítóhoz be kell nyújtani azokat a dokumentumokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és a szolgáltatási igény megszerzéséhez szükségesek:
 - a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) szolgáltatási igény előterjesztésekor az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata,
 - c) kórházi zárójelentés másolata,
 - d) műtéti leírás másolata, amennyiben ilyen készült.
- III.3. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
- III.4. 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.

A kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (TKNT15)

Jelen **kórházi napi térítésre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF15)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottat ért, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében a biztosított kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben részesül, amennyiben az orvosilag szükséges.
- I.2. Jelen különös feltételek alapján kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása szempontjából a kórházi ápolás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ápolás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.
- I.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a biztosított baleset miatti kórházi fekvőbeteg-gyógykezelése esetén a baleset időpontja, a biztosított betegség miatti kórházi fekvőbeteg-gyógykezelése esetén a kórházi fekvőbeteg-gyógykezelés első napja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. A biztosító a biztosított betegsége esetén a kockázatviselés tartama alatti kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésre, a biztosított balesete esetén a baleset napjától számított 1 (egy) éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésre nyújt szolgáltatást.
- II.2. A biztosító a kórházi ápolás minden napjára az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázatra megjelölt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összeget téríti.
- II.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak.
- III.2. Kórházi napi térítés szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosítóhoz be kell nyújtani azokat az orvosi dokumentumokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és a szolgáltatási igény összegszerűsége megállapításához szükségesek:
 - a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igény bejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatban az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - c) a kórházi zárójelentés,
 - d) a kezelőorvos által kitöltött orvosi nyilatkozat (A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismzésének pontos időpontjával.)

-
- e) baleset esetén a baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - f) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
 - g) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - h) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.3. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
- III.4. 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.
- III.5. **A kockázatviselésből kizárt események**
- III.5.1. **A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett eseményre, ha**
- a) a biztosítási esemény a biztosított rendszeres alkoholfogyasztása következtében történt;
 - b) a biztosítási esemény a biztosított kábítószer fogyasztása, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták;
 - c) a biztosítási esemény bekövetkezésének idején alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer, vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkezésében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő az 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció.
 - d) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett, és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott.
 - e) a biztosítási esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll azzal, hogy a biztosított a biztosítási esemény időpontjában legalább két közlekedésrendészeti szabályt megszegett.
- III.5.2. **A biztosító kockázatviselése az általános feltételekben meghatározottakon túl nem terjed ki továbbá:**
- a) a terhességgel és a szüléssel kapcsolatos kórházi ápolásokra (kivéve, ha baleset következtében szükséges), ha a fogamzás a biztosító adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetét megelőzi. A fogamzás az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően történt, ha a szerződés hatálybalépése és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kis-könyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 285 nap van.
 - b) sterilizáló műtétre és következményeire,
 - c) olyan kórházi ápolásokra, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat miatti kórházi ápolás,
 - d) a művi terhesség-megszakítás eseteire, kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit,
 - e) esztétikai céllal végzett kezelés és sebészeti beavatkozás miatti kórházi ápolásra,
 - f) a krónikus betegségek rehabilitációjára, gondozására (különösen gyógytornászok, logopédiai el-látás, gyógytorna, fizio- és fizioterápia, masszázs, fürdőkúra, fogyókúra),
 - g) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelésre,
 - h) a lelki működés zavaraira és/vagy pszichiátriai megbetegedésekre, öngyilkossági kísérletre
 - i) arra a biztosítási eseményre, amely a biztosított rendszeres alkohol fogyasztásával, kábítószer fogyasztásával, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt, kivéve, ha ez utóbbiakat a kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták.
-

Az égési sérülésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (ÉGÉS15)

Jelen **égési sérülésre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF15)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a biztosított égési sérülést szenved.
- I.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. A biztosító szolgáltatása az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázatra megjelölt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő mértéke.
- II.2. A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százaléka:

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka	Testfelület			
	Mélység	10–19%	20–49%	50–79%
I. fokú	–	–	–	–
II. fokú	–	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100%	160%
IV. fokú	40%	80%	200%	200%

- II.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.
- II.4. Ha a biztosított igazoltan közvetlenül az égési sérülések következtében hal meg, a biztosító a kedvezményezett részére az égési sérülés súlyosságától függetlenül a biztosítási összeg 200%-át téríti.
- II.5. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő 15 napon belül kell írásban a biztosítónak bejelenteni.
- III.2. Égési sérülés szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosítóhoz be kell nyújtani azokat a dokumentumokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és a szolgáltatási igény összegszerűsége megállapításához szükségesek:
- a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - c) a kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap másolata, amennyiben az égési sérülés következményeként a biztosított kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben, illetve járóbeteg-ellátásban részesült,
 - d) a baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
 - f) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.3. Amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
- III.4. A biztosított halála esetén a fentiekén túl a szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani
- a) a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
 - b) a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
 - c) külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okiratnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített hiteles magyar fordítását,
 - d) a kedvezményezetti jogosultságot igazoló okirat másolatát (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat), feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,
 - e) a halál – vagy a baleset – közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratokat.
- III.5. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
- III.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.

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (BROK15)

Jelen **baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF15)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, amelynek következtében a biztosított maradandó egészségkárosodást szenved.
- I.2. Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
- I.3. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az orvosilag kialakulnak, stabilnak tekinthető, azaz a biztosított egészségi állapotában változás nem várható, vagy az egészségkárosodás a balesetet követő 1. év végén is fennáll.
- I.4. A munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere, továbbá a baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.
- I.5. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. A biztosító az orvosi szempontból egyértelműen megállapítható mértékű maradandó egészségkárosodással összefüggésben a megállapított szolgáltatást a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül, egyéb esetekben a károsodás véglegessé válását követő 15 napon belül teljesíti. Ha a baleset napjától számított 1 (egy) év eltelt, a biztosító szolgáltatása az 1 (egy) év elteltét követő 30 napon belül abban az esetben is esedékes, ha az egészségkárosodás folyamatosan változik. Ez utóbbi esetben a biztosító a szolgáltatásának mértékét a baleset napjától számított 1 (egy) év letelte után fennálló egészségkárosodás mértékének megfelelően állapítja meg.
- II.2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázatra megjelölt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.
- II.3. Az egészségkárosodás fokát a biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek, érzékszervek	Egészségkárosodás foka %
egy kar vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egy kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik kar könyökízület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%

Testrészek, érzékszervek	Egészségkárosodás foka %
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
bármely más kézujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
egyik comb csípőízületben történő elvesztése vagy a csípőízület teljes működésképtelensége	70%
egyik comb részleges csonkolása, vagy a térdízület teljes működésképtelensége	60%
egyik lábszár részleges csonkolása	50%
egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	65%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	45%
a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
az ízelelőképesség teljes elvesztése	5%

- II.4. Ha a szolgáltatás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A biztosítót a társadalombiztosítási szervek határozata nem köti, az orvosszakértői intézetek által megállapított egészségkárosodás mértéke a szerződés alkalmazásában nem irányadó. A maradandó egészségkárosodás mértékét a fenti táblázat figyelembe vételével a biztosító orvosa állapítja meg. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.
- II.5. A megállapított károsodás mértékének alapján fizetendő szolgáltatás nem lehet több a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összegnél.
- II.6. Amennyiben a baleset előtt meglévő betegségek, vagy fogyatékoságok közrehatottak a biztosítási eseménnyel összefüggő maradandó egészségkárosodás kialakulásában, a biztosító a közrehatás mértékével csökkentett egészségkárosodás alapján szolgáltat.
- II.7. Amennyiben a biztosított egészségkárosodása folyamatosan romlik, a biztosítottak joga van biztosítási eseménnyenként a bejelentett baleset napjától számított 2 (két) évig, egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás újbóli orvosi megállapítását kérni.
- A biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és a megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával kezdeményezheti a maradandó egészségkárosodás megállapítását.
- II.8. Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat eredményeként született orvosi irat alapján megállapítható.
- II.9. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- II.10. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosítóhoz be kell nyújtani azokat az okiratokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és a szolgáltatási igény összecszerúsége megállapításához szükségesek:
- a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - az első orvosi ellátás dokumentumainak fénymásolata,
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentésig keletkezett összes orvosi dokumentum fénymásolata,

-
- d) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
 - e) a baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - f) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
 - g) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - h) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.2. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
- III.3. 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.

A közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (KROK15)

Jelen **közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF15)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért közlekedési baleset, melynek következtében a biztosított maradandó egészségkárosodást szenved.
- I.2. Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
- I.3. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha orvosilag véglegesen kialakulnak, stabilnak tekinthető, azaz a biztosított egészségi állapotában változás nem várható, vagy az egészségkárosodás a balesetet követő 1. év végén is fennáll.
- I.4. A munkaképesség megváltozása és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere, továbbá a baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik az egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.
- I.5. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. A biztosító szolgáltatása a szolgáltatási igény elbírálásához és a maradandó egészségkárosodás megállapításához szükséges valamennyi okmány beérkezésének időpontjától számított 30 napon belül esedékes. Ha a baleset napjától számított 1 (egy) év eltelt, a biztosító szolgáltatása abban az esetben is esedékes, ha az egészségkárosodás folyamatosan változik. Ez utóbbi esetben a biztosító a szolgáltatásának mértékét a baleset napjától számított egy (1) év letelte után fennálló egészségkárosodás mértékének megfelelően állapítja meg.
- II.2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázatra megjelölt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.
- II.3. A szolgáltatás mértékét (az egészségkárosodás fokát) a biztosító orvosa az alábbi táblázat adatainak figyelembevételével állapítja meg:

Testrészek, érzékszervek	Egészségkárosodás foka %
egy kar vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egy kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik kar könyökízület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%

Testrészek, érzékszervek	Egészségkárosodás foka %
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
bármely más kézujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
egyik comb csípőízületben történő elvesztése vagy a csípőízület teljes működésképtelensége	70%
egyik comb részleges csonkolása, vagy a térdízület teljes működésképtelensége	60%
egyik lábszár részleges csonkolása	50%
egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	65%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	45%
a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
az ízlélőképesség teljes elvesztése	5%

- II.4. Ha a szolgáltatás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A biztosított a társadalombiztosítási szervek határozata nem köti, az orvosszakértői intézetek által megállapított egészségkárosodás mértéke a szerződés alkalmazásában nem irányadó. A maradandó egészségkárosodás mértékét a fenti táblázat figyelembevételével a biztosító orvosa állapítja meg. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.
- II.5. A megállapított károsodás mértékének alapján fizetendő szolgáltatás nem lehet több a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összegnél.
- II.6. Amennyiben a baleset előtt már meglévő betegségek, vagy fogyatékoságok közrehatottak a baleset következményeiben, a biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékének megfelelően csökkenti.
- II.7. Amennyiben a biztosított egészségkárosodása folyamatosan romlik, úgy a biztosított a bejelentett baleset napjától számított 2 (két) évig jogosult egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás újbóli orvosi megállapítását kérni. A biztosított ismételt szolgáltatási igénybejelentéssel és megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával kezdeményezheti a maradandó egészségkárosodás megállapítását.
- II.8. Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.
- II.9. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- II.10. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. Közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosított-hoz be kell nyújtani azokat a dokumentumokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és a szolgáltatási igény összegszerűsége megállapításához szükségesek:
- a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - az első orvosi ellátás dokumentumainak fénymásolata,
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentésig keletkezett összes orvosi dokumentum fénymásolata,
 - a közlekedési baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
 - a közlekedési baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - rendőrségi jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,

-
- g) a véralkohol vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - h) amennyiben a biztosított a közlekedési balesetben jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolata,
- III.2. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
- III.3. 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.

A baleseti halálra vonatkozó biztosítás különös feltételei (BHAL15)

Jelen **baleseti halálra** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF15)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF15)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a biztosított a balesetet követő egy éven belül meghal.
- I.2. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázatra megjelölt, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában aktuális biztosítási összeget téríti.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a halálesetet követő 15 napon belül kell írásban bejelenteni a biztosítónak.
 - III.2. A szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosítóhoz be kell nyújtani azokat a dokumentumokat, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és a szolgáltatási igény összegszerűsége megállapításához szükségesek:
 - a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - c) a baleseti jegyzőkönyv másolata amennyiben ilyen készült,
 - d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
 - e) közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - f) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolata,
 - g) a halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
 - h) a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolata,
 - i) külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okiratnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített magyar nyelvű hiteles fordítása,
 - j) a kedvezményezett jogosultságot igazoló okirat másolatát (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,
 - k) a halál – illetve a baleset – közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratokat.
 - III.3. Amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
 - III.4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
-

Generali Biztosító Zrt.

Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888

Telefonos ügyfélszolgálat: 06 40 200 250

general.hu